

Vlaams Actieplan Suïcidepreventie II 2012-2020

Eindevaluatie

Ine Rotsaert, Saskia Aerts, Kim Van Den Berge

Kirsten Pauwels & Prof. Dr. Gwendolyn Portzky

Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie

INHOUD

INHOUD	2
LIJST MET FIGUREN	5
LIJST MET TABELLEN	8
1. INLEIDING	12
1.1 VLAAMS ACTIEPLAN SUÏCIDEPREVENTIE	12
1.2 EVALUATIE	16
1.3 ACTOREN	17
2. GEZONDHEIDSDOELSTELLING	21
2.1 CIJFERS M.B.T. SUÏCIDE	21
2.2 CIJFERS M.B.T. SUÏCIDEPOGINGEN	29
2.3 SUÏCIDALE IDEATIE	31
2.4 CIJFERS SUÏCIDALITEIT TIJDENS COVID-19	35
2.5 CONCLUSIE GEZONDHEIDSDOELSTELLING	42
3. BIJKOMDENDE INDICATOREN VAS II	44
3.1 TOENAME VAN KENNIS OVER GEESTELIJKE GEZONDHEID(-SPROBLEMEN) EN DE MOGELIJKHEDEN VAN BEHANDELING VAN GEESTELIJKE GEZONDHEIDSPROBLEMEN	44
3.2 ATTITUDES, KENNIS, ANGST, ZELFVERTROUWEN, VROEGE HERKENNING, VAARDIGHEDEN IN RISICOBEPALING EN OMGAAN MET SUÏCIDALE MENSEN	45
3.3 KWALITATIEVE FEEDBACK VAN GEBRUIKERS VAN VOORZIENINGEN, I.E. GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG, INTERNETFACILITEITEN ZOALS CRISISHULP EN E-MENTAL HEALTH	47
3.4 TOENAME VAN HULPZOEKGEDRAG	48
3.5 VERBETERING IN KWALITEIT EN KWANTITEIT VAN BERICHTGEVING OVER SUÏCIDE IN DE MEDIA	55
3.6 BESCHIKBAARHEID EN TOEGANKELIJKHEID VAN DODELIJKE MIDDELEN, GEBRUIK BIJ SUÏCIDAAL GEDRAG, EN TOEGANKELIJKHEID VAN SUÏCIDE HOT SPOTS	55
3.7 CONCLUSIE BIJKOMENDE INDICATOREN VAS II	57
4. ACTIES	59
4.1 STRATEGIE 1: GEESTELIJKE GEZONDHEIDSBEDORING MET BETREKKING TOT INDIVIDU EN MAATSCHAPPIJ	61
4.1.1 De individuele veerkracht en het vermogen voor zelfhulp versterken	62
4.1.2 Opvoedingsondersteuning aan ouders van suïcidale jongeren	76
4.1.3 Inventaris 'Geestelijke gezondheidsbevordering en suïcidepreventie bij ouderen door bevorderen van sociale aansluiting'	78
4.1.4 Hulp zoeken aanmoedigen en stigma doorbreken	79
4.1.5 De leefomgeving gezondheidsbevorderend, zorgzaam en suïcideveilig maken via beleid in de lokale gemeenschap, school, werkplek, ... en via de media	90

4.1.6	Conclusie strategie 1	105
4.2	STRATEGIE 2: SUÏCIDEPREVENTIE DOOR LAAGDREMPELIGE TELEFONISCHE EN ONLINE HULP	107
4.2.1	Portaalsite Zelfmoord1813	108
4.2.2	Zelfmoordlijn 1813	113
4.2.3	Preventie via internet en sociale media.....	121
4.2.4	Forum Zelfmoordlijn	127
4.2.5	Serious Game 'Silver'	129
4.2.6	BackUp	132
4.2.7	Think Life	135
4.2.8	Safety plan.....	139
4.2.9	Conclusie strategie 2	141
4.3	STRATEGIE 3: BEVORDEREN VAN DESKUNDIGHEID EN NETWERKVORMING BIJ INTERMEDIAIRS.....	143
4.3.1	Deskundigheidsbevordering bij intermediairs	144
4.3.2	Posterstudie.....	154
4.3.3	ASPHA.....	156
4.3.4	SP-reflex.....	160
4.3.5	Conclusie strategie 3	163
4.4	STRATEGIE 4: STRATEGIEËN VOOR SPECIFIEKE RISICOGROEPEN	164
4.4.1	Zorg na een suïcidepoging.....	165
4.4.2	Nieuwe behandelvormen voor suïcidale personen: Toekomstgerichte Training en Mindfulness-based Cognitieve Training	175
4.4.3	VDIP.....	178
4.4.4	Zorg voor nabestaanden	181
4.4.5	Huisartsen en apothekers.....	187
4.4.6	INSIGHT-studie: Psychologische autopsiestudie bij suïcideslachtoffers van 45 tot 60 jaar	189
4.4.7	Richtlijn en e-learningmodule over suïcidepreventie bij ouderen.....	191
4.4.8	Suïcidaliteit bij LGBTQ+	192
4.4.9	Awel-studie.....	195
4.4.10	ABFT.....	196
4.4.11	Etnische minderheden	199
4.4.12	Gedetineerden	200
4.4.13	Conclusie strategie 4.....	202
4.5	STRATEGIE 5: DE ONTWIKKELING EN IMPLEMENTATIE VAN AANBEVELINGEN EN HULPMIDDELEN VOOR DE PREVENTIE VAN SUÏCIDE	204
4.5.1	Aanbevelingen voor de preventie van suïcide (Euregenas)	205
4.5.2	Aanbevelingen voor vroegdetectie, vroeginterventie en behandeling van suïcidaal gedrag (Multidisciplinaire richtlijn).....	208
4.5.3	Leidraad Zorgcontinuïteit voor suïcidale personen	210

4.5.4	<i>Conclusie strategie 5</i>	212
5.	CONCLUSIE & AANBEVELINGEN	208
5.1	GEZONDHEIDSDOELSTELLING.....	208
5.2	STRATEGIEËN BINNEN HET VLAAMS ACTIEPLAN SUÏCIDEPREVENTIE II.....	210
5.3	ACTIES IN FUNCTIE VAN DE REALISATIE VAN DE STRATEGIEËN	212
5.4	SWOT - ANALYSE.....	212
5.5	AANBEVELINGEN	217
5.6	NODEN OM MEE TE NEMEN NAAR VAS III	221
6.	REFERENTIES	222

LIJST MET FIGUREN**FIGUREN INLEIDING**

Figuur 1: Beslisboom VAS II

Figuur 2: Schematische voorstelling tweede Vlaams Actieplan Suïcidepreventie

Figuur 3: Overzicht structuur VAS II

FIGUREN GEZONDHEIDSDOELSTELLING

Figuur 4: Evolutie gestandaardiseerde sterftcijfers voor suïcide en onbetaalde intentie, vergelijking met de vooropgestelde doelstelling, 2000-2018

Figuur 5: Evolutie gestandaardiseerde sterftcijfers voor suïcide, vergelijking met de vooropgestelde doelstelling, mannen (2000-2018)

Figuur 6: Evolutie gestandaardiseerde sterftcijfers voor suïcide, vergelijking met de vooropgestelde doelstelling, vrouwen (2000- 2018)

Figuur 7: Evolutie bruto sterftcijfers voor suïcide, vergelijking met de vooropgestelde doelstelling, -16-jarigen, (2000-2018)

Figuur 8: Evolutie gestandaardiseerde sterftcijfers per 100.000 inwoners voor suïcide, vergelijking met de vooropgestelde doelstelling, 16-29-jarige mannen (2000-2018)

Figuur 9: Evolutie gestandaardiseerde sterftcijfers per 100.000 inwoners voor suïcide, vergelijking met de vooropgestelde doelstelling, 16-29-jarige vrouwen (2000-2018)

Figuur 10: Evolutie gestandaardiseerde sterftcijfers per 100.000 inwoners voor suïcide, vergelijking met de vooropgestelde doelstelling, 30-44-jarige mannen (2000-2018)

Figuur 11: Evolutie gestandaardiseerde sterftcijfers per 100.000 inwoners voor suïcide, vergelijking met de vooropgestelde doelstelling, 30-44-jarige vrouwen (2000-2018)

Figuur 12: Evolutie gestandaardiseerde sterftcijfers per 100.000 inwoners voor suïcide, vergelijking met de vooropgestelde doelstelling, 45-59-jarige mannen (2000-2018)

Figuur 13: Evolutie gestandaardiseerde sterftcijfers per 100.000 inwoners voor suïcide,, vergelijking met de vooropgestelde doelstelling, 45-59-jarige vrouwen (2000-2018)

Figuur 14: Evolutie gestandaardiseerde sterftcijfers per 100.000 inwoners voor suïcide, vergelijking met de vooropgestelde doelstelling, 60-74-jarige mannen (2000-2018)

Figuur 15: Evolutie gestandaardiseerde sterftcijfers per 100.000 inwoners voor suïcide, vergelijking met de vooropgestelde doelstelling, 60-74-jarige vrouwen (2000-2018)

Figuur 16: Evolutie gestandaardiseerde sterftcijfers per 100.000 inwoners voor suïcide, vergelijking met de vooropgestelde doelstelling, mannen van 75 jaar en ouder (2000-2018)

Figuur 17: Evolutie gestandaardiseerde sterftcijfers per 100.000 inwoners voor suïcide en vergelijking met de vooropgestelde doelstelling, vrouwen van 75 jaar en ouder (2000-2018)

Figuur 18: Event-based rate-evolutie van suïcidepogingen per 100.000 inwoners in Vlaanderen, volgens geslacht (2000-2019)

Figuur 19: Leeftijdsverdeling van suïcidepogingen volgens geslacht, 2019

Figuur 20: Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder dat aan zelfmoord heeft gedacht in de loop van hun leven per jaar, Gezondheidsenquête, 2018

Figuur 21: Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder dat aan zelfmoord heeft gedacht in de afgelopen 12 maanden, Gezondheidsenquête, 2018

Figuur 22: Percentages jongeren (13- tot 18-jarigen) die reeds twee keer of meer aan zelfmoord gedacht hebben in hun leven, opgesplitst naar jaar en geslacht, HBSC-studie, 2018

Figuur 23: Percentages jongeren (13- tot 18-jarigen) die reeds twee keer of meer aan zelfmoord gedacht hebben in hun leven, opgesplitst naar leeftijd en geslacht, HBSC-studie, 2018

FIGUREN ACTIES

STRATEGIE 1

Figuur 24: Aantal deelnemers per provincie info-sessie 'Waarom praten belangrijk is' in 2019

Figuur 25: Evaluatie doelstellingen info-sessie 'Waarom praten belangrijk is' in 2019

Figuur 26: Piek in aantal bezoekers Zelfmoord1813 op de Werelddag Suïcidepreventie

STRATEGIE 2

Figuur 27: Bereik Zelfmoordlijn naar leeftijd, opgesplitst per medium, 2019

Figuur 28: Bereik Zelfmoordlijn naar geslacht en doel gesprek, opgesplitst per medium, 2019

Figuur 29: Tevredenheid oproeper zoals ingeschat door beantwoorder voor telefoon, 2016-2019

Figuur 30: tevredenheid chat

Figuur 31: Resultaten van het effectiviteitsonderzoek van de Zelfmoordlijn chat, 2017 (n:113)

Figuur 32. Evaluatie game: Invloed van de game

Figuur 33: Evaluatie game: Ervaring

STRATEGIE 3

Figuur 34: Setting van deelnemers vormingen CPZ & CGG-SP, 2019

Figuur 35: Overzicht totale aantal gevolgde onderdelen per maand (van maart 2017 tot december 2019)

Figuur 36: Overzicht van de rollen van de deelnemers

STRATEGIE 4

Figuur 37: evaluaties Leuven 2019

FIGUREN CONCLUSIE EN AANBEVELINGEN

Figuur 38: Evidence-based strategieën in de preventie van suïcide

LIJST MET TABELLEN**TABELLEN INLEIDING**

Tabel 1: Samenstelling Vlaamse Werkgroep Suïcidepreventie (2020)

TABELLEN BIJKOMENDE INDICATOREN VAS II

Tabel 2: Cijfers Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg – aantal cliënten die hulp kregen, aantal zorgperiodes, duur van wachttijden en behandeling, 2012-2019

Tabel 3: Aantal zorgperiodes waarbij de aanmeldingsklacht suïcidegedachten of –poging was

Tabel 4: Dossiers waarbij suïcideproblematiek/suïcidegedachten als hoofdproblematiek benoemd werd door zorgvrager of –verwijzer, 2012-2019

Tabel 5: Dossiers in behandeling (zowel nieuwe dossiers als dossiers gestart in de jaren ervoor) waarbij er sprake is van een verhoogd suïciderisico (inschatting door de hulpverlener), 2012-2019

Tabel 6: Overzicht totale aantal cliënten per jaar, percentage cliënten jonger dan 25 jaar, percentage cliënten met relatie- en persoonlijke problemen in het onthaal en het aantal cliënten met zelfmoordgedachten in het onthaal, 2015 t.e.m. 2020 (aug)

Tabel 7: Wie vragen Vlaamse adolescenten om hulp voorafgaand aan suïcidaal gedrag? – opdeling naar geslacht. Een vergelijking tussen 2000 en 2015

TABELLEN ACTIES***STRATEGIE 1***

Tabel 8: Aantal bezoeken en unieke bezoekers website Fit in je Hoofd, 2012-2020 (aug)

Tabel 9: Aantal deelnemers coachingsplatform 'Mijn Veerkracht', 2015-2020 (aug)

Tabel 10: Aantal verspreide posters en brochures Fit in je Hoofd, 2012-2020 (aug)*

Tabel 11: Aantal train-de-trainers en aantal deelnemers Fit in je Hoofd, 2015-2020

Tabel 12: Aantal georganiseerde trainingen en aantal deelnemers Goed-Gevoel-Stoel, 2015-2020

Tabel 13: Resultaten tevredenheidsmeting Goed-Gevoel-Stoel, 2012

Tabel 14: Aantal bezoekers website NokNok, 2012-2020 (aug)

Tabel 15: NokNok workshops

Tabel 16: Aantal opgeleide trainers en deelnemers aan trainingen, 2015-2020 Zilverwijzer in Woonzorgcentra

Tabel 17: Aantal unieke bezoekers website Help! Mijn kind denkt aan zelfmoord

Tabel 18: Aantal bezoekers website '4 voor 12'

Tabel 19: Overzicht acties Werelddag Suïcidepreventie

Tabel 20: Aantal bezoekers Zelfmoord1813 op de Werelddag Suïcidepreventie

Tabel 21: Aantal vormingen en deelnemers inzake de mediarichtlijnen, 2012-2020

Tabel 22: Bezoekers webpagina en aantal downloads brochure mediarichtlijnen, 2014-2020

Tabel 23: Aantal bezoekers webpagina en aantal downloads fictierichtlijnen, 2017-2020

STRATEGIE 2

Tabel 24: Bereik Zelfmoord1813, 2013 – 2020

Tabel 25: Bereik pagina's op de homepagina, 2014 – 2020

Tabel 26: Overzicht aantal oproepen, opgesplitst naar medium

Tabel 27: Aantal vrijwilligers Zelfmoordlijn

Tabel 28: Tevredenheid e-maildienst Zelfmoordlijn 1813, 2014-2020

Tabel 29: Bereik e-learning gepast reageren op verontrustende berichten, 2012-2020

Tabel 30: Bereik Google Adwords, 2012-2020

Tabel 31: Bereik sociale media Zelfmoordlijn, 2012-2020

Tabel 32: Bereik sociale media VLESP (na zelfdoding), 2018-2020

Tabel 33: Bereik sociale media Werkgroep Verder (na zelfdoding), 2018-2020

Tabel 34: Aantal accounts en aantal berichten

Tabel 35: Downloads BackUp

Tabel 36: Aantal registraties, infoches en affiches Think Life, 2016-2020

Tabel 37: Resultaten pre-post studie Think Life

Tabel 38: Gemiddelde verschillen tussen baseline en post-meting en tussen baseline en follow-up meting alsook de effectgrootte op de secundaire uitkomstmaten Think Life

Tabel 39: Aantal bezoekers webpagina en aantal downloads safety plan, 2015 t.e.m. augustus 2020

STRATEGIE 3

Tabel 40: Aantal vormingen en deelnemers CGG-SP, 2012-2020

Tabel 41: Aantal coachingstrajecten, CGG-SP, 2012-2020

Tabel 42: Workshopdagen CGG-SP, 2015-2017-2019

Tabel 43: Activiteiten omtrent overleg en evaluatie CGG-SP, 2012-2020

Tabel 44: Aantal vormingen en bereikte mensen (studenten + intermediairs) via vorming CPZ, 2012-2020 136.

Tabel 45: VROS-metingen pre- en post CPZ, 2012-2020

Tabel 46: Bereik en tevredenheid vormingen Werkgroep Verder 2012-2020 (aug)

Tabel 47: Aantal oproepen ASPHA via de verschillende media, 2012-2019

Tabel 48: Verspreiding folders ASPHA, 2012-2019

Tabel 49: Bezoekers ASPHA-pagina op Zelfmoord1813 en bekendmaking ASPHA via Google Adwords

Tabel 50: Functie van de oproeper van ASPHA

Tabel 51: Deelnemers SP-reflex, 2017-2020

STRATEGIE 4

Tabel 52: Aantal deelnemende ziekenhuizen IPEO, 2012-2019

Tabel 53: Aantal deelnemende instellingen KIPEO, 2012-2019

Tabel 54: Aantal deelnemers vormingen, 2012-2020

Tabel 55: Sensibilisering: Vorming waarin Zorg na een suïcidepoging wordt opgenomen, 2012-2020

Tabel 56: Evaluatie IPEO Ziekenhuizen; 2012-2018

Tabel 57: Evaluatie KIPEO ziekenhuizen, 2015-2016 & 2017-2018

Tabel 58: Evaluatie KIPEO kinderpsychiatrische diensten, 2015-2016 & 2017-2018

Tabel 59: Evaluatie KIPEO CGG, 2015-2016*

Tabel 60: Evaluatie KIPEO CLB, 2015-2016*

Tabel 61: Bereik platform On Track Again 2013-2019

Tabel 62: Aantal downloads brochure 'Hoe help je jouw kind terug op weg na een zelfmoordpoging'

Tabel 63: Downloads 'spreken met je kind over een zelfmoordpoging in de familie' en 'Gids voor naasten' 164

Tabel 64: Aantal deelnemers online gespreksgroepen

Tabel 65: Bereik offline gespreksgroepen, 2012-2019

Tabel 66: Bereik online forum, 2012-2020

Tabel 67: Bereik Dag van de Nabestaanden, 2012-2019

Tabel 68: Bereik (1)Meiwandeling, 2012-2019

STRATEGIE 5

Tabel 69: Aantal downloads richtlijnen Euregenas, 2017 t.e.m. augustus 2020

Tabel 70: Downloads samenvatting Multidisciplinaire Richtlijn

Tabel 71: Aantal downloads leidraad zorgcontinuïteit

1. INLEIDING

1.1 Vlaams Actieplan Suïcidepreventie

In 2002 organiseerde toenmalig Vlaams Minister van Volksgezondheid Mieke Vogels een gezondheidsconferentie over de preventie van depressie en zelfdoding. Deze conferentie gaf de aanzet voor volgende gezondheidsdoelstelling: *“De sterfte door zelfdoding bij mannen en vrouwen moet tegen 2010 verminderd zijn met 8% ten opzichte van 2000”*. Om deze doelstelling te behalen, werd in 2006 het eerste Vlaams Actieplan Suïcidepreventie uitgewerkt, bestaande uit verschillende acties met als doel het aantal zelfdodingen in Vlaanderen te doen dalen.

Eind 2011 werd door voormalig Vlaams Minister voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, Jo Vandeuren, een tweede Gezondheidsconferentie Suïcidepreventie georganiseerd. Naar analogie met de zesde doelstelling van de Wereldgezondheidsorganisatie, kwam hier volgende Vlaamse gezondheidsdoelstelling suïcidepreventie uit voort: *“De sterfte door zelfdoding bij mannen en vrouwen moet tegen 2020 verminderd zijn met 20% ten opzichte van 2000”*. Om deze doelstelling te behalen, werd een tweede Vlaams Actieplan Suïcidepreventie (2012-2020) gelanceerd. Dit actieplan omvat volgende strategieën:

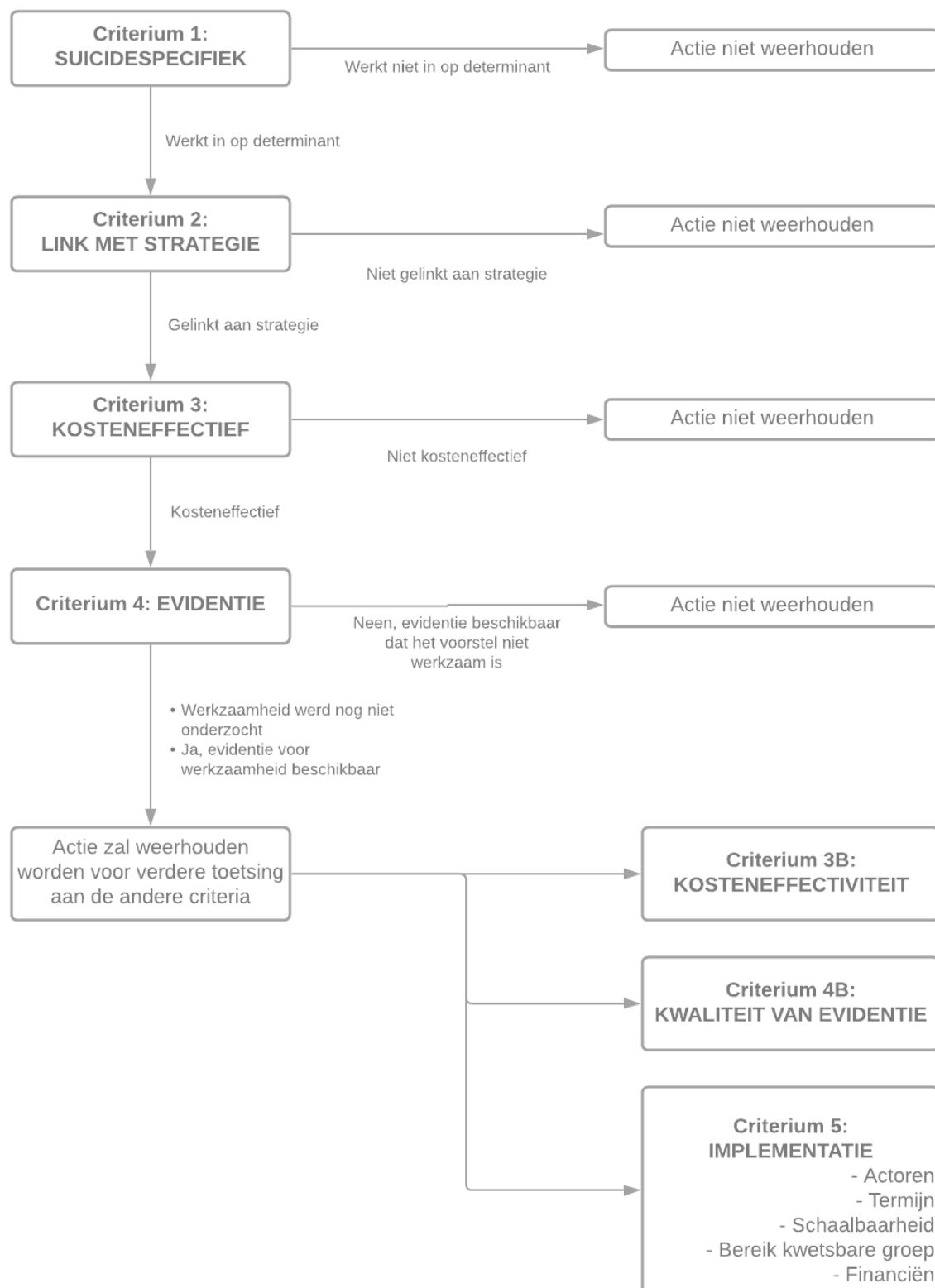
1. Geestelijke gezondheidsbevordering met betrekking tot individu en maatschappij
 - a. De individuele veerkracht en het vermogen voor zelfhulp versterken
 - b. Ondersteuningsvaardigheden bij ouders verhogen
 - c. Zorgen voor het bevorderen van sociale aansluiting
 - d. Hulp zoeken aanmoedigen en stigma doorbreken
 - e. De leefomgeving meer gezondheidsbevorderend, zorgzaam en suïcideveilig maken via beleid in de lokale gemeenschap, school, werkplek... en via de media
2. Suïcidepreventie door laagdrempelige telefonische en online hulp
3. Bevorderen van deskundigheid en netwerkvorming bij intermediairs
4. Strategieën voor specifieke risicogroepen
5. De ontwikkeling en implementatie van aanbevelingen en hulpmiddelen voor de preventie van suïcide.

Onder elke strategie vallen verschillende acties die verder worden toegelicht in dit rapport. Voor het weerhouden van acties werden selectiecriteria opgesteld, waaraan elke actie wordt afgetoetst (Vandeurzen, 2012):

1. De actie moet gericht zijn op suïcidepreventie (suïcide specifiek): uitgaand van het verklarend model van suïcidaal gedrag is het doel dat elke actie ten minste ingrijpt op één van de determinanten of drempelverhogende, dan wel drempelverlagende factoren.
2. De actie moet passen binnen de vooropgestelde strategieën vooropgesteld in de Gezondheidsconferentie Suïcidepreventie 2011.
3. De actie moet kosteneffectief zijn.
4. Er moet evidentie zijn voor de actie (aangetoond werkbaar). Innovatieve strategieën krijgen een score op basis van het geplande onderzoek dat gekoppeld wordt aan een pilootproject.
5. De actie moet haalbaar en implementeerbaar zijn: zijn er mogelijk actoren die de actie kunnen uitvoeren? Wat is de mogelijke termijn waarbinnen de actie gerealiseerd kan worden? Wat is de reikwijdte van de actie? Welke kosten zijn aan de actie verbonden?

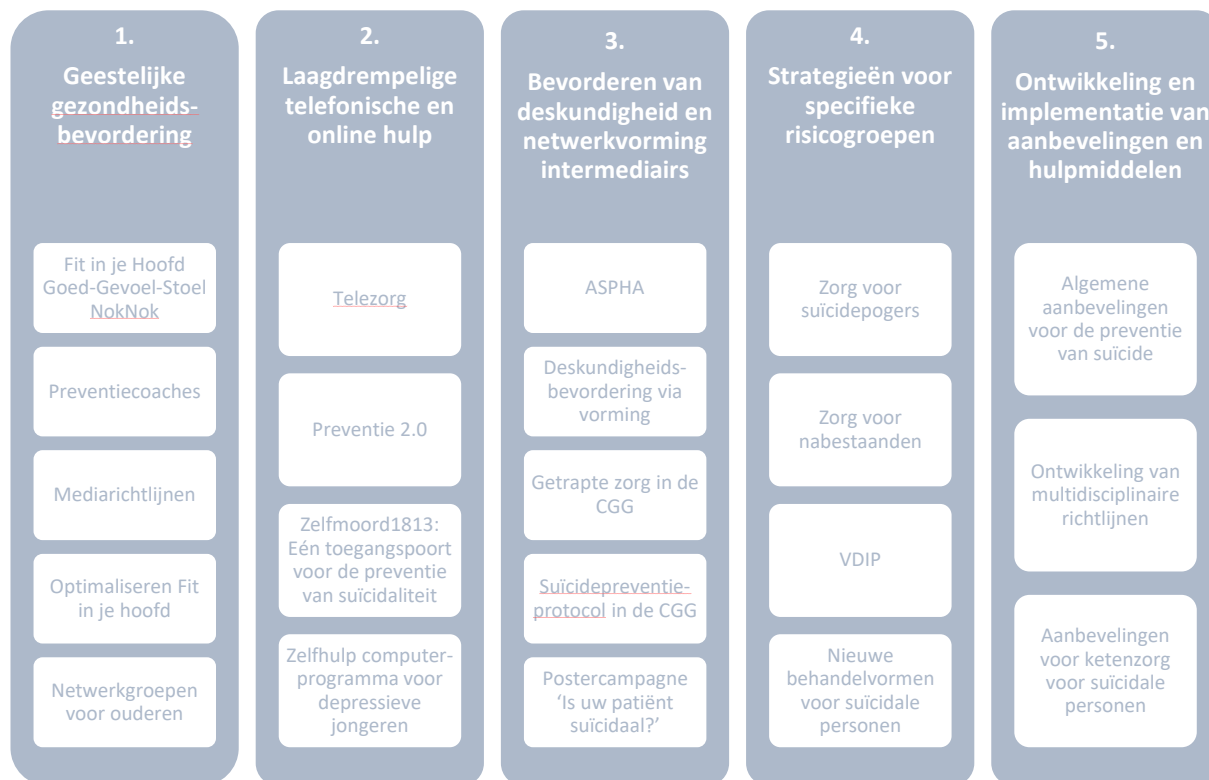
Figuur 1 bevat een schematische weergave van de beslisboom om acties af te toetsen aan de criteria van het tweede Vlaams Actieplan Suïcidepreventie (VAS II).

Figuur 1: Beslisboom VAS II



Figuur 2 bevat een schematische weergave van het VAS II zoals opgesteld bij aanvang van het actieplan.

Figuur 2: Schematische voorstelling tweede Vlaams Actieplan Suïcidepreventie



1.2 Evaluatie

Het **actieplan** als geheel wordt geëvalueerd op basis van volgende indicatoren:

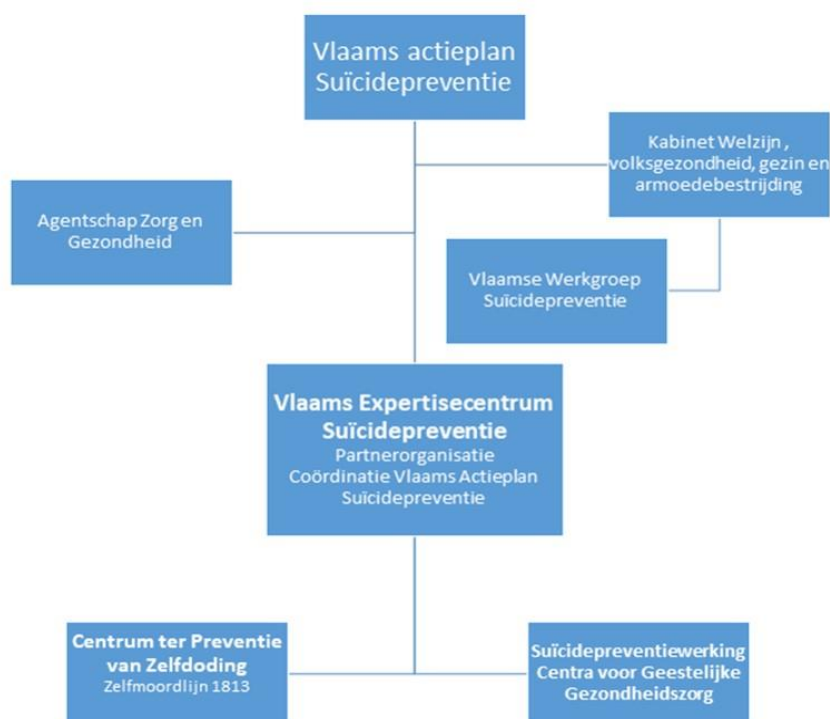
- Het behalen van de **gezondheidsdoelstelling**, waarbij een stand van zaken wordt gegeven m.b.t. de cijfers inzake suïcide, suïcidepogingen en suïcidale ideatie;
- De **indicatoren** welke bij aanvang van het actieplan werden vastgelegd vanuit het agentschap Zorg en Gezondheid.. Evaluatie van deze indicatoren gebeurt door bestaande registraties en studies, literatuuronderzoek en praktijkervaringen van belangrijke actoren in het veld. De indicatoren zijn:
 - o Toename van kennis over geestelijke gezondheid(-sproblemen) en de mogelijkheden van behandeling van geestelijke gezondheidsproblemen;
 - o Toename van hulpzoekgedrag;
 - o Verbetering in kwaliteit en kwantiteit van berichtgeving over suïcide in de media;
 - o Beschikbaarheid en toegankelijkheid van dodelijke middelen, gebruik bij suïcidaal gedrag en toegankelijkheid van suïcide hot spots;
 - o Attitudes, kennis, angst, zelfvertrouwen, vroege herkenning, vaardigheden in risicobepaling en omgaan met suïcidale mensen;
 - o Kwalitatieve feedback van gebruikers van voorzieningen, i.e. geestelijke gezondheidszorg, internetfaciliteiten zoals crisishulp en e-mental health.
- Daarnaast worden ook de verschillende acties geëvalueerd, wat gebeurt op basis van volgende vier indicatoren:
 - o **Onderbouwing** gaat na in hoeverre de actie gebaseerd is op wetenschappelijk onderzoek. Dit gebeurt onder andere door na te gaan op basis van welk cijfermateriaal en onderzoek de actie opgestart werd.
 - o **Bereik** brengt in kaart hoeveel mensen gebruik maken van de aangeboden dienst- of hulpverlening. Dit gebeurt op basis van registraties van het aantal bezoekers op websites, aantal deelnemers aan activiteiten, de verdeling van folders en brochures, etc.
 - o **Tevredenheid** gaat na hoe tevreden de gebruikers zijn over de aangeboden dienst- of hulpverlening. Dit gebeurt op basis van resultaten van tevredenheidsbevragingen en gebruikersonderzoeken (indien aanwezig) en ervaringen van de betrokken organisaties.
 - o **Effectiviteit** brengt in kaart hoe effectief de actie de beoogde doelstellingen bereikt. Dit gebeurt op basis van effectiviteitsonderzoek (indien aanwezig) en ervaringen van de betrokken organisaties.

Het eindrapport bouwt verder op de [tussentijdse evaluatie](#) van het tweede Vlaams Actieplan Suïcidepreventie welke in de helft van de looptijd van het VAS II werd uitgevoerd eind 2016 (Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie (VLESP), 2017). Het tussentijdse rapport werd aangevuld met actuele informatie en gegevens die door VLESP verzameld werden bij de betrokken organisaties. In de mate van het mogelijke werden acties of nieuwe studies die plaatsvonden in 2020 eveneens toegevoegd aan de evaluatie. Cijfermateriaal werd, indien voorhanden, aangevuld met gegevens t.e.m. augustus 2020.

1.3 Actoren

In Figuur 3 wordt een overzicht gegeven van de organisatiestructuur die instaat voor de coördinatie en implementatie van het VAS II.

Figuur 3: Overzicht structuur VAS II



1.3.1 Vlaamse Werkgroep Suïcidepreventie

Op 5 december 2012 verscheen het [Ministerieel besluit ter oprichting van de Vlaamse Werkgroep Suïcidepreventie](#). Het doel van een Vlaamse Werkgroep is om de expertise van diverse sectoren maximaal bij de uitbouw van het beleid te betrekken en om het draagvlak te verhogen in het kader van Gezondheidsconferenties of daarbuiten. De Vlaamse Werkgroep Suïcidepreventie heeft volgende opdrachten:

1. Het aanreiken van deskundigheid, wetenschappelijke inzichten en aangetoond werkzame methodieken, ten bate van suïcidepreventie in Vlaanderen en van de uitvoering van het Vlaams Actieplan Suïcidepreventie;
2. Het opvolgen van taken en afspraken van voorgaande werkgroepvergaderingen;
3. Het delegeren van opdrachten naar de subwerkgroepen en het bespreken van de werkzaamheden van de subwerkgroepen;
4. Het fungeren als klankbord bij de bespreking en/of introductie van nieuwe initiatieven voorgesteld door het agentschap of de subwerkgroepen;
5. Het creëren van een draagvlak in het veld voor de uitvoering van nieuwe initiatieven;
6. Het verzamelen van adviezen van de subwerkgroepen en formuleren van adviezen aan de minister en het agentschap;
7. Op vraag of op eigen initiatief, advies uitbrengen aan de minister en het agentschap over suïcidepreventie in het algemeen en de hierboven genoemde punten in het bijzonder.

De Vlaamse Werkgroep Suïcidepreventie bestaat uit afgevaardigden van de volgende organisaties (samenstelling zoals op 1 december 2020, Tabel 1)

Tabel 1: Samenstelling Vlaamse Werkgroep Suïcidepreventie (2020)

Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie (VLESP)	Zorgnet-Icuro	Familieplatform
Steunpunt Geestelijke Gezondheid	Awel vzw	Agentschap Zorg & Gezondheid – team preventie
Vlaams Instituut Gezond Leven	Cavaria	Fonds Gavoorgeluk
Steunpunt Geestelijke Gezondheid	Tele-Onthaal	Centrum ter Preventie van Zelfdoding
Lokaal Gezondheidsoverleg (LOGO)	LUCAS	Idewe
Domus Medica	Intermutualistisch verbond	Eenheid voor Zelfmoordonderzoek
CGG Suïcidepreventiewerking	Agentschap Zorg en Gezondheid – team gespecialiseerde zorg	Departement WVG
Raadgever kabinet Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding	Departement Onderwijs	

1.3.2 Partnerorganisatie suïcidepreventie

Het [Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie](#) (VLESP) is de partnerorganisatie van de Vlaamse Overheid voor de preventie van zelfdoding. VLESP staat in voor een wetenschappelijke basis voor suïcidepreventie in Vlaanderen en biedt informatie en advies aan de overheid, relevante organisaties en de algemene bevolking. Daarnaast ontwikkelt, implementeert en evalueert VLESP wetenschappelijk onderbouwde methodieken en materialen ter preventie van zelfdoding. Ten slotte staat het VLESP in voor de inhoudelijke coördinatie van het Vlaams Actieplan Suïcidepreventie.

- [VLESP](#) is een samenwerking tussen de Eenheid voor Zelfmoordonderzoek van de Universiteit Gent en het Centrum ter Preventie van Zelfdoding. Sinds 2019 zijn ook Werkgroep Verder na Zelfdoding, Zorg na een Suïcidepoging en de ondersteuningsfunctie voor de Suïcidepreventiewerking van de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg deel geworden van VLESP.

- De [Eenheid voor Zelfmoordonderzoek](#) (EZO) beoogt het stimuleren en coördineren van het wetenschappelijk onderzoek naar suïcidaal gedrag en is verbonden aan de Universiteit Gent. Het onderzoeksprogramma van de EZO, dat door een multidisciplinair team wordt uitgevoerd, omvat studies naar epidemiologie, neurobiologie alsook naar de preventie en behandeling van suïcide.
- Het [Centrum ter Preventie van Zelfdoding](#) (CPZ) werd erkend als organisatie met terreinwerking en wordt hieronder meer uitvoerig besproken.
- [Werkgroep Verder Na Zelfdoding](#) is sinds 2019 een deelwerking van VLESP en richt zich op het versterken van de opvang en zorg voor nabestaanden na suïcide. Werkgroep Verder biedt informatie en ondersteuning voor mensen die iemand verloren zijn door zelfdoding en ondersteunt organisaties en hulpverleners bij de opvang van nabestaanden.
- **Zorg na een Suïcidepoging** (vroeger Zorg voor Suïcidepogers) is sinds 2019 een deelwerking van VLESP en richt zich op het versterken van de opvang en zorg voor mensen na een suïcidepoging. Zorg na een Suïcidepoging biedt informatie en ondersteuning voor mensen na een suïcidepoging en ondersteunt organisaties en hulpverleners bij de opvang van mensen na een suïcidepoging.

1.3.3 Organisaties met terreinwerking suïcidepreventie

Naast de partnerorganisatie VLESP zijn het Centrum ter Preventie van Zelfdoding en de Suïcidepreventiewerking van de Centra voor Geestelijk Gezondheidszorg erkend als organisatie met terreinwerking suïcidepreventie:

- Het [Centrum ter Preventie van Zelfdoding](#) (CPZ) is een vzw met als doel de preventie van zelfdoding en het vermaatschappelijken van die preventie. De missie van het CPZ is het bespreekbaar maken van suïcidaliteit, mensen helpen omgaan met en verminderen van suïcidaliteit en het overbruggen van een suïcidale crisis. Dit doet ze onder andere door het organiseren van de hulplijn Zelfmoordlijn 1813, het aanbieden van vormingen en het verspreiden van folders en brochures over suïcidepreventie.
- De [Suïcidepreventiewerking van de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg](#) (CGG-SP) ondersteunt de hulpverlening van personen met een risico op suïcidaal gedrag, onder andere door middel van vormingen en het ondersteunen van organisaties bij het opmaken van een suïcidepreventiebeleid.

2. GEZONDHEIDSDOELSTELLING

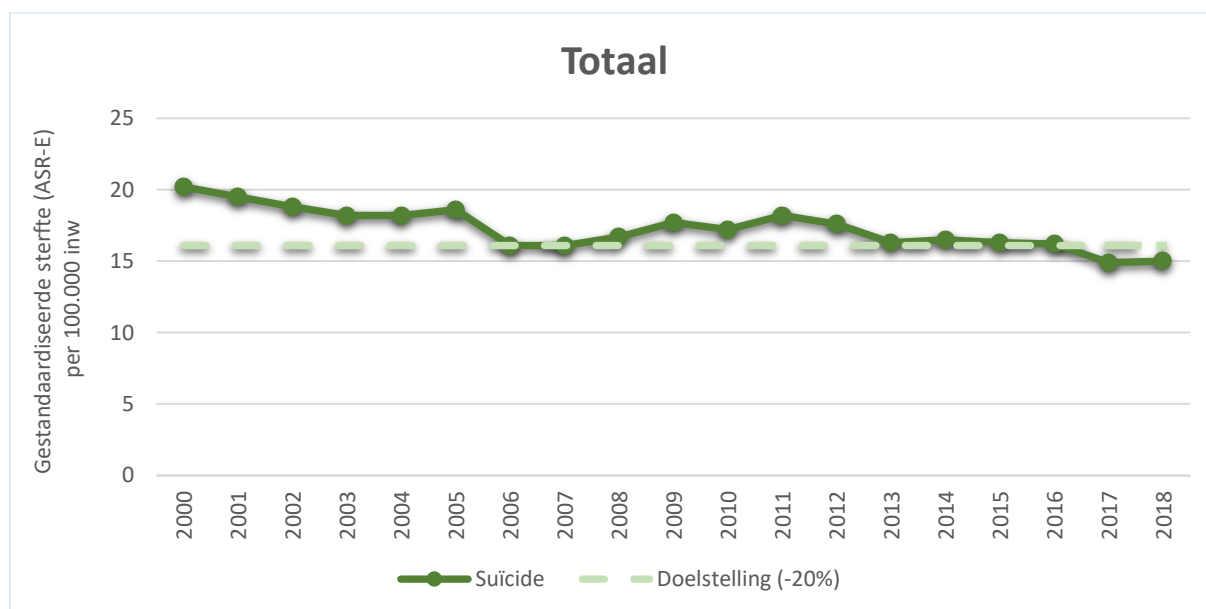
Het tweede Vlaams Actieplan Suïcidepreventie had als doel om volgende gezondheidsdoelstelling te behalen: *'De sterfte door zelfdoding bij mannen en vrouwen moet tegen 2020 verminderd zijn met 20% ten opzichte van 2000.'* In dit luik wordt een overzicht gegeven van de meest recente cijfers met betrekking tot suïcide, suïcidepogingen en suïcidale ideatie.

2.1 Cijfers m.b.t. suïcide

Cijfers over de prevalentie van suïcide worden verzameld door het [Agentschap Zorg en Gezondheid](#) op basis van de sterftecertificaten. De meest recente cijfers zijn die van 2018.

In 2018 **overleden 984 personen door suïcide**, wat neerkomt op bijna 3 zelfdodingen per dag. Wanneer de vergelijking wordt gemaakt met de baseline van het jaar 2000, rekening houdend met de veranderende leeftijdsverdeling en toenemende bevolking, komt dit neer op een daling van 26%. **Dit betekent dat de gezondheidsdoelstelling werd behaald.** Enige voorzichtigheid bij de interpretatie van deze cijfers is aangewezen, aangezien deze cijfers een onderschatting zijn van de werkelijkheid. Jaarlijks zijn er ook sterfgevallen waarvan de doodsoorzaak moeilijk te bepalen is, waarbij het mogelijks ook om suïcide kan gaan (Zorg en Gezondheid, 2019b).

Figuur 4: Evolutie gestandaardiseerde sterftecijfers voor suïcide en onbetaalde intentie, vergelijking met de vooropgestelde doelstelling, 2000-2018

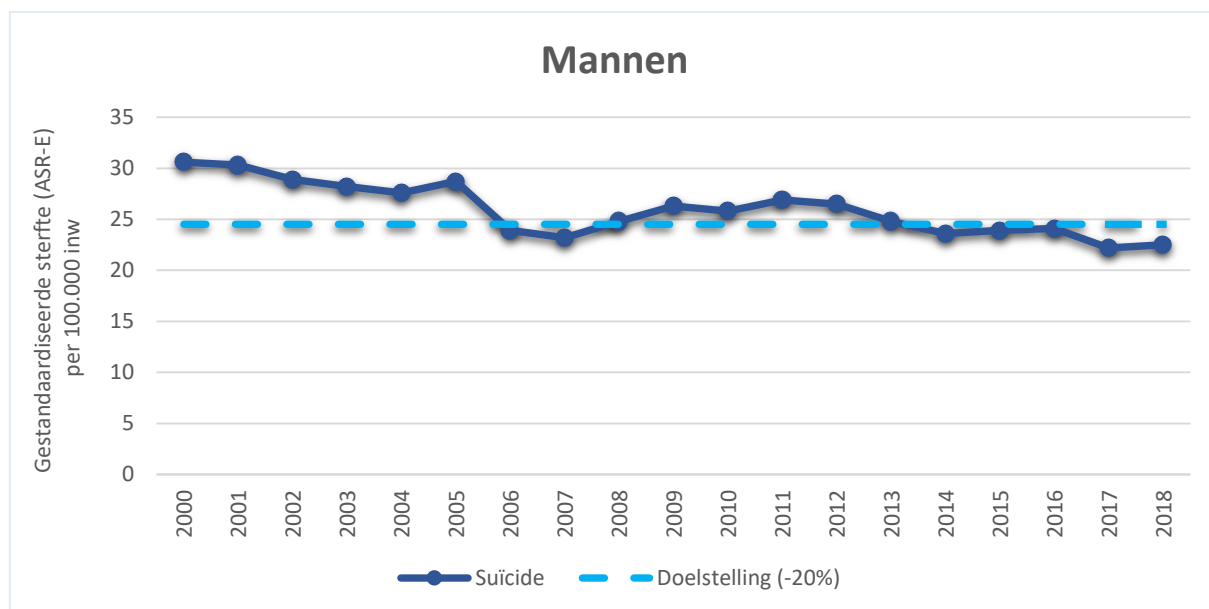


Bron: [Zorg en Gezondheid, 2019](#)

2.1.1 Geslachtsverschillen

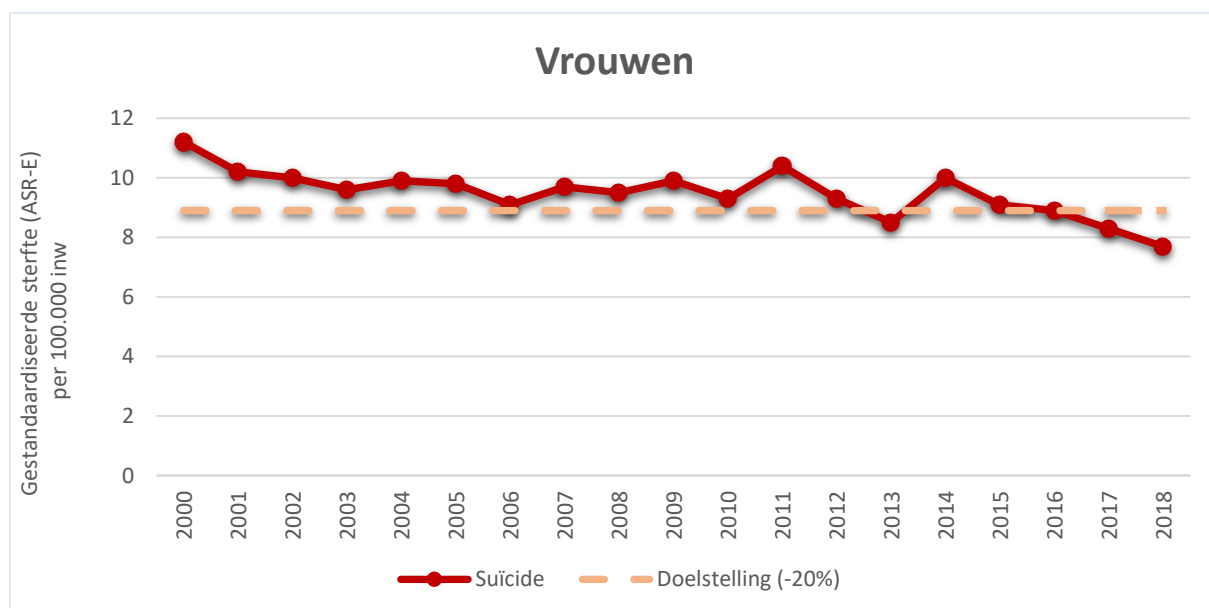
Verdeeld naar geslacht zien we bij de mannen een daling van 26% en bij de vrouwen een daling van 31% ten opzichte van het jaar 2000.

Figuur 5: Evolutie gestandaardiseerde sterftecijfers voor suïcide, vergelijking met de vooropgestelde doelstelling, mannen (2000-2018)



Bron: [Zorg en Gezondheid, 2019](#)

Figuur 6: Evolutie gestandaardiseerde sterftecijfers voor suïcide, vergelijking met de vooropgestelde doelstelling, vrouwen (2000-2018)



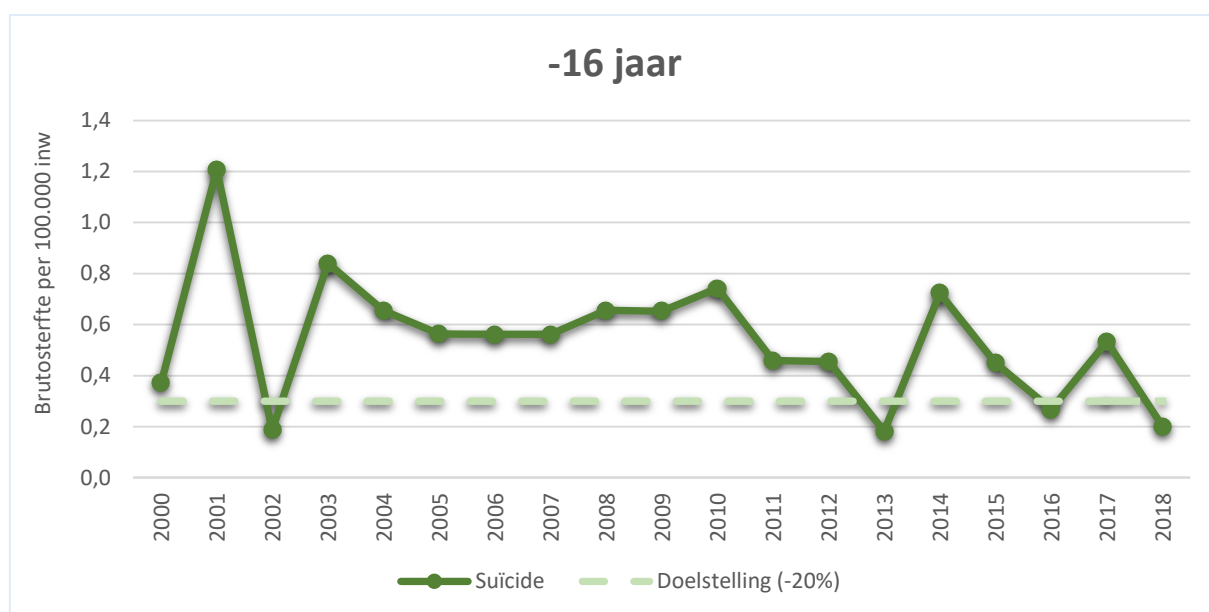
Bron: [Zorg en Gezondheid, 2019](#)

2.1.2 Leeftijdsverschillen

2.1.2.1 Leeftijdsgroep -16 jaar

Bij kinderen en jongeren jonger dan 16 jaar bedroeg het aantal suïcides gemiddeld 6 overlijdens per jaar in de periode 2000-2018. Dit aantal is zo klein dat er geen significante vergelijking met het baselinejaar 2000 gemaakt kan worden.

Figuur 7: Evolutie bruto sterftecijfers voor suïcide, vergelijking met de vooropgestelde doelstelling, -16-jarigen, (2000-2018)

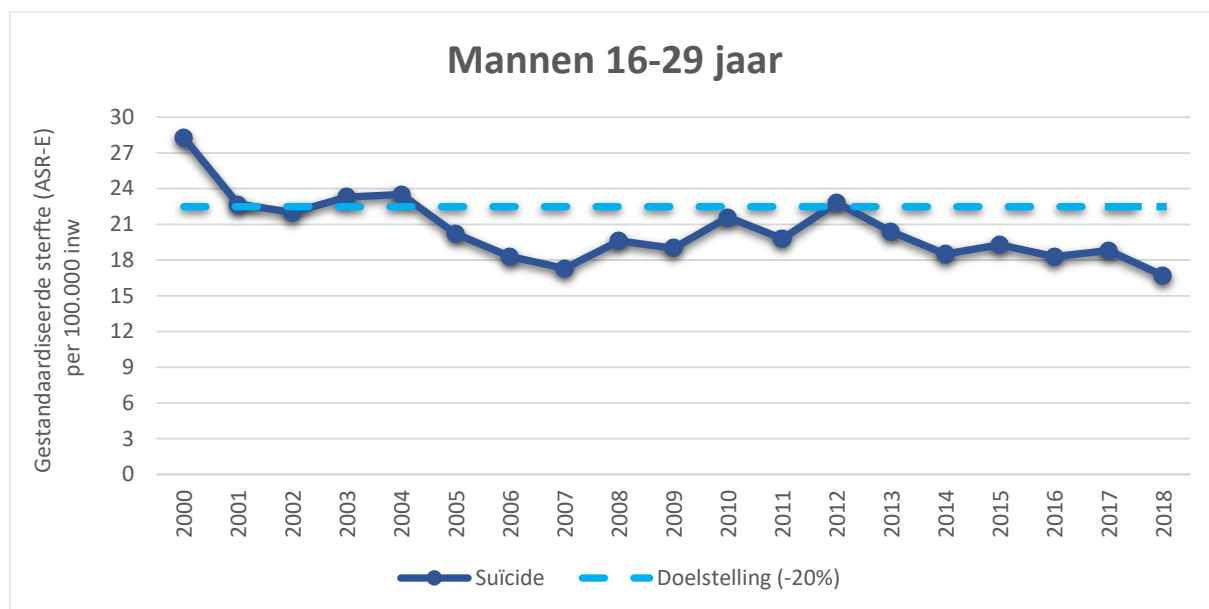


Bron: [Zorg en Gezondheid, 2019](#)

2.1.2.2 Leeftijdsgroep 16-29 jaar

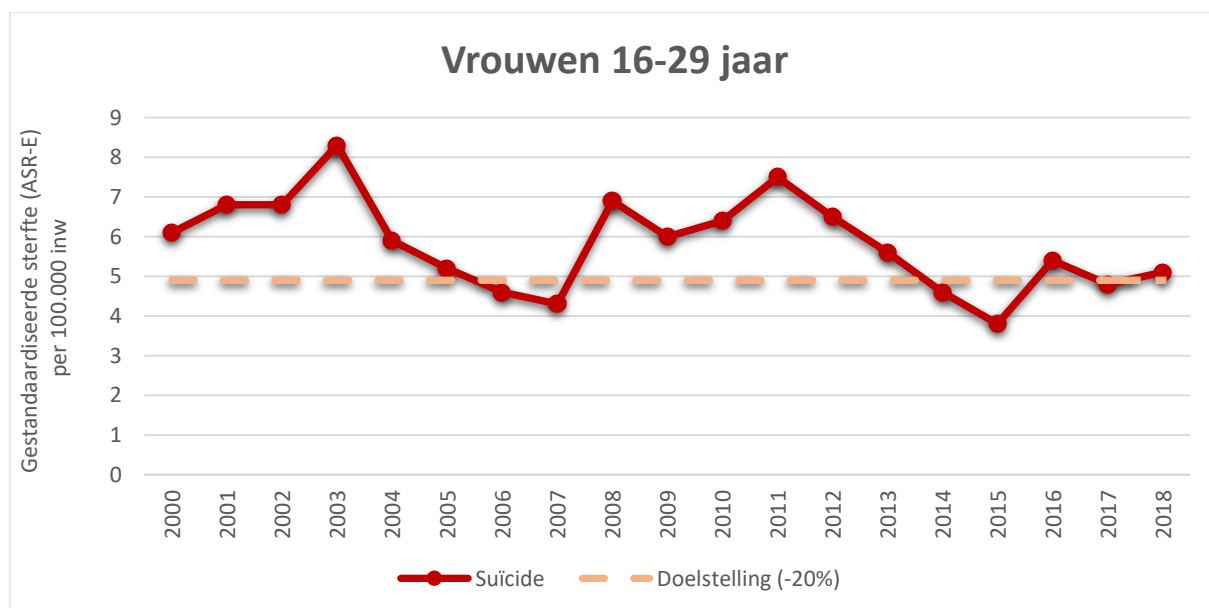
Bij de mannen is er een daling van 41% en is de gezondheidsdoelstelling gehaald, bij de vrouwen is er een daling van 16%, wat niet voldoende is om de gezondheidsdoelstelling te halen.

Figuur 8: Evolutie gestandaardiseerde sterftecijfers per 100.000 inwoners voor suïcide, vergelijking met de vooropgestelde doelstelling, 16-29-jarige mannen (2000-2018)



Bron: [Zorg en Gezondheid, 2019](#)

Figuur 9: Evolutie gestandaardiseerde sterftecijfers per 100.000 inwoners voor suïcide, vergelijking met de vooropgestelde doelstelling, 16-29-jarige vrouwen (2000-2018)

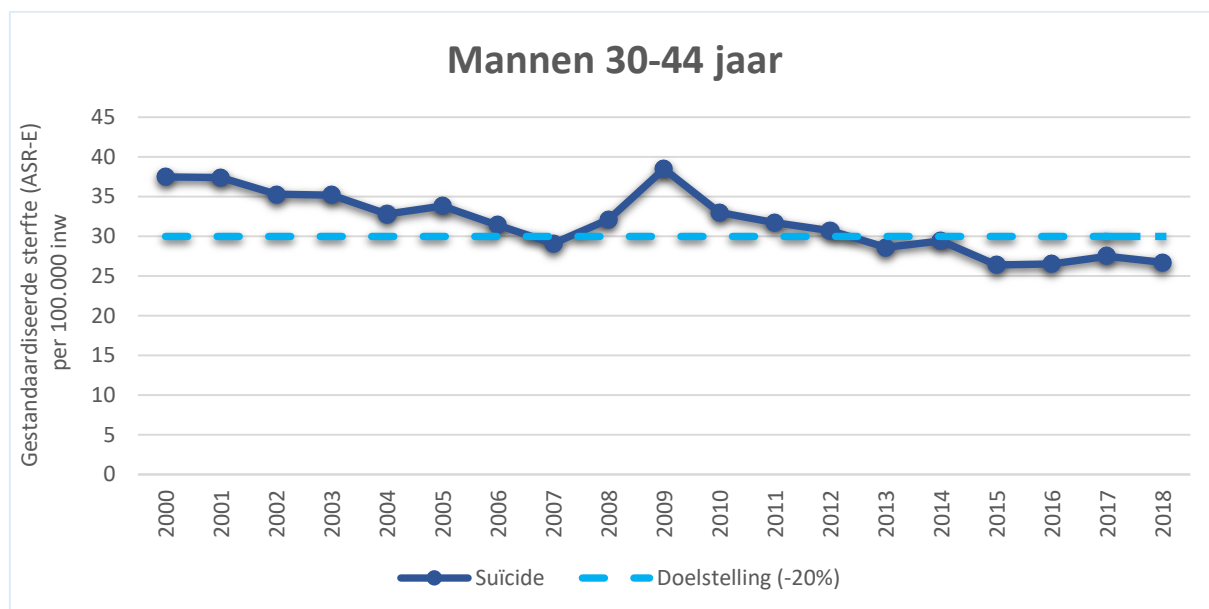


Bron: [Zorg en Gezondheid, 2019](#)

2.1.2.3 Leeftijdsgroep 30-44 jaar

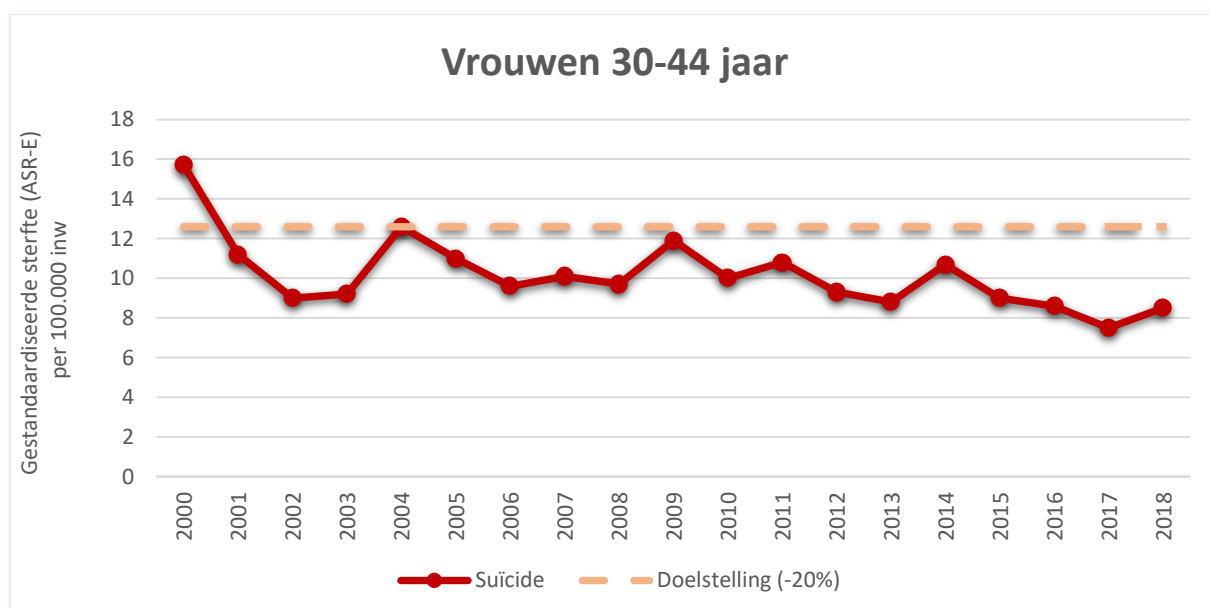
Bij de leeftijdsgroep 30 tot 44 jaar werd de gezondheidsdoelstelling eveneens behaald. Bij de mannen kon een daling van 29% worden vastgesteld, bij de vrouwen was deze 46%.

Figuur 10: Evolutie gestandaardiseerde sterftecijfers per 100.000 inwoners voor suïcide, vergelijking met de vooropgestelde doelstelling, 30-44-jarige mannen (2000-2018)



Bron: [Zorg en Gezondheid, 2019](#)

Figuur 11: Evolutie gestandaardiseerde sterftecijfers per 100.000 inwoners voor suïcide, vergelijking met de vooropgestelde doelstelling, 30-44-jarige vrouwen (2000-2018)



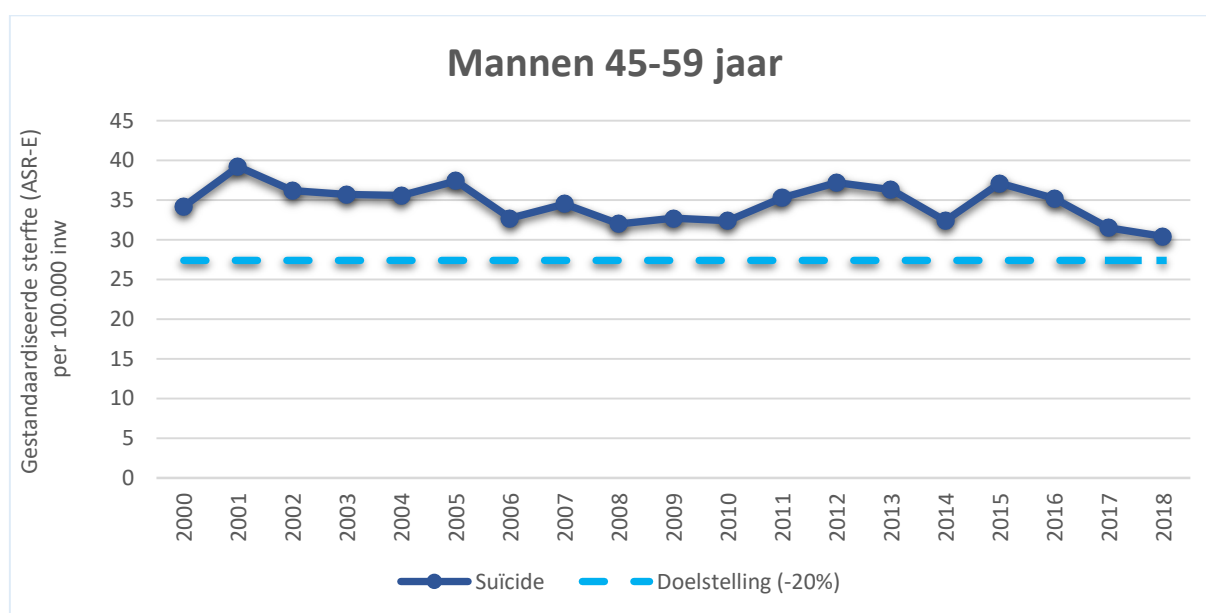
Bron: [Zorg en Gezondheid, 2019](#)

2.1.2.4 Leeftijdsgroep 45-59 jaar

Bij de leeftijdsgroep 45-59 jaar werd de Gezondheidsdoelstelling echter niet behaald. Bij de mannen kon een daling worden vastgesteld van 11%. Bij de vrouwen zien we een daling van 18%.

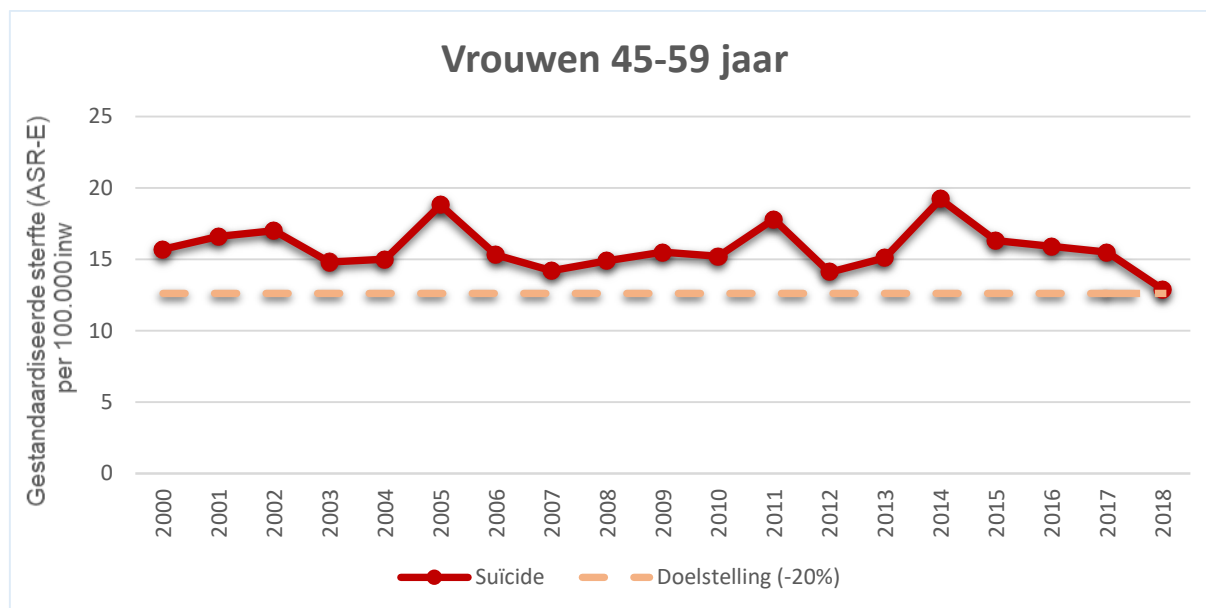
Op basis van deze cijfers voerde de Eenheid voor Zelfmoordonderzoek een studie uit naar de omstandigheden, aanleidingen en risicofactoren in deze doelgroep en werden er enkele aanbevelingen gemaakt. Deze resultaten en aanbevelingen worden verder in deze evaluatie besproken (hoofdstuk 4.4.6).

Figuur 12: Evolutie gestandaardiseerde sterftecijfers per 100.000 inwoners voor suïcide, vergelijking met de vooropgestelde doelstelling, 45-59-jarige mannen (2000-2018)



Bron: [Zorg en Gezondheid, 2019](#)

Figuur 13: Evolutie gestandaardiseerde sterftecijfers per 100.000 inwoners voor suïcide, vergelijking met de vooropgestelde doelstelling, 45-59-jarige vrouwen (2000-2018)

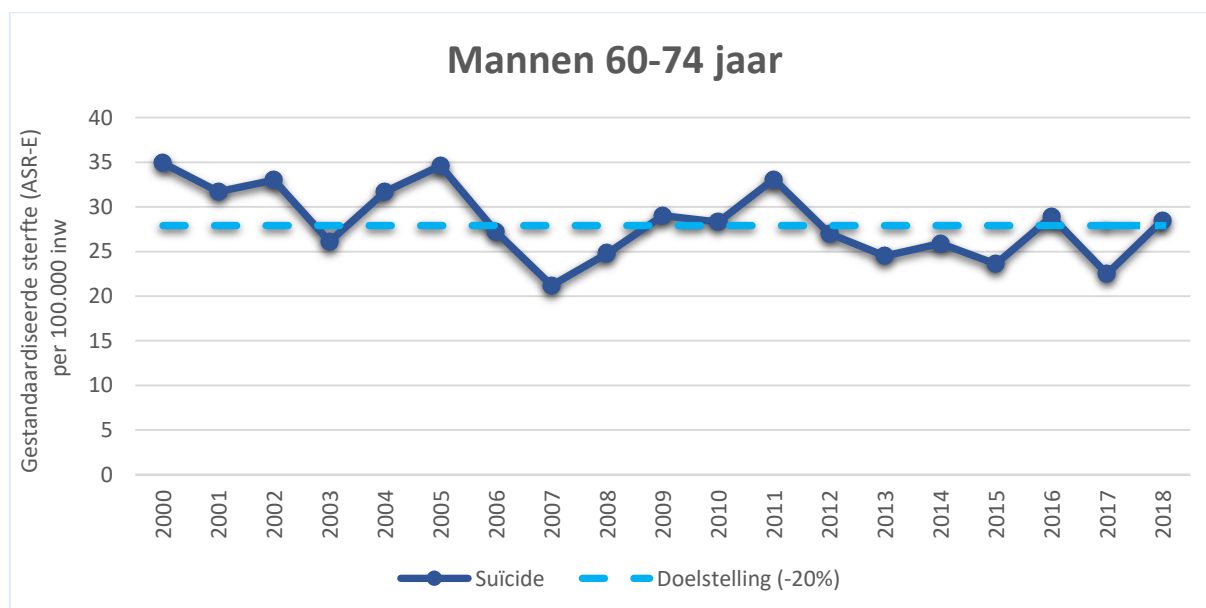


Bron: [Zorg en Gezondheid, 2019](#)

2.1.2.5 Leeftijdsgroep 60-75 jaar

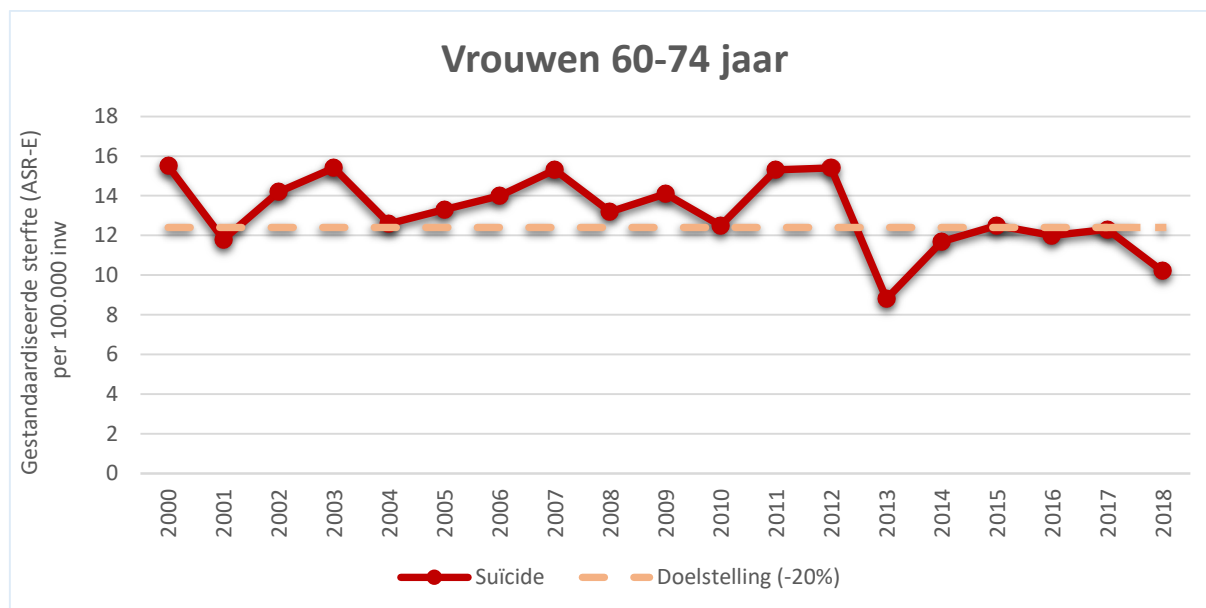
Bij 60 tot 75-jarigen liggen de suïdecijfers voor mannen in 2018 19% lager liggen dan in 2000 en bij vrouwen zien we een daling van 34%.

Figuur 14: Evolutie gestandaardiseerde sterftecijfers per 100.000 inwoners voor suïcide, vergelijking met de vooropgestelde doelstelling, 60-74-jarige mannen (2000-2018)



Bron: [Zorg en Gezondheid, 2019](#)

Figuur 15: Evolutie gestandaardiseerde sterftecijfers per 100.000 inwoners voor suïcide, vergelijking met de vooropgestelde doelstelling, 60-74-jarige vrouwen (2000-2018)

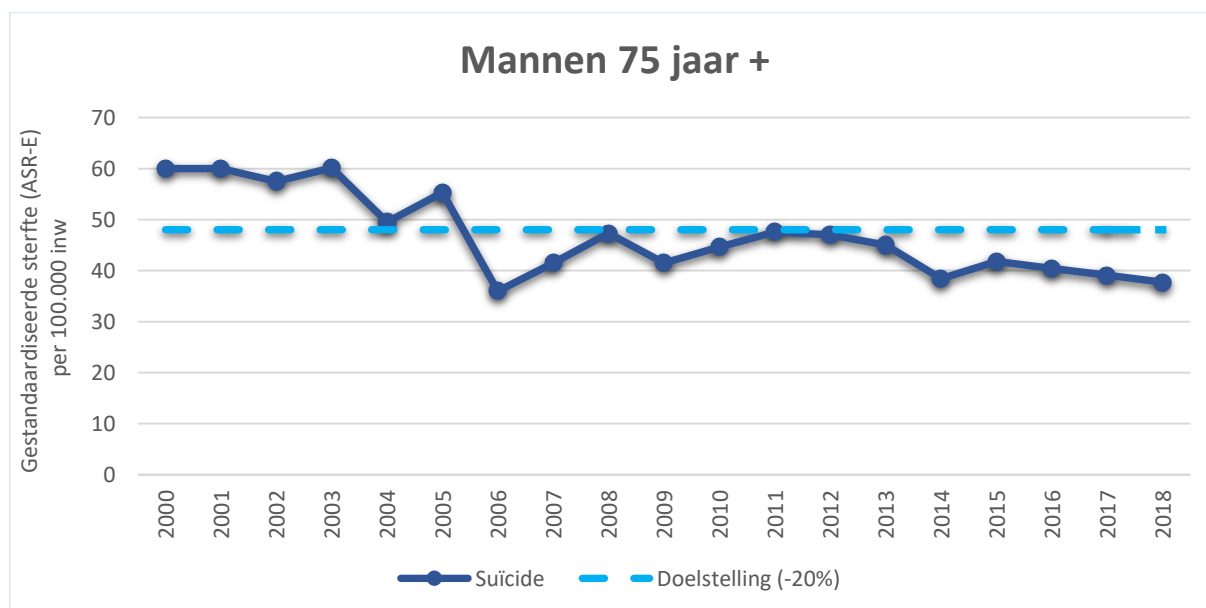


Bron: [Zorg en Gezondheid, 2019](#)

2.1.2.6 Leeftijdsgroep 75 jaar en ouder

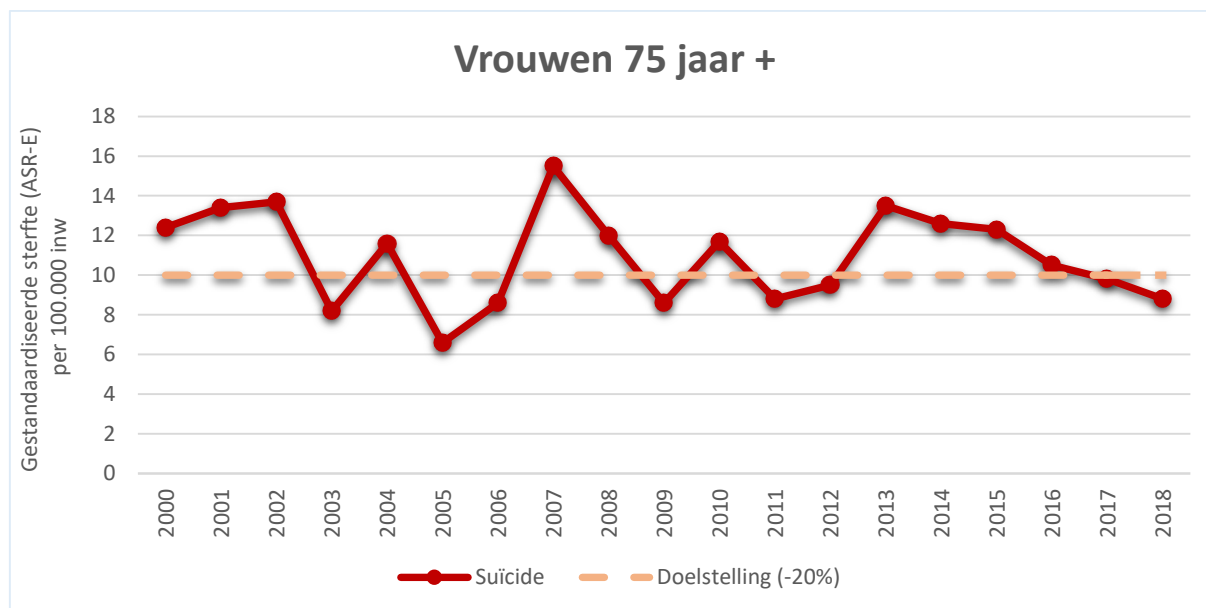
Bij 75+-mannen kon een daling worden vastgesteld van 37% t.o.v. 2000. Bij vrouwen boven de 75 jaar zien we een daling van 30% in vergelijking met de baseline van 2000.

Figuur 16: Evolutie gestandaardiseerde sterftecijfers per 100.000 inwoners voor suïcide, vergelijking met de vooropgestelde doelstelling, mannen van 75 jaar en ouder (2000-2018)



Bron: [Zorg en Gezondheid, 2019](#)

Figuur 17: Evolutie gestandaardiseerde sterftecijfers per 100.000 inwoners voor suïcide en vergelijking met de vooropgestelde doelstelling, vrouwen van 75 jaar en ouder (2000-2018)



Bron: [Zorg en Gezondheid, 2019](#)

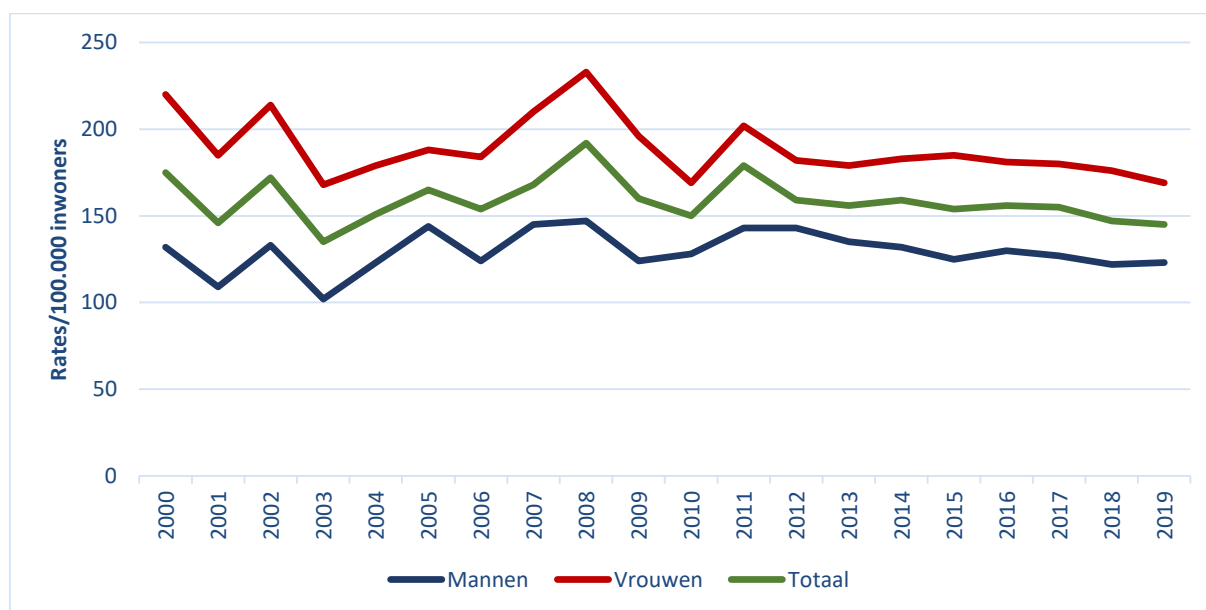
2.2 Cijfers m.b.t. suïcidepogingen

In dit deel wordt er ingegaan op de prevalentie van suïcidepogingen in Vlaanderen. Deze cijfers worden verzameld door de [Eenheid voor Zelfmoordonderzoek](#) aan de hand van de registraties in het kader van het Instrument voor Psychosociale Opvang en Evaluatie (IPEO)(zie hoofdstuk 4.4.1). De meest recente cijfers zijn van 2019.

De person-based rate (aantal suïcidepogers per 100 000 inwoners) bedroeg 145 en de event-based rate (aantal suïcidepogingen per 100 000 inwoners) 147. In absolute cijfers betekent dit dat **in 2019 naar schatting 9 745 suïcidepogingen** voorkwamen in Vlaanderen, wat overeenkomt met gemiddeld 27 suïcidepogingen per dag. Er ondernemen meer vrouwen (62.5%) dan mannen (37.5%) een suïcidepoging (Vancayseele, Portzky, & Van Heeringen, 2020).

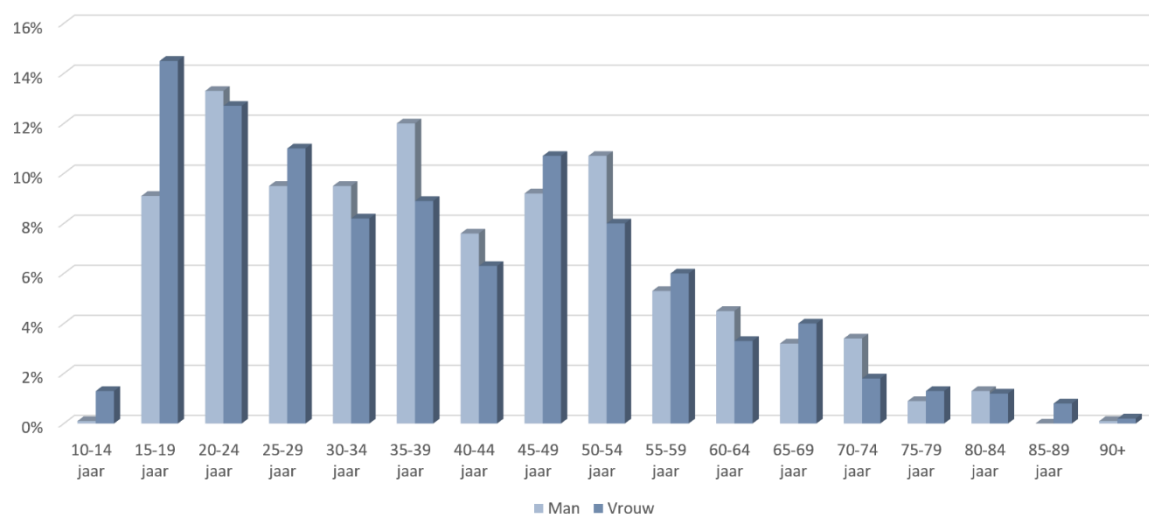
Figuur 18 toont de evolutie van de event-based rate in Vlaanderen voor personen ouder dan 18 jaar. Ten opzichte van het jaar 2000 is er sprake van **een significante daling van 20%** (Vancayseele et al., 2020). Ook al wordt in de gezondheidsdoelstelling enkel de evolutie van de suïdecijfers beoogd, is het ook belangrijk om de evolutie van suïdepogingen op te volgen aangezien deze cruciaal zijn binnen het suïcidaal proces en de sterkste risicofactor zijn voor suïcide. De significante daling van 20% in het aantal suïdepogingen is dan ook eveneens een belangrijke positieve evolutie.

Figuur 18: Event-based rate-evolutie van suïdepogingen per 100.000 inwoners in Vlaanderen, volgens geslacht (2000-2019)



Bron: [Vancayseele et al., 2020](#)

In de onderstaande grafiek (Figuur 19) wordt per leeftijdscategorie het aantal personen dat één of meer suïdepogingen ondernam in 2019 weergegeven. Het hoogst absolute aantal personen die een suïdepoging hebben ondervonden werden teruggevonden in de leeftijdscategorieën 15-19 jaar, 20-24 jaar, 25-29 jaar en 45-49 jaar. Deze cijfers dienen met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden aangezien het hierbij gaat om absolute aantallen en niet om *rates*, waardoor er geen rekening wordt gehouden met de proportionele verdeling van de leeftijdsgroepen in de Vlaamse bevolking. De gemiddelde leeftijd van de mensen die in 2019 een suïdepoging ondernamen in Vlaanderen in 2018 was 39 jaar.

Figuur 19: Leeftijdsverdeling van suïcidepogingen volgens geslacht, 2019Bron: [Vancayseele et al., 2020](#)

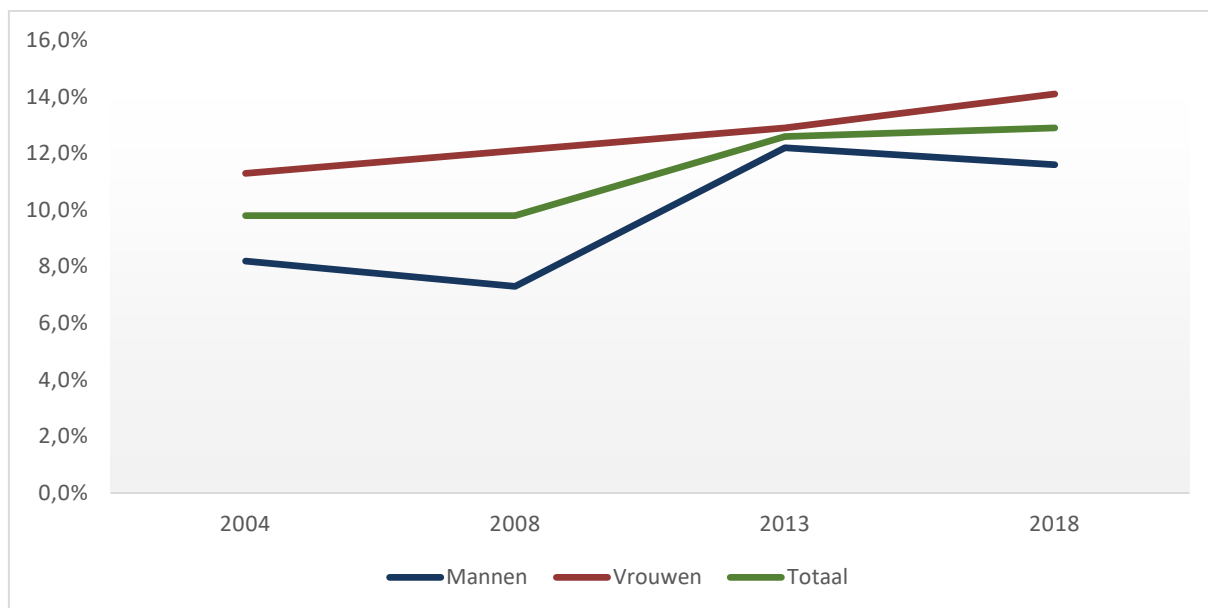
2.3 Suïcidale ideatie

2.3.1 Cijfers Gezondheidsenquête

De prevalentiecijfers van suïcidale ideatie worden verzameld door [Sciensano](#) in het kader van de [Gezondheidsenquête](#). Het is belangrijk om deze gegevens voorzichtig te interpreteren aangezien ze verzameld worden aan de hand van zelfrapportage. De cijfers worden afgezet t.o.v. 2004 (*lifetime*) of 2008 (*laatste jaar*) (Gisle, Drieskens, Demarest, & Van der Heyden, 2019).

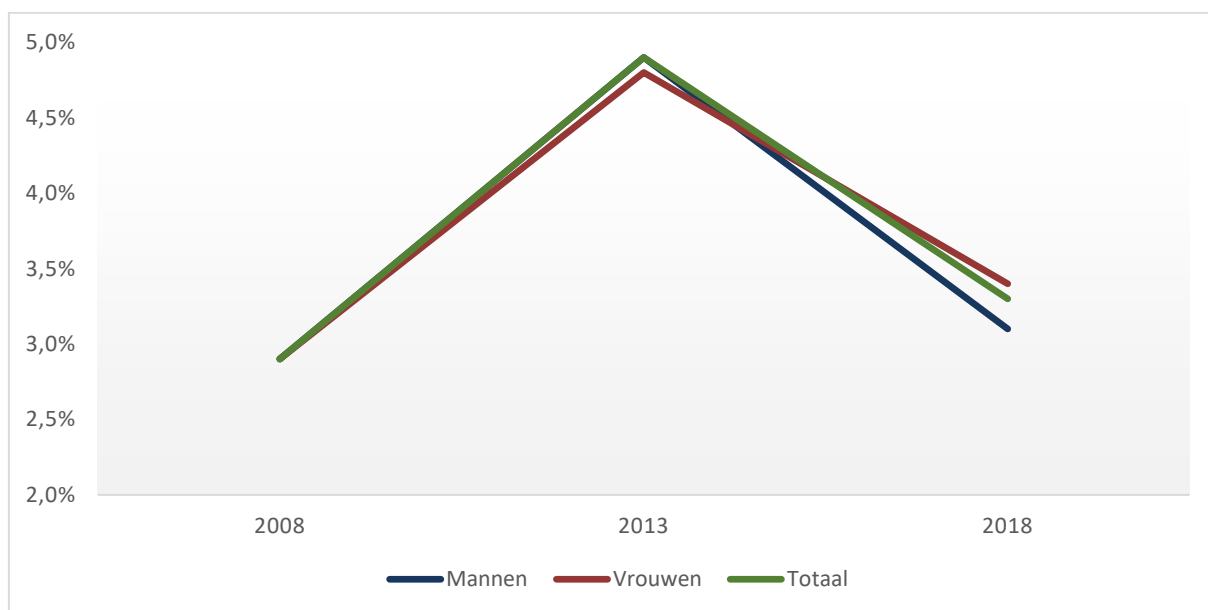
Uit de Gezondheidsenquête van 2018 kwam naar voor dat 12,9% van de Vlaamse bevolking van 15 jaar en ouder ten minste één keer tijdens zijn/haar leven ernstig aan suïcide heeft gedacht (Figuur 20). In de afgelopen 12 maanden was dit 3,3% (Figuur 21). In vergelijking met het jaar 2004 zien we in 2018 een lichte stijging in de cijfers (zie Figuur 20) (Gisle et al., 2019).

Figuur 20: Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder dat aan zelfmoord heeft gedacht in de loop van hun leven per jaar, Gezondheidsenquête, 2018



Bron: [Sciensano, 2019](#)

Figuur 21: Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder dat aan zelfmoord heeft gedacht in de afgelopen 12 maanden, Gezondheidsenquête, 2018



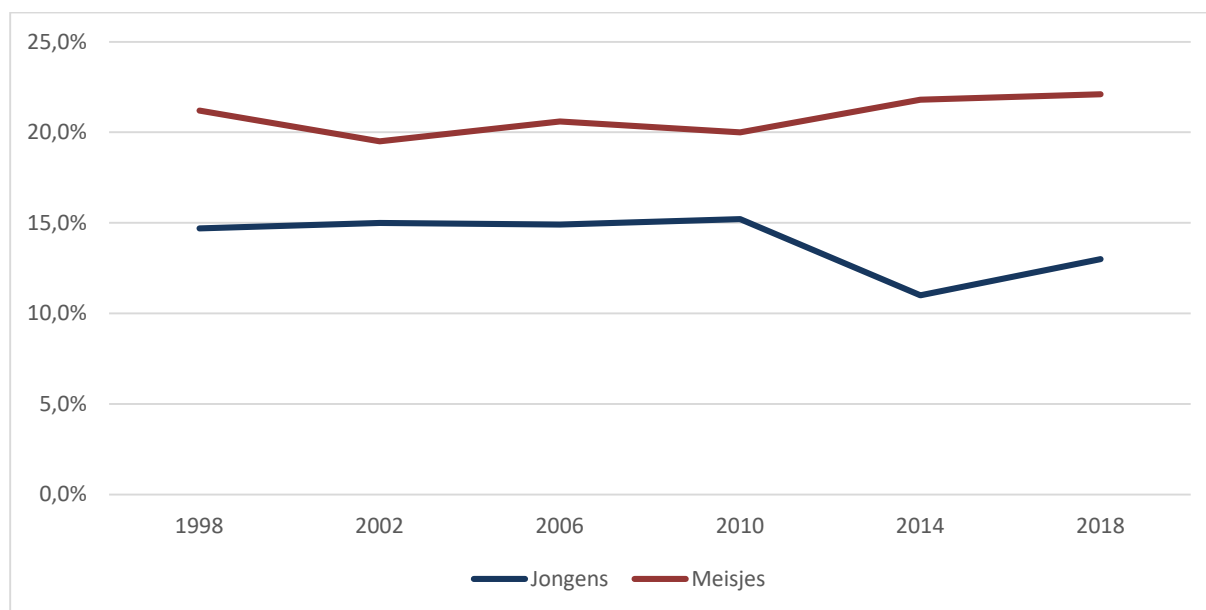
Bron: [Sciensano, 2019](#)

2.3.2 Cijfers HBSC-studie

Sinds 1989 neemt Vlaanderen deel aan de Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) studie. Deze wordt, onder toezicht van de Wereldgezondheidsorganisatie, uitgevoerd door de onderzoeksgroep Gezondheidsbevordering van de vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg van de Universiteit Gent, met steun van de Vlaamse overheid. Suïcidale ideatie bij jongeren uit het secundair onderwijs wordt gemeten op basis van zelfrapportage. De meest recente cijfers werden gepubliceerd in 2018.

In 2018 bedroeg de prevalentie van jongeren die reeds twee keer of meer aan zelfmoord gedacht hebben bij jongens 13% en bij meisjes 22.1%, significant meer meisjes dan jongens hebben twee keer of meer aan zelfmoord gedacht. Ten opzichte van 1998 kan er geen significante evolutie in zelfmoordgedachten bij meisjes worden opgenomen. Voor jongens is er wel een significant, doch klein verschil op te merken. In 1998 geeft 14.7% van de jongens aan minstens tweemaal of meer aan zelfmoord te hebben gedacht, terwijl dit in 2018 om 13% gaat (Jongeren en Gezondheid Universiteit Gent, 2019).

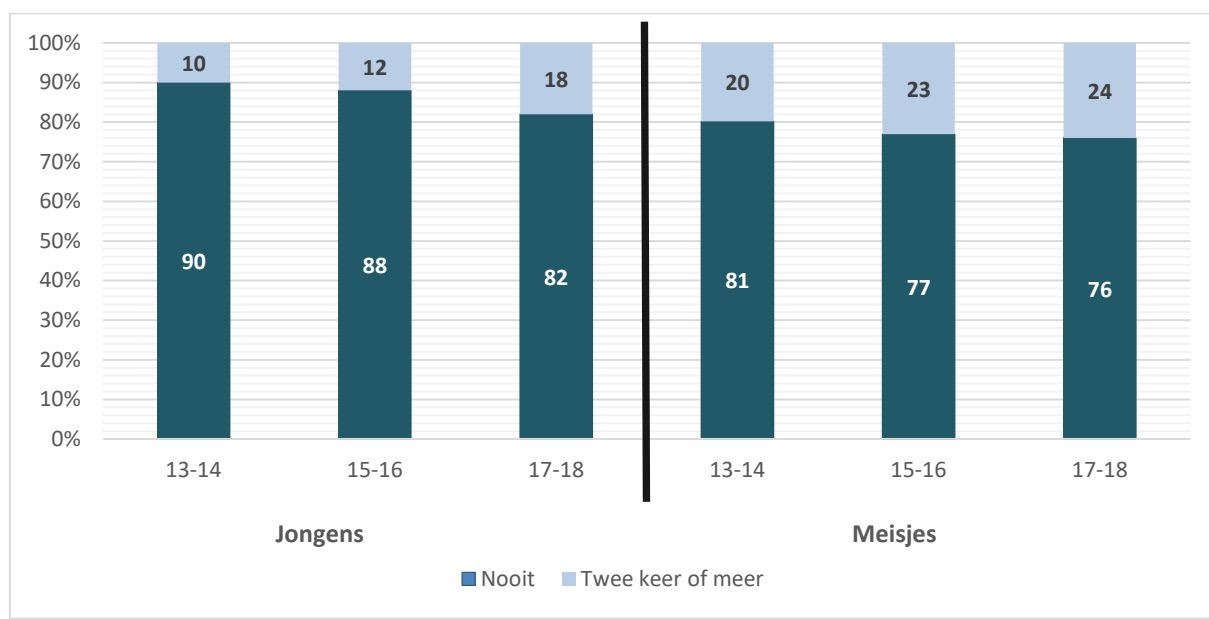
Figuur 22: Percentages jongeren (13- tot 18-jarigen) die reeds twee keer of meer aan zelfmoord gedacht hebben in hun leven, opgesplitst naar jaar en geslacht, HBSC-studie, 2018



Bron: [Jongeren en Gezondheid, 2019](#)

De prevalentie van zelfmoordgedachten vertoont een stijgende trend naarmate men ouder wordt. Bij de jongens uit de leeftijdsgroep 13- tot 14-jarigen geeft 10% aan dat ze al meer dan eens erover nadachten om het leven te beëindigen. Op de leeftijd van 17 tot 18 jaar is dit toegenomen tot 17.8%. Ook bij de meisjes is er een toename te bemerken, hetzij minder uitgesproken, van 19.5% op 13- tot 14-jarige leeftijd naar 23.6% op 17- tot 18-jarige leeftijd (Jongeren en Gezondheid Universiteit Gent, 2019).

Figuur 23: Percentages jongeren (13- tot 18-jarigen) die reeds twee keer of meer aan zelfmoord gedacht hebben in hun leven, opgesplitst naar leeftijd en geslacht, HBSC-studie, 2018



Bron: [Jongeren en Gezondheid, 2019](#)

2.4 Cijfers suïcidaliteit tijdens COVID-19

In het kader van COVID-19 is het belangrijk om het welzijn in Vlaanderen en bij uitbreiding België goed te monitoren. Vanuit de hulpverlening, het beleid en de algemene bevolking komen namelijk verschillende verontrustende berichten over de impact van de huidige gezondheidscrisis op mentaal welzijn in het algemeen en op suïcidaliteit in het bijzonder. Hieronder wordt een overzicht geboden van het beschikbare cijfermateriaal.

Suïcide

Sterftecijfers door suïcide worden geregistreerd door het Agentschap Zorg en Gezondheid op basis van de overlijdenscertificaten. Deze registratie vraagt enkele jaren tijd, waardoor we momenteel niet beschikken over de suïdecijfers van 2019 en 2020. Bijgevolg kunnen we de impact van COVID-19 op de sterfte door suïcide niet onderzoeken. Het vinden van een efficiëntere verwerking van de suïdecijfers lijkt noodzakelijk.

Om inzicht te verwerven in de impact van COVID-19 op de suïdecijfers, doet VLESP momenteel een beroep op de registratie van suïcidaal gedrag (zowel suïcides als suïdepogingen) door de politie. Politiediensten komen namelijk frequent tussen bij een suïcide(poging) en registreren deze in de processen-verbaal. Deze gegevens worden jaarlijks gerapporteerd en kunnen, in vergelijking met voorgaande jaren, een indicatie geven van eventuele stijgingen in 2020.

VLESP ontving recentelijk de cijfers voor suïcide en suïdepogingen vanuit de Federale Politie voor de 1^{ste} helft van 2020 voor België.

In onderstaande tabel worden de absolute aantallen van pogingen en suïcides voor de 1^{ste} helft van 2020 per maand vergeleken met de 3 voorgaande jaren.

Tabel 1: Aantal geregistreerde feiten inzake suïcidaal gedrag met opdeling pogingen en zelfmoord op Nationaal niveau per maand 2017-2020 (sem 1)(Bron: Federale Politie, 2021)

		'17	'17	'17		'18	'18	'18		'19	'19	'19	SEM 1 2020		SEM 1 2020
		Po	Zm			Po	Zm			Po	Zm		Pog.	Zm	
1	Januari	266	110	376		271	107	378		274	119	393	322	123	445
2	Februari	253	119	372		234	103	337		257	104	361	239	112	351
3	Maart	253	127	380		283	146	429		271	100	371	224	101	325
4	April	285	130	415		249	113	362		292	115	407	193	105	298
5	Mei	278	133	411		255	110	365		320	130	450	242	108	350
6	Juni	275	121	396		262	107	369		306	116	422	288	132	420
7	Juli	287	116	403		312	133	445		283	120	403			
8	Augustu s	261	116	377		296	112	408		302	113	415			
9	Septem ber	254	119	373		265	112	377		244	100	344			
10	Oktober	256	116	372		274	111	385		271	126	397			
11	Novemb er	259	120	379		284	116	400		283	95	378			
12	Decemb er	236	108	344		266	128	394		297	105	402			
		3.1 63	1.4 35	4.5 98		3.2 51	1.3 98	4.6 49		3.4 00	1.3 43	4.7 43	1.508	681	2.189

Wanneer de periode maart 2020 (start 1^{ste} lockdown) tem juni 2020 wordt vergeleken met dezelfde periodes in 2019 kan volgende observatie gemaakt worden voor België:

- Voor wat suïcidaal gedrag (dus pogingen en zelfmoord samen) betreft:
 - o lager in maart, april, mei
 - o gelijk in juni
- Voor wat betreft suïcide:
 - o gelijk in maart
 - o lager in april, mei
 - o hoger in juni
- Voor wat betreft pogingen:
 - o Lager in maart, april, mei, juni

Dus wat suïcide betreft, kunnen we op basis hiervan in België voor de maanden april en mei lagere cijfers zien in 2020 en in juni hogere cijfers. Het is vooral bij de pogingen dat er zich een consistent lagere trend aftekent.

Als de cijfers voor suïcides voor Vlaanderen en Wallonië apart worden bekeken (zie figuren 1 & 2) , kan er een gelijkaardige trend gezien worden voor de maanden april en mei met minder suïcides in beide gewesten. Voor de maand maart kan er een verschil worden opgemerkt waarbij er in Wallonië duidelijk minder suïcides waren in maart 2020 in vergelijking met maart 2019 en 2018 terwijl in Vlaanderen hogere suïcidecijfers te zien zijn in maart 2020 in vergelijking met 2019 en bijna gelijk met 2018. In de maand juni zijn de hogere suïcidecijfers enkel voor in Vlaanderen op te merken, terwijl deze voor Wallonië stabiel blijven in vergelijking met 2019 en 2018.

Fig 1: Aantal geregistreerde suïcides maart – april Wallonië 2018-2020 (Bron: Federale Politie)

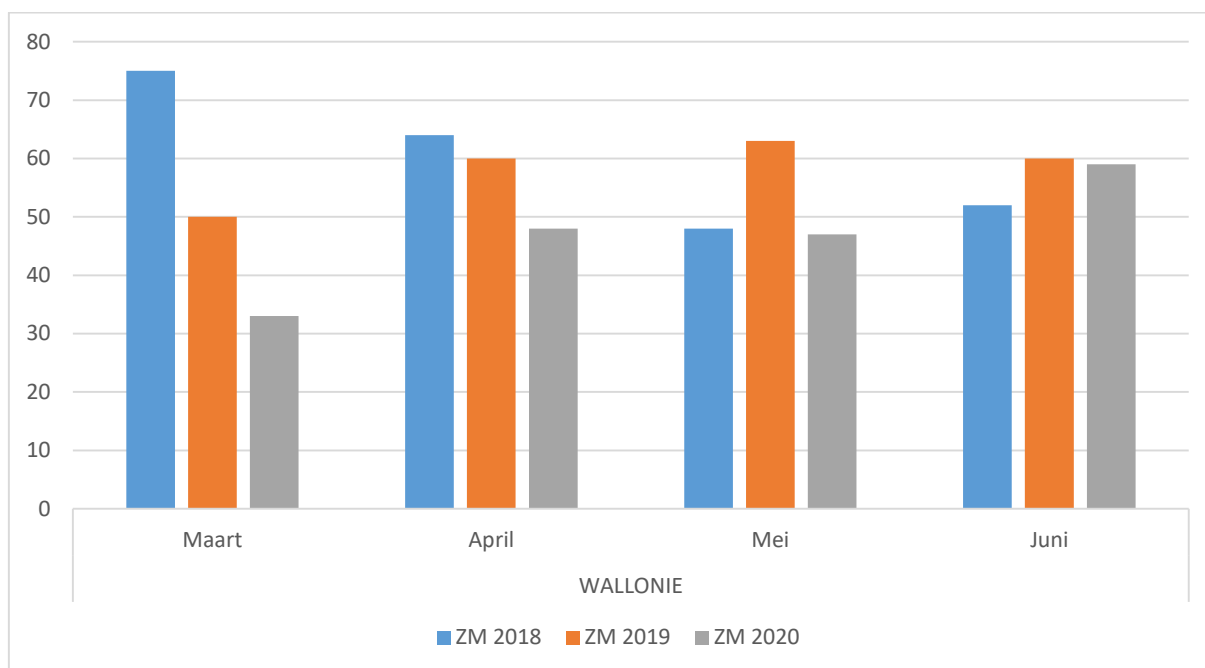
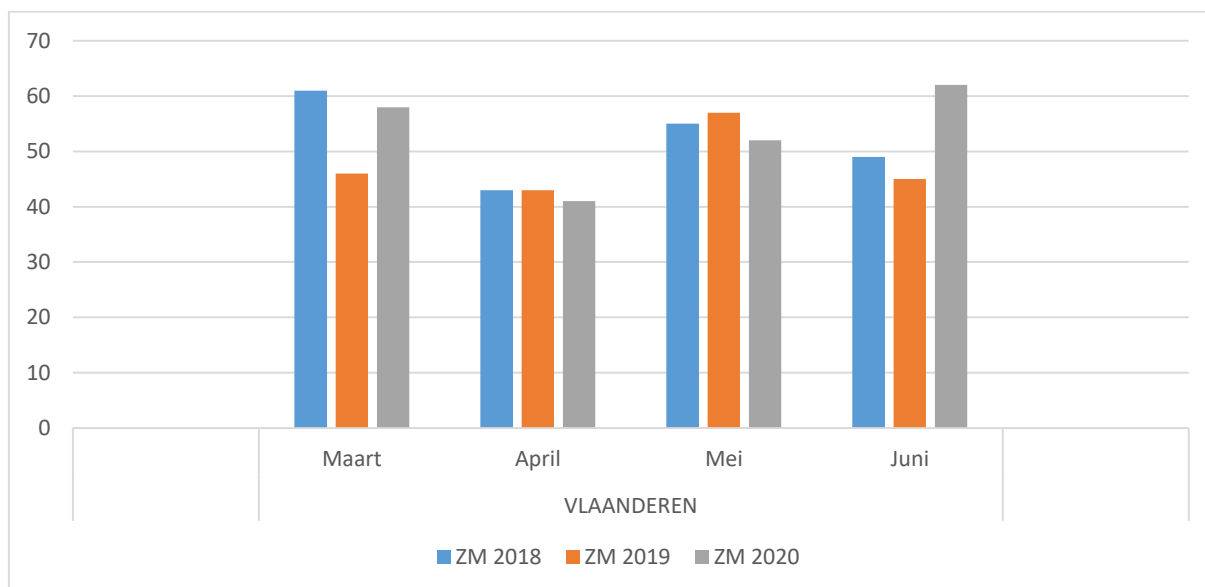


Fig 2: Aantal geregistreerde suïcides maart – april Vlaanderen 2018-2020 (Bron: Federale Politie)



Enkele opmerkingen: Een zekere voorzichtigheid is geboden bij het interpreteren van deze gegevens. Het betreft hier de registratie van de pv's waar de politie was betrokken bij suïcide en suïcidepogingen. Dit geeft dus geen volledig beeld van het totaal aantal overlijdens door suïcide (en totaal aantal suïcidepogingen) en deze cijfers zijn een onderschatting van het reële aantal suïcides en pogingen.

Het gaat hier ook om absolute aantallen, geen gestandaardiseerde rates dus geen rekening houdend met veranderingen in de populatie waardoor vergelijkingen over jaren ook minder betrouwbaar zijn.

Suïcidepogingen

Vanuit de Eenheid voor Zelfmoordonderzoek (UGent) worden sinds 1998 jaarlijks, met steun van de Vlaamse Regering, in opdracht van de Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, gegevens geregistreerd betreffende de frequentie van suïcidepogingen en de kenmerken van suïcidepogers die gezien werden op de spoedopname-diensten in Vlaanderen. In 2020 werkten 36 Vlaamse ziekenhuizen mee aan dit registratieproject. Tot op heden zijn van 13 van deze 36 ziekenhuizen de volledige data van 2020 van de suïcidepogingen ontvangen. (Meer bepaald van volgende ziekenhuizen: AZ Delta, AZ Monica, AZ Turnhout, RZ Sint Maria, Sint-Lucas Brugge, UZ Gent, ZOL Genk, AZ Alma, AZ Groeninge, AZ Oudenaarde, AZ Sint-Blasius, H.H. ZH Lier, Yperman ZH).

In onderstaande tabel worden de totale cijfers van deze 13 ziekenhuizen weergegeven voor 2019 in vergelijking met 2020. Wanneer specifiek naar het aantal suïcidepogingen van al deze 13 ziekenhuizen samen vanaf de start van de 1^{ste} lockdown wordt gekeken, worden duidelijk **minder pogingen geobserveerd** in vergelijking met dezelfde periode in 2019. Wanneer de ziekenhuizen apart worden bekeken, kan er bij 4 van de 13 ziekenhuizen wel een stijging worden gezien. Dit zou kunnen wijzen op regionale verschillen.

Tabel 2: Aantal aangemelde suïcidepogingen via spoedopnamediensten in Vlaanderen 2019 en 2020 (Bron: Eenheid voor Zelfmoordonderzoek – UGent)

	2019	2020	2019 Vanaf 14	2020 Vanaf
	Jan-dec	Jan-dec	maart – 31	14 maart-31
			december	december
Totaal	1008	855	800	617

Enkele opmerkingen: Ook bij deze cijfers over de suïcidepogingen vragen we de nodige voorzichtigheid bij de interpretatie. Aangezien het nog maar de gegevens van 13 ziekenhuizen betreft, geeft dit nog geen volledig beeld van de aangemelde suïcidepogingen in Vlaamse ziekenhuizen. Het gaat hier ook om absolute aantallen, geen gestandaardiseerde rates dus geen rekening houdend met veranderingen in de populatie. Daarnaast zijn op deze cijfers nog geen kwaliteitscontroles¹ kunnen gebeuren, welke een standaard methodiek is binnen dit registratieproject maar dat nu in de komende maanden zal uitgevoerd worden. In september 2021 zal het volledig Jaarverslag 2020 van de suïcidepogingen beschikbaar zijn waarbij de gestandaardiseerde rates na kwaliteitscontrole zullen beschikbaar zijn en dus een meer betrouwbaar zicht op de evolutie van de suïcidepogingen zal kunnen gegeven worden. Dit betreft hier dus voorlopige cijfers.

¹ [1] Het geschatte aantal suïcidepogingen of suïcidepogers wordt berekend aan de hand van een schattingsfactor. De schattingsfactoren worden berekend op basis van kwaliteitscontroles. Bij een kwaliteitscontrole wordt in de aanmeldingsregisters van spoed en eventueel urgentiepsychiatrie op zoek gegaan naar “missings”, patiënten die zich aanmelden ten gevolge van een suïcidepoging en niet geïnterviewd zijn met behulp van het (K)IPEO.

Op basis van de kwaliteitscontrole wordt een schatting gemaakt van het reële aantal suïcidepogingen gemeld op de spoedafdeling van een ziekenhuis. De schattingsfactor wordt berekend door het aantal geregistreerde (K)IPEO's op te tellen bij het aantal “missings” en dit vervolgens te delen door het aantal geregistreerde (K)IPEO's. Voor de ziekenhuizen waar geen kwaliteitscontrole plaatsvond, of waar ons toegang geweigerd werd tot de aanmeldingsregisters, wordt een algemene schattingsfactor berekend. De algemene schattingsfactor is gelijk aan de som van de schattingsfactoren afkomstig uit de kwaliteitscontroles van de afgelopen drie jaar gedeeld door het aantal ziekenhuizen waarin een kwaliteitscontrole gebeurde.

Suïcidale ideatie

In het kader van COVID-19 onderzocht Sciensano hoe het welzijn van de Belgen evolueert tijdens de maatregelen in kader van de globale pandemie. In 2020 vonden er vier COVID-19 gezondheidsenquêtes plaats. In de derde enquête, die dateert van juni 2020, gaf 8% van de mensen (18 jaar en ouder) aan dat ze in de afgelopen drie maanden ernstige zelfmoordgedachten hebben gehad, 0.4% heeft geprobeerd om een suïcidepoging te ondernemen (Braekman, Charafeddine, Demarest, Drieskens, Gisle, Hermans, & Vandevijvere, 2020).

In de vierde COVID-19 gezondheidsenquête (oktober 2020) gaf 2.4% van de deelnemers (18 jaar en ouder) aan dat ze aan zelfmoord hebben gedacht in de eerste maanden van de crisis (april t.e.m. juni), 3.5% heeft er aan gedacht in de maanden juli t.e.m. september. Respectievelijk ondernam 0.1% en 0.2% een suïcidepoging (Braekman, Charafeddine, Demarest, Drieskens, Gisle, Hermans, & Van der Heyden, 2020).

Er dienen enkele methodologische kanttekeningen te worden geplaatst wanneer we de cijfers uit de COVID-19 gezondheidsenquêtes willen vergelijken met de resultaten van de gezondheidsenquête uit 2018:

- De cijfers van de enquête uit 2018 (zie boven) hebben betrekking op de Vlaamse situatie, terwijl de cijfers uit de COVID-19 enquêtes van toepassing zijn op heel België.
- In 2020 werd gebruik gemaakt van de sneeuwbalmethode (bij de aankondiging van de studie werd gevraagd de uitnodiging door te sturen naar familie, vrienden en bekenden). Daarnaast werden deelnemers van de voorafgaande COVID-19 enquêtes opnieuw gecontacteerd om deel te nemen. De reguliere gezondheidsenquêtes daarentegen, worden afgenomen aan de hand van een gestratificeerd meertraps, geclusterde steekproefmethode. Per gewest worden een beperkt aantal steden of gemeenten geselecteerd, die op hun beurt een beperkt aantal huishoudens selecteren. Per huishouden worden maximum 4 deelnemers weerhouden.
- De gegevens van 2020 zijn gebaseerd op online enquêtes. Dit is verschillend van de voorafgaande gezondheidsenquêtes, waarbij het interview bij de respondenten thuis wordt afgenomen door een getrainde enquêteur.

2.5 Conclusie Gezondheidsdoelstelling

Het tweede Vlaams Actieplan Suïcidepreventie had als doel om volgende gezondheidsdoelstelling te behalen: *'De sterfte door zelfdoding bij mannen en vrouwen moet tegen 2020 verminderd zijn met 20% ten opzichte van 2000.*

Op basis van de meest recente suïdecijfers (2018) die beschikbaar zijn op het moment van deze eindevaluatie, kan gesteld worden dat de gezondheidsdoelstelling die werd gesteld bij aanvang van het tweede Vlaams actieplan **is gehaald**. Voor beide geslachten en over alle leeftijden heen daalden de suïdecijfers met 26%. Hierbij is de daling vrij gelijkend voor beide geslachten met een daling van 31% bij vrouwen en 26% bij mannen. Wanneer naar de verschillende leeftijdsgroepen wordt gekeken, kunnen enkele verschillen worden geobserveerd. Voor bijna alle leeftijdsgroepen werd de gezondheidsdoelstelling gehaald. Bij sommige leeftijdsgroepen betreft het zelfs een sterke daling waaronder vrouwen tussen 30-44 jaar (daling van 46%), jonge mannen tussen 16-29 jaar (daling van 41%) en ook bij de ouderen zien we dalingen van 30% (vrouwen 75+) en 37% (mannen 75+). De dalingen bij de leeftijdsgroep 45-49 jaar (respectievelijk 18% bij vrouwen en 11% bij mannen) en jonge vrouwen tussen 16-19 jaar (16%) zijn niet voldoende om de gezondheidsdoelstelling van 20% te bereiken. Ook de daling 60-74 jarige mannen (19%) is net niet gehaald. De ongunstige evolutie in de leeftijdsgroep 45-59 jaar heeft geleid tot de Insight-studie (hoofdstuk 4.4.6) waarbij op zoek is gegaan naar specifieke risicofactoren voor deze leeftijdsgroep.

Globaal kan de evolutie als positief beschouwd worden en toont dit aan dat preventie werkt. De cijfers tonen echter eveneens aan dat er nog steeds 3 zelfdodingen per dag in Vlaanderen zijn en dat er blijvend sterk moet ingezet worden op de verdere preventie van zelfdoding.

Ook de cijfers van de suïdepogingen vertonen een dalende trend, waarbij een significante daling van 20% kan worden weerhouden. Tot slot werden de cijfers inzake suïcidale ideatie ook besproken aan de hand van resultaten uit de Gezondheidsenquête en de HBSC-studie. Beide studies werken op basis van zelfrapportage, waardoor de cijfers minder betrouwbaar zijn. Op basis van de Gezondheidsenquête kan een lichte stijging in de cijfers worden weerhouden in het onderzoeksjaar 2018 t.o.v. 2004. Het is echter onduidelijk of deze stijging significant is. De cijfers van de HBSC-studie geven bij meisjes geen significante verschillen tussen 1998 en 2018, bij jongens kon een lichte, doch significante daling worden teruggevonden.

Het feit dat bij de evaluatie van de gezondheidsdoelstelling en bijhorend actieplan geen recentere suïdecijfers dan die van 2018 beschikbaar zijn, is een belangrijke tekortkoming. Om in te kunnen spelen op actuele ontwikkelingen (bv. de huidige COVID-

19-pandemie) is het belangrijk om over meer actuele suïdecijfers te kunnen beschikken. Een aanbeveling is dan ook om een structuur op te zetten dat real-time het aantal zelfdodingen in Vlaanderen monitort.

3. BIJKOMDENE INDICATOREN VAS II

Naast het behalen van de Gezondheidsdoelstelling wordt het Vlaams Actieplan Suïcidepreventie ook geëvalueerd op basis van de indicatoren die door de overheid werden opgesteld als bijkomende indicatoren.

3.1 Toename van kennis over geestelijke gezondheid(-sproblemen) en de mogelijkheden van behandeling van geestelijke gezondheidsproblemen

Binnen het VAS II hebben verschillende organisaties, waaronder VLESP, het Steunpunt Geestelijke Gezondheid, het Vlaams Instituut Gezond Leven en de Logo's, als doel om de kennis, behandeling en preventie van geestelijke gezondheidsproblemen te verhogen, zowel bij het algemene publiek als bij intermediairs en hulpverleners. Ze doen dit door middel van sensibiliseringsacties en –campagnes; het organiseren van congressen, studiedagen, lezingen en vormingen; het ontwikkelen en implementeren van methodieken; het beantwoorden van info- en adviesvragen en het verspreiden van brochures. Verder in dit rapport en in de jaarverslagen van de betreffende organisaties zijn de resultaten en het bereik van deze acties te vinden.

Op basis hiervan kunnen we vaststellen dat gedurende de looptijd van het tweede Vlaams Actieplan Suïcidepreventie het aanbod en het bereik van acties gericht op de toename van kennis over geestelijke gezondheid(-sproblemen) en de mogelijkheden van behandeling zijn toegenomen. Het is echter moeilijk vast te stellen of dit ook geleid heeft tot een werkelijke toename van de kennis bij het algemeen publiek en intermediairs, aangezien dit niet systematisch werd onderzocht. We zijn hiervoor dus afhankelijk van fragmentarische onderzoeksresultaten van enkele acties waarbij dit element onderzocht werd. De volgende resultaten tonen aan dat deze individuele acties geleid hebben tot een significante toename van de kennis over geestelijke gezondheid en suïcide(preventie) bij de deelnemers aan de studies, al zegt dit weinig over wat dit betekent op bevolkingsniveau:

- De kennis na het volgen van een vorming in het kader van deskundigheidsbevordering is significant verbeterd (Verhamme, 2020);
- Het volgen van de lezing gericht naar een algemeen publiek had een significante positieve impact op de kennis en attitudes van de deelnemers (Dumon, 2018);
- In vergelijking met de controlegroep nam de kennis toe na het volgen van de EHBP-opleiding (van Landschoot, Aerts, De Jaegere, Pauwels, & Portzky, 2020).

3.2 Attitudes, kennis, angst, zelfvertrouwen, vroege herkenning, vaardigheden in risicobepaling en omgaan met suïcidale mensen

3.2.1 Cijfers Te Gek!? onderzoek

In 2014 en 2019 onderzocht Te Gek!? in samenwerking met de KU Leuven de mate van stigma ten aanzien van psychologische problemen en openheid voor professionele hulp bij een representatieve steekproef van 2000 Vlamingen (Coppens, Vermeulen, Neyens, & Van Audenhove, 2014; Kirtley et al., 2019). Uit dit onderzoek bleek dat de Vlaming, zowel in 2014 als in 2019, eerder neutraal denkt over psychische klachten. Wel hebben mensen in 2019, in vergelijking met 2014, meer het gevoel dat anderen stigmatiserende opvattingen hebben. Mannen in het algemeen, mensen ouder dan 35 jaar en laagopgeleiden hebben het meest stigmatiserende opvattingen over psychische klachten.

Opvallend is een duidelijke toename in openheid voor professionele hulp. In 2014 stond 73% van de mensen open voor psychische hulp, tegenover 80% in 2019. Zowel in 2014 als in 2019 vond 70% van de Vlamingen psychische hulp gemiddeld gesproken eerder waardevol. Vrouwen en mensen met een hoger opleidingsniveau staan positiever tegenover professionele hulp dan mannen en lager opgeleiden (Kirtley et al., 2019).

3.2.2 Onderzoek provinciale verschillen

Suïdecijfers in Vlaanderen leggen regionale verschillen bloot. De provincies West- en Oost-Vlaanderen vertonen hogere cijfers in vergelijking met de provincies Vlaams-Brabant, Antwerpen en Limburg. Om een verklaring te bieden voor deze provinciale verschillen voerde VLESP in 2017 een online bevraging uit bij 4303 personen uit de vijf Vlaamse provincies.

Uit [dit onderzoek](#) komt naar voor dat inwoners van de provincie Antwerpen minder stigma en schaamte om hulp te zoeken bij psychische problemen ervaren in vergelijking met de overige provincies. Ze zoeken ook significant vaker hulp bij psychische problemen. Daarnaast blijkt dat inwoners van de provincie Limburg hoger scoren op sociale cohesie en extraversie. Uit deze studie blijkt nog maar eens wat het belang is van de beschermende factoren in suïcidepreventie (Rotsaert, De Jaegere, & Portzky, 2020).

3.2.3 Cijfers acties VAS II

Hoewel de evaluatieonderzoeken van de acties uit het VAS II die zich richten naar een algemeen publiek niet representatief zijn voor de Vlaamse bevolking, tonen de resultaten wel aan dat:

- Ouders van een kind met zelfmoordgedachten na een bezoek aan de website Help! Mijn kind denk aan zelfmoord significant meer vertrouwen hebben in de eigen competenties met betrekking tot het omgaan met de zelfmoordgedachten van hun kind en significant meer kennis hadden over suïcide en suïcidepreventie (Aerts, Portzky, & Pauwels, 2018).
- Mensen die de campagne 4voor12 gezien hebben, geven aan dat ze zich meer bewust zijn dat mensen met psychische problemen signalen kunnen uitzenden, dat ze beter herkennen of iemand het moeilijk heeft, dat ze sneller ingrijpen en beter weten hoe te reageren (Aerts, Pauwels, & Portzky, 2018).
- Deelnemers aan de lezing over suïcidepreventie voor een algemeen publiek hebben na het volgen van de lezing significant meer kennis over suïcide en suïcidepreventie, significant positievere attitudes ten opzichte van suïcidale personen en meer vertrouwen in het omgaan met suïcidale personen en significant meer kennis over waar men terecht kan voor info en advies (Dumon, 2018).
- Mensen die de EHBP-opleiding in de pilootfase hebben gevolgd zijn zich meer bewust van signalen van psychisch onwelzijn en staan positiever ten aanzien van (het herkennen van en de aanpak en preventie van) psychische problemen, dit in vergelijking met personen die de EHBP-opleiding niet hebben gevolgd. Bovendien tonen ze minder handelingsverlegenheid bij psychische problemen (van Landschoot, Aerts, et al., 2020).
- Na het volgen van een vorming in het kader van deskundigheidsbevordering voelen respondenten zich minder machteloos om een gesprek aan te gaan met een suïcidaal persoon, ze voelen zich bekwamer en comfortabeler in het omgaan met mensen met zelfmoordgedachten (Verhamme, Pauwels, & Portzky, 2019).

3.3 Kwalitatieve feedback van gebruikers van voorzieningen, i.e. geestelijke gezondheidszorg, internetfaciliteiten zoals crisishulp en e-mental health

3.3.1 Kwaliteitsindicatoren Geestelijke Gezondheidszorg

Het Vlaams Indicatorenproject voor Patiënten en Professionals in de Geestelijke Gezondheidszorg (VIP²) meet de kwaliteit van zorg in de verschillende geestelijke gezondheidsvoorzieningen. Deze metingen leveren nuttige informatie op voor de zorgverleners en de zorgvoorzieningen zelf, voor de overheid en voor de patiënt. In het kader van suïcidepreventie werd er een indicator 'implementatie van een suïcidepreventiebeleid' opgenomen en is een indicator omtrent zorgcontinuïteit momenteel in ontwikkeling.

In 2013 werden de eerste initiatieven gestart tot de ontwikkeling van [kwaliteitsindicatoren in de Geestelijke Gezondheidszorg](#). Sinds september 2020 worden de patiëntenervaringen en – veiligheid publiek gemaakt op de website [Zorgkwaliteit.be](#) (Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg, 2020).

In 2019 werd de vragenlijst ingevuld door ongeveer 4.000 patiënten, dewelke de basis vormt voor de patiëntenervaringen. In 2019 gaf 3 op de 4 patiënten als algemene beoordeling een 8 of meer op 10 en meer dan de helft zou de voorziening aanbevelen aan vrienden en familie. Er werden hoge scores gegeven aan de afspraken die gemaakt werden over waar de patiënt terecht kan bij problemen na de behandeling, aan het feit dat patiënten mee kunnen beslissen over het einde van de behandeling en de mate van respect voor privacy en het respect van hulpverleners voor de patiënt. Lagere scores werden gegeven aan o.a. de informatie over de behandeling.

De indicator 'suïcidepreventiebeleid' werd gemeten in verschillende geestelijke gezondheidsdiensten, nl. psychiatrische ziekenhuizen, psychiatrische afdelingen in algemene ziekenhuizen, Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg, psychiatrische verzorgingstehuizen, beschut wonen en psychosociale revalidatie. De participatie was het hoogst in de psychiatrische ziekenhuizen (75%), in de PAAZ-afdelingen (53%) en in de psychosociale revalidatie (40%). Van de te verwachten richtlijnen omtrent suïcidepreventie waren 90% ook effectief terug te vinden in het beleid en procedure. Ten opzichte van 2017 was er in 2019 een verbetering van 10% merkbaar (Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg, 2020).

3.3.2 Cijfers acties VAS II

In deel 4 van deze evaluatie worden de verschillende acties geëvalueerd op tevredenheid, waarin de resultaten van tevredenheidsonderzoeken bij gebruikers worden opgenomen, indien deze voorhanden zijn.

3.4 Toename van hulpzoekgedrag

Naast de kennis over geestelijke gezondheid(szorg) is het belangrijk om in kaart te brengen of hulp dan ook effectief wordt gezocht. Het zoeken naar hulp wordt onder meer beïnvloed door de toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg. Daarnaast beïnvloeden attitudes, waarden en normen de manier waarop mensen opzoek gaan naar hulp. Stigma en taboe kunnen leiden tot drempels om hulp te zoeken.

3.4.1 Cijfers Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg

De Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) verzamelen gegevens over het aantal personen die ze behandelen, de zorgperiodes die worden aangevat en de aanwezige wachttijden.

Cijfers in onderstaande Tabel 2 werden aangevuld op basis van de beschikbare cijfers die kunnen geraadpleegd worden op de website van het [Agentschap Zorg en Gezondheid](#). Cijfers voor 2019 werden aangevuld door Zorgnet-Icuro op basis van ruwe data. Data voor 2020 ontbreken aangezien deze data pas ter beschikking wordt gesteld na afloop van het volledige jaar.

In de evolutie tussen 2013 en 2016 steeg het aantal cliënten gemiddeld met 1% per jaar. Tussen 2017 en 2018 is er echter een daling van 4%. Tussen 2013 en 2018 kon er een globale daling gezien worden in het aantal cliënten en in het aantal zorgperiodes. Ook de wachttijden namen toe, al kon er eveneens een stijging in de duur van de behandeling konden weerhouden (Zorg en Gezondheid, 2019a).

Tabel 2: Cijfers Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg – aantal cliënten die hulp kregen, aantal zorgperiodes, duur van wachttijden en behandeling, 2012-2019

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Aantal hoofdcliënten die hulp kregen bij de CGG	55.246	56.711	56.509	57.287	57.901	56.784	54.601	53.768
Zorgperiodes met aanmelding in het jaar...	29.480	30.061	29.407	29.959	30.050	29.174	27.228	26.211
Duur van de wachttijd, in kalenderdagen (tot eerste intakegesprek)*	39	40	40	44	44	50	50	47
Duur van de wachttijd, in kalenderdagen (tot start behandeling)*	44	46	46	44	47	50	53	57
Duur behandeling, in kalenderdagen (van intake tot laatste contact)	563	577	599	612	623	640	668	677

Bron: Zorg en Gezondheid, 2019; Zorgnet-Icuro

**Aangaande de wachttijden worden nog enkele bijkomende opmerkingen worden gemaakt. Door verschillende beleidslijnen zijn de wachttijden verschillend van CGG tot CGG. Hierboven zijn twee wachttijden terug te vinden. De eerste wachttijd vangt aan met de aanmelding en loopt tot de eerste consultatie. Een volgende wachttijd vindt plaats tussen het eerste contact en de aanvang van de eigenlijke behandeling.*

8.1% meldt zich aan voor een suïcidepoging of -gedachten. Bij kinderen jonger dan 18 jaar bedraagt dit percentage 15.8%, bij de actieve bevolking (18-59 jaar) is dit 6.9% en 60-plussers melden zich in 4.9% van de gevallen aan voor een suïcideproblematiek. Wanneer we de cijfers van 2012, het aanvangsjaar van het tweede VAS, ernaast leggen, is het percentage over alle leeftijdsgroepen heen nagenoeg hetzelfde (8.2%) (Zorg en Gezondheid).

Tabel 3: Aantal zorgperiodes waarbij de aanmeldingsklacht suïcidegedachten of –poging was

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
0-17 JR	16.5%	18.5%	17.5%	18.5%	17.7%	20.6%	15.8%	
18-59 JR	7.2%	7.4%	6.8%	7.6%	6.5%	7.3%	6.9%	
60+ JR	4.7%	4.4%	4.9%	4.4%	5.6%	6%	4.9%	
TOTAAL	8.2%	8.8%	8.1%	8.7%	8%	9%	8.1%	

Bron: Zorg en Gezondheid, 2019; Zorgnet-Icuro

Onderstaande cijfers gaan specifiek in op de suïcideproblematiek die aanwezig is bij de patiënten van de CGG. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen de dossiers waarbij suïcidaliteit als hoofdproblematiek wordt benoemd en de dossiers in behandeling waarbij er een verhoogd suïciderisico werd gemeten.

Tabel 4: Dossiers waarbij suïcideproblematiek/suïcidegedachten als hoofdproblematiek benoemd werd door zorgvrager of –verwijzer, 2012-2019

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
0-17 JR	2.5%	3.2%	3.3%	3.5%	3.7%	4.0%	3.6%	3.1%
18-59 JR	2.5%	2.7%	2.6%	2.8%	2.6%	2.8%	2.8%	2.8%
60+ JR	1.5%	1.6%	2.0%	1.9%	2.2%	2.2%	2.0%	2.3%
TOTAAL	2.4%	2.7%	2.7%	2.9%	2.8	3.0%	2.9%	2.8%

Bron: Zorg en Gezondheid, 2019; Zorgnet-Icuro

Tabel 5: Dossiers in behandeling (zowel nieuwe dossiers als dossiers gestart in de jaren ervoor) waarbij er sprake is van een verhoogd suïciderisico (inschatting door de hulpverlener), 2012-2019

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
0-17 JR	11.5%	14.0%	15.4%	14.0%	13.9%	14.5%	14.9%	14.7%
18-59 JR	30.6%	31.9%	32.0%	32.0%	31.6%	33.9%	34.8%	33.7%
60+ JR	24.5%	25.5%	26.6%	27.1%	27.4%	28.8%	29.1%	29.6%
TOTAAL	25.4%	26.9%	27.6%	27.5%	27.2%	29.1%	29.8%	29.0%

Bron: Zorg en Gezondheid, 2019; Zorgnet-Icuro

3.4.2 Cijfers Centra Algemeen Welzijnswerk (CAW)

Onderstaande Tabel 6 geeft weer hoeveel cliënten de Centra Algemeen Welzijnswerk (CAW) mocht ontvangen over de jaren heen. De CAW groep beschikt over cijfers die teruggaan tot en met 2015. Naast het aantal cliënten wordt ook weergegeven hoeveel cliënten (%) onder de 25 jaar een beroep deden op het JAC, het jongerenaanbod van het CAW. Tot slot worden cijfers weergegeven met betrekking tot de aanmeldingsproblematiek. Enerzijds worden onthaalvragen over relaties, echtscheidingen en persoonlijke problemen (waaronder vragen rond psychisch welbevinden) weergegeven (%), anderzijds wordt in absolute cijfers weergegeven hoeveel cliënten bij het onthaal een vraag hadden m.b.t. suïcidale gedachten. Deze cijfers worden geregistreerd wanneer er iets gedaan wordt in de hulpverlening omtrent deze problematiek. Dit kan gaan over vraagverheldering, het aanbieden van directe hulp of een interne of externe doorverwijzing.

In 2019 kwamen 109.357 cliënten uit Vlaanderen en Brussel in contact met het CAW. Van deze cliënten was 65% tussen de 25 en 60 jaar. Een kwart van de cliënten in 2019 (27%) was jonger dan 25 jaar en werd begeleid door het JAC (CAW Groep, 2019). Tabel 6 valt het op dat het aantal absolute cliënten met zelfmoordgedachten in de eerste acht maanden van 2020 (januari-augustus) reeds hoger ligt dan het absolute aantal cliënten met suïcidegedachten in 2019 (periode van 12 maanden). Deze cijfers moeten echter voorzichtig geïnterpreteerd worden aangezien dit gaat over absolute aantallen. Deze cijfers moeten echter voorzichtig geïnterpreteerd worden aangezien dit gaat over absolute aantallen.

Tabel 6: Overzicht totale aantal cliënten per jaar, percentage cliënten jonger dan 25 jaar, percentage cliënten met relatie- en persoonlijke problemen in het onthaal en het aantal cliënten met zelfmoordgedachten in het onthaal, 2015 t.e.m. 2020 (aug)

	2015	2016	2017	2018*	2019	2020 (AUG)
Aantal cliënten	102.831	118.002	117.071	108.647	109.357	77.524
Hoeveelheid cliënten onder de 25 jaar	26%	25%	25%	24%	27%	25%
Hoeveelheid cliënten met relatie- en persoonlijke problemen in het onthaal	38%	44%	43%	41%	40%	48%
Aantal cliënten met thema zelfmoordgedachten in onthaal	75	428	453	1.072**	1.107**	1.186**

Bron: CAW Groep

** Sinds 2018 wordt er gewerkt met een nieuw registratiesysteem, waardoor er een breuk is met de voorgaande jaren.*

*** De registratie van cliënten met een zelfdodingsproblematiek is in het werkjaar 2018 meer centraal komen te staan.*

3.4.3 CASE-study: 2000 vs. 2015

Een andere bron van informatie rond de toename van hulpzoekgedrag, zijn de resultaten die voortkomen uit de CASE-Study: een onderzoek dat vanuit de Eenheid voor Zelfmoordonderzoek werd aangestuurd en resulteerde in een masterproef binnen de Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen van de Universiteit Gent. In deze studie werden de prevalentie, risicofactoren en beschermende factoren van opzettelijk zelfbeschadigend gedrag bij Vlaamse adolescenten gemeten in 2015. Vervolgens werden deze gegevens vergeleken met de resultaten van de CASE-study van 2000 (Vanderstraeten, 2016).

Eén van de aspecten die bevraagd werden, is het hulpzoekgedrag van jongeren voorafgaand aan zelfbeschadigend gedrag. Hieruit bleek dat jongens vaker hulp zoeken of er met iemand over praten dan meisjes, vooral met vrienden (55%). Professionele hulpverlening en volwassenen werden veel minder vaak om hulp gevraagd. Jongeren gaven voornamelijk aan geen hulp te zoeken omwille van het schaamtegevoel (25%). Andere redenen waren: 'Ik wou niet dat iemand het wist' (13%), 'Ik vond het niet nodig hulp te zoeken' (11%) en 'Ik wou niemand belasten met mijn problemen' (11%). Wanneer deze resultaten vergeleken worden met die van 2000, valt op dat de geslachtsratio veranderd is in 2015. Uit het onderzoek van 2000 bleek dat meisjes vaker hulp zochten dan jongens. Ook toen werd deze hulp vooral gezocht bij vrienden (zie Tabel 7) (Vanderstraeten, 2016).

Tabel 7: Wie vragen Vlaamse adolescenten om hulp voorafgaand aan suïcidaal gedrag? – opdeling naar geslacht. Een vergelijking tussen 2000 en 2015

	JONGENS 2000	JONGENS 2015	MEISJES 2000	MEISJES 2015	TOTAAL 2000	TOTAAL 2015
VRIEND(IN)	46.0%	38.5%	50.3%	57.9%	49.0%	55.0%
IEMAND UIT GEZIN	12.4%	15.4%	11.0%	13.1%	11.4%	13.5%
CHAT, WEBSITE, BOEK, GSM APP ...*	8.3%		5.6%		6.4%	
Chat (bv. awel)		19.2%		12.4%		13.5%
Website (bv. awel)		3.8%		7.6%		7.0%
Andere bron (boek, app...)		3.8%		8.3%		7.6%
CLB-MEDEWERKER	/	11.5%	/	6.9%	/	7.6%
PSYCHOLOOG/ PSYCHIATER (BUITEN CLB)	6.7%	11.5%	7.8%	6.9%	7.4%	7.6%
LERAAR/LERARES/ LEERLINGBEGELEIDER	0.7%	11.5%	5.8	6.2%	4.3%	7.0%
ARTS (BUITEN CLB)	0.7%	7.7%	1.6%	3.4%	1.8%	4.1%
MAATSCHAPPELIJK WERKER (BUITEN CLB)	2.3%	7.7%	1.6%	3.4%	1.8%	4.1%
TELEFONISCHE HULPLIJN	3.7%	3.8%	3.3%	1.4%	3.4%	1.8%
CRISISCENTRUM/ ADVIESCENTRUM	1.5%	3.8%	3.2%	0.7%	2.7%	1.2%

* In de CASE-studie uit 2000 vielen deze items onder één vraag; in 2015 werden deze items apart bevraagd.

Bron: Vanderstraeten, 2016

Ook het hulpzoekgedrag **na** het stellen van zelfbeschadigend gedrag werd bevraagd. In 2015 gaf 21.6% van de jongeren aan hulp te hebben gezocht, vooral bij vrienden. In 2000 bedroeg dit 26.5% van de bevraagden.

3.4.4 Onderzoek Te Gek!?

Zowel in 2014 als in 2019 onderzocht Te Gek?! in welke mate mensen met psychische problemen hulp zoeken (Coppens et al., 2014; Kirtley et al., 2019). Hieruit blijkt dat ongeveer de helft van de mensen met psychische klachten op zoek gaat naar hulp (geen significant verschil tussen 2014 en 2019). De huisarts blijft het eerste aanspreekpunt, maar we zien dat in 2019 meer mensen hulp zoeken bij een psycholoog dan in 2014. Medicatie en gesprekstherapie zijn de meest voorkomende behandelingen. Vrouwen en hoogopgeleiden staan meer open voor het zoeken van professionele hulp.

3.5 Verbetering in kwaliteit en kwantiteit van berichtgeving over suïcide in de media

Aangezien zelfdoding in de media copycatgedrag kan uitlokken (Niederkrotenthaler et al., 2020), werden er in 2004 Vlaamse mediariichtlijnen ontwikkeld voor een veilige en respectvolle berichtgeving over suïcide. In 2012-2013 kregen deze een update door Werkgroep Verder (intussen deel uitmakend van VLESP), in samenwerking met de mediasector, nabestaanden en partners uit het suïcidepreventieveld (Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie, 2016). De mediariichtlijnen werden in het najaar van 2020 herwerkt door VLESP.

De mediariichtlijnen worden als actie verder besproken in hoofdstuk 4.1.5.4.

3.6 Beschikbaarheid en toegankelijkheid van dodelijke middelen, gebruik bij suïcidaal gedrag, en toegankelijkheid van suïcide hot spots

Er is sterke wetenschappelijke evidentie dat wanneer methoden die veel gebruikt worden voor suïcide minder dodelijk of toegankelijk gemaakt worden, het aantal zelfdodingen met die methode én met andere methoden afneemt. Het beperken van de beschikbaarheid en de toegankelijkheid van suïcidemiddelen en -plaatsen speelt dan ook een belangrijke rol binnen suïcidepreventie (Zalsman et al, 2016) en werd opgenomen als aandachtspunt in het tweede Vlaams Actieplan Suïcidepreventie.

In 2019 stelde VLESP een inventaris op met *good practices* en aanbevelingen voor het beperken van de toegang tot de meest gebruikte middelen in Vlaanderen, zowel thuis, in zorginstellingen en organisaties als op het openbaar domein en online (Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie, 2019a). Deze inventaris zal ook dienen om bijkomende acties in het kader van de beperking van middelen te definiëren.

Hieronder kan een (niet-exhaustief) overzicht teruggevonden worden van acties in het kader van het beperken van middelen tijdens de looptijd van het VAS II. Het is echter belangrijk om op te merken dat er momenteel geen onderzoek is gebeurd naar de effectiviteit van deze acties. Het blijft dus onduidelijk of en in welke mate onderstaande acties een effect hebben (gehad).

Niet-exhaustief overzicht van acties in het kader van het beperken van middelen tijdens de looptijd van het VAS II:

- Overleg met Infrabel over beveiligingsmaatregelen aan perrons en spoorwegovergangen;
- Advies aan verschillende lokale besturen over de beveiliging van bruggen en openbare gebouwen;
- Medicatiebeleid en infrastructurele maatregelen zijn in de Multidisciplinaire richtlijn voor de detectie en behandeling van suïcidaal gedrag een belangrijke aanbevelingen om zelfmoordpogingen te voorkomen in ziekenhuizen en psychiatrische centra (Aerts et al, 2017);
- Aandacht voor het beperken van middelen bij het opmaken van een suïcidepreventiebeleid tijdens de ondersteuning van verschillende organisaties (o.a. scholen, gevangenissen, steden en gemeenten, bedrijven, jeugdbewegingen, ...);
- Opmaken van een inventaris met *good practices* en beleidsaanbevelingen rond het beperken van middelen (hoofdstuk 4.1.5.6).

Er kan geconcludeerd worden dat de strategie gericht naar het beperken van de toegang tot middelen onvoldoende werd uitgerold tijdens het VAS II. Dit dient dan ook meer aandacht te krijgen in het volgend actieplan.

3.7 Conclusie bijkomende indicatoren VAS II

De toename van kennis over geestelijke gezondheidsproblemen en -zorg werd niet systematisch onderzocht in de duurtijd van het VAS. Uit de evaluatie van enkele acties blijkt echter wel dat deze geleid hebben tot een significante toename van de kennis over geestelijke gezondheid en suïcide(preventie) bij deelnemers. Of dit uiteindelijk geleid heeft tot een toename van kennis op bevolkingsniveau, kan niet worden vastgesteld. Bij een volgend actieplan is het belangrijk om deze gegevens systematisch te monitoren, zodat actuele cijfers hieromtrent beschikbaar zijn.

Hoewel de impact van het VAS II als geheel op de **attitudes, kennis, angst, zelfvertrouwen, vroege herkenning, vaardigheden in risicobepaling en omgaan met suïcidale mensen** niet systematisch onderzocht werden, tonen de evaluatieonderzoeken van specifieke acties binnen het VAS II wel aan dat ze een significant positief effect hebben op deze indicatoren. Uit de studie naar de provinciale verschillen blijkt nog maar eens dat een hoger stigma en schaamte een mogelijke verklaring bieden voor hogere suïdecijfers. Cijfers over attitudes ten opzichte van psychische problemen in het algemeen tonen geen significante verandering tussen 2014 en 2019 (Coppens et al., 2014; Kirtley et al., 2019). Aangezien systematisch onderzoek hieromtrent ontbreekt, vormt dit een belangrijke aanbeveling bij een volgend actieplan.

De metingen in het kader van VIP² leveren informatie aan voor zowel zorgverleners, patiënten en de overheid. **De feedback van gebruikers van GGZ-voorzieningen** worden sinds het najaar van 2020 bekend gemaakt op de website Zorgkwaliteit.be. Uit de resultaten van 2019 blijkt dat 3 op de 4 patiënten een 8 of hoger op 10 scoorden als algemene beoordeling. Ten opzichte van 2017 kon er in 2019 een verbetering van 10% worden opgemerkt op de uitbouw van het beleid en procedure o.b.v. de te verwachten richtlijnen (Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg, 2020). De tevredenheid van de verschillende acties uit het VAS kunnen worden teruggevonden in hoofdstuk 4.

Op basis van de indicator **hulpzoekgedrag** kunnen we stellen dat tussen 2013 en 2018 een lichte daling van het aantal cliënten werd gemeten in de CGG. Het aantal dossiers met suïcideproblematiek blijft eerder stabiel over de jaren heen (Zorg en Gezondheid, 2019a). Het CASE-onderzoek toont aan dat hulpzoekend gedrag bij jongeren licht gedaald is tussen 2000 en 2015 (van 26,5% naar 21,6%) en dat jongeren vooral hulp zoeken bij vrienden (Vanderstraeten, 2016). Uit het onderzoek van Te Gek!? bij volwassenen blijkt dat er geen significante toename in hulpzoekend gedrag op te merken is tussen 2014 en 2019, maar dat mensen wel meer open staan voor psychologische hulp (Coppens et al., 2014; Kirtley et al., 2019).

Sinds 2004 werden er in Vlaanderen **mediarichtlijnen** ontwikkeld, dewelke in 2020 een update kregen door VLESP. Blijvende aandacht en opvolging is aangewezen, aangezien de mediarichtlijnen niet voldoende gevolgd worden. Voor meer informatie kan je terecht in hoofdstuk 4.1.5.2

Hoewel er een aantal acties ondernomen werden in het kader van het **beperken van suïcidemiddelen** gedurende de looptijd van het VAS II, werd er geen onderzoek gedaan naar de mate waarin deze maatregelen en adviezen regio breed geïmplementeerd werden. Ook de effectiviteit van deze maatregelen werd niet onderzocht. Globaal werden er weinig concrete acties m.b.t. het beperken van middelen opgezet tijdens VAS II

4. ACTIES

Van 2012 tot 2020 zijn er heel wat acties met betrekking tot suïcidepreventie opgezet en geïmplementeerd. Naast de acties die hieronder besproken worden, zijn er nog heel wat meer lokale initiatieven op te noemen. Deze werden niet opgenomen in dit actieplan, maar een (niet-exhaustieve) inventaris van alle initiatieven inzake suïcidepreventie is beschikbaar en kan opgevraagd worden bij VLESP.

Het is belangrijk te vermelden dat bovenop de vooropgestelde acties die bij de lancering in 2012 werden opgenomen in het actieplan, er **23 nieuw ingestelde acties zijn ontwikkeld in de voorbije 8 jaar**. Deze nieuwe acties kwamen tot stand op basis van nieuwe ontwikkelingen in de internationale suïcidepreventie, op basis van nieuwe wetenschappelijke evidentie of op basis van nieuwe noden in Vlaanderen. Dit is een belangrijk positief punt van het VAS II welke aangeeft dat er steeds oog is voor nieuwe ontwikkelingen en noden en dat hier ook door de Vlaamse Overheid de mogelijkheid wordt geboden om deze te ontwikkelen en te implementeren. In onderstaand overzicht vind je terug welke acties worden geëvalueerd in dit rapport, waarbij een onderscheid werd gemaakt tussen de geplande en de nieuwe acties (onderlijnd).

4.1 Geestelijke gezondheidsbevordering

4.1.1 De individuele veerkracht en het vermogen voor zelfhulp versterken

- Fit in je Hoofd, Check Iezelf en de Geluksdriehoek
- Goed-Gevoel-Stoel
- NokNok
- Zilverwijzer

4.1.2 Opvoedingsondersteuning aan ouders van suïcidale jongeren

4.1.3 Inventaris 'Geestelijke gezondheidsbevordering en suïcidepreventie bij ouderen door bevordering van sociale aansluiting

4.1.4 Hulp zoeken aanmoedigen en stigma doorbreken

- Campagne '4 voor 12'
- Activiteiten Steunpunt Geestelijke Gezondheid
- Werelddag suïcidepreventie
- Eerste Hulp bij Psychische Problemen

4.1.5 De leefomgeving gezondheidsbevorderend zorgzaam en suïcideveilig maken via beleid in de lokale gemeenschap, school, werkplek... en via de media

- Preventiecoaches
- Team Veerkracht
- Warme Steden en Gemeenten, Warme Scholen en Warme William
- Mediarichtlijnen
- Theateradviezen voor scholen
- Fictierichtlijnen

4.2 Suïcidepreventie door laagdrempelige telefonische en online hulp

- 4.2.1 Portaal site Zelfmoord1813.be
- 4.2.2 Zelfmoordlijn 1813
- 4.2.3 Preventie via internet en sociale media
- 4.2.4 Forum Zelfmoordlijn
- 4.2.5 Serious Game 'Silver'
- 4.2.6 BackUp
- 4.2.7 Think Life
- 4.2.8 Safety Plan

4.3 Bevorderen van deskundigheid en netwerkvorming bij intermediairs

- 4.3.1 Deskundigheidsbevordering bij intermediairs
- 4.3.2 Posterstudie
- 4.3.3 ASPHA
- 4.3.4 SP-reflex

4.4 Strategieën voor specifieke risicogroepen

- 4.4.1 Zorg na een suïdepoging
- 4.4.2 Nieuwe behandelvormen voor suïcidale personen: Toekomstgerichte Training en Mindfulness-based Cognitieve Training
- 4.4.3 VDIP
- 4.4.4 Zorg voor nabestaanden
- 4.4.5 Huisartsen en apothekers
- 4.4.6 INSIGHT-studie
- 4.4.7 Richtlijnen en e-learning over suïcidepreventie voor ouderen
- 4.4.8 LGBTQ+
- 4.4.9 Awel-studie
- 4.4.10 ABFT
- 4.4.11 Etnische minderheden
- 4.4.12 Gedetineerden

4.5 De ontwikkeling en implementatie van aanbevelingen en hulpmiddelen voor de preventie van suïcide

- 4.5.1 Aanbevelingen voor de preventie van suïcide (Euregenas)
- 4.5.2 Aanbevelingen voor vroegdetectie, vroeginterventie en behandeling van suïcidaal gedrag (Multidisciplinaire richtlijn)
- 4.5.3 Leidraad zorgcontinuïteit voor suïcidale personen

4.1 Strategie 1: Geestelijke gezondheidsbevordering met betrekking tot individu en maatschappij

De eerste preventiestrategie van VAS II zet in op het bevorderen van de geestelijke gezondheid bij de algemene bevolking en omvat volgende substrategieën en bijhorende acties:

- a. De individuele veerkracht en het vermogen voor zelfhulp versterken:
 - Fit in je Hoofd, Checkjezelf en de Geluksdriehoek,
 - Goed-Gevoel-Stoel,
 - NokNok,
 - Zilverwijzer;
- b. Opvoedingsondersteuning aan ouders van suïcidale jongeren (Webtool op Zelfmoord1813.be: Help, mijn kind denkt aan zelfmoord);
- c. Geestelijke gezondheidsbevordering en suïcidepreventie bij ouderen door bevorderen van sociale aansluiting;
- d. Hulp zoeken aanmoedigen en stigma doorbreken:
 - Campagne 4voor12,
 - Activiteiten van het Steunpunt Geestelijke Gezondheid,
 - Werelddag suïcidepreventie,
 - Eerste Hulp bij Psychische Problemen;
- e. De leefomgeving meer gezondheidsbevorderend, zorgzaam en suïcideveilig maken via beleid in de lokale gemeenschap, school, werkplek, ... en via de media:
 - Preventiecoaches
 - Team Veerkracht
 - Warme Steden en Gemeenten, Warme Scholen en Warme William,
 - Mediarichtlijnen, theateradviezen voor scholen en fictierichtlijnen,

4.1.1 De individuele veerkracht en het vermogen voor zelfhulp versterken**4.1.1.1 Fit in je Hoofd, Checkjezelf en de Geluksdriehoek**

ORGANISATIE	Vlaams Instituut Gezond Leven
AANVANG	2006 - 2020
DOELGROEP	Algemeen publiek

2006 – 2020: Fit in je Hoofd***Onderbouwing***

In 2006 werden de [Fit in je Hoofd](#) campagne en website gelanceerd als deel van het eerste Vlaams Actieplan Suïcidepreventie. Fit in je Hoofd had als doel om de veerkracht en het vermogen tot zelfzorg van individuen te versterken. Aan de hand van tien stappen, gebaseerd op internationale campagnes en beschermende factoren voor geestelijke gezondheid, kregen individuen onder meer actieve copingsstijlen aangeleerd. In 2009 volgde een tweede lancering, nadat de website werd aangevuld met een zelfbeoordelingsinstrument. Dit instrument gaf bezoekers feedback over hun veerkracht, coping en aanwezigheid van psychische klachten en gaf advies op maat over welke tips en opdrachten op de website interessant voor hen zijn. Fit in je Hoofd werd positief geëvalueerd als onderdeel van het eerste Vlaams Actieplan Suïcidepreventie (LUCAS, 2011) en mee opgenomen in het tweede Vlaams Actieplan Suïcidepreventie.

In 2015 werd de zelftest van Fit in je Hoofd vervangen door een online coachingsplatform, genaamd [Mijn veerkracht](#). Dit platform werd opgesteld volgens de principes van de [Veerkrachtschaal Plus en Portzky's Palliatieve Palletschaal](#) (M. Portzky, 2015a, 2015b) en geeft tips en feedback, waarna de gebruiker wordt geleid naar het stappenplan van Fit in je Hoofd. Aan dit online platform werd ook een mobiele app gekoppeld (Levrau & Stevens).

Bereik

Op basis van onderstaande gegevens blijkt de methodiek Fit in je Hoofd heel wat mensen te bereiken. De [effectstudie](#) toont hierbij aan dat 80% van de deelnemers een sterk verminderde of verminderde veerkracht heeft (VIGeZ, 2015).

Tabel 8: Aantal bezoeken en unieke bezoekers website Fit in je Hoofd, 2012-2020 (aug):

	BEZOEKEN	UNIEKE BEZOEKERS
2012	80.969	63.905
2013	124.884	98.082
2014	137.396	110.354
2015	171.050	123.095
2016	118.647	84.600
2017	147.405	103.801
2018	213.981	163.513
2019	290.757	224.339
2020 (T.E.M. AUG)	213.652	165.240

Bron: Gezond Leven

Tabel 9: Aantal deelnemers coachingsplatform 'Mijn Veerkracht', 2015-2020 (aug):

	AANTAL DEELNEMERS 'MIJN VEERKRACHT'
2015	14.384
2016	8.251
2017	9.782
2018	9.164
2019	13.270
2020 (T.E.M. AUG)	6.016

Bron: Gezond Leven

Tabel 10: Aantal verspreide posters en brochures Fit in je Hoofd, 2012-2020 (aug)*:

	POSTERS	BROCHURES
2012	367	7.647
2013	1.719	26.145
2014	373	9.810
2015	511	9.943
2016	969	13.248
2017	920	18.563
2018	1.709	10.916
2019	1.295	9.337
2020 (AUG)	187	3.664

* Deze cijfers zijn het aantal bestelde materialen via de webshop van www.gezondleven.be. De materialen die via de Vlaamse Logo's verspreid werden zijn hier niet inbegrepen

Bron: Gezond Leven

Tabel 11: Aantal train-de-trainers en aantal deelnemers Fit in je Hoofd, 2015-2020

	AANTAL TRAIN-DE- TRAINERS	AANTAL DEELNEMERS
2015	3	68
2016	2	Geen gegevens
2017	2	60
2018	2	40
2019	0	0
2020 (AUG)	0	0

Bron: Gezond Leven

De **Fit in je Hoofd-app** was beschikbaar tussen 2015 en 2018. In 2018 waren 3.390 nieuwe installaties. In totaal waren er 3.713 gebruikers van de app, goed voor 18.091 sessies.

Tevredenheid

De deelnemers aan de pilootstudie van het online platform 'Mijn Veerkracht' stonden positief ten opzichte van de inhoud en vormgeving van de site. Van de deelnemers aan de effectiviteitsstudie heeft 94,6 % van de toolgebruikers en 80,3 % van de controlegroep de intentie om de website in de toekomst verder te gebruiken en 83,2 % van de totale groep is bereid om de website aan te bevelen aan vrienden en familie. De helft van de groep die met de tool aan de slag ging heeft het gevoel dat Fit in je Hoofd een bijdrage levert aan zijn/haar welbevinden (VIGeZ, 2015).

Effectiviteit

In 2015 werd de effectiviteit van de tool 'Mijn veerkracht' onderzocht. Hierbij werd gebruik gemaakt van een controle- (N=134) en interventiegroep (N=161) in een pre-postdesign. Uit de resultaten kwam naar voor dat wie aan de slag gaat met de tool, aangeeft zich beter in zijn vel te voelen en een sterkere veerkracht te hebben. De mensen die regelmatig aan de slag gaan met de tool verwerven meer inzicht in eigen veerkracht en stressreducerende activiteiten. Toolgebruikers passen de 10 stappen bovendien meer toe in hun dagelijks leven (VIGeZ, 2015).

Vanaf 2020: Online platform Checkjezelf & De geluksdriehoek***Onderbouwing***

Vanaf eind 2020 vervangt het Vlaams Instituut Gezond Leven het bestaande platform Fit in je Hoofd door een nieuw online platform. Het nieuwe online platform is bereikbaar via www.checkjezelf.be (sinds 7 september 2020) en www.geluksdriehoek.be (sinds 8 december 2020). Het online platform Checkjezelf is complementair aan een nieuw ontwikkeld model rond mentaal welbevinden, namelijk de geluksdriehoek. Waar de geluksdriehoek informatie heeft over 'wat' mentaal welbevinden is, vindt de gebruiker op het online platform handvatten om hier concreet mee aan de slag te gaan ('hoe').

Beide acties zetten in op *mental health literacy*. Hiermee wordt enerzijds het verbeteren van kennis rond mentale gezondheid bedoeld en anderzijds gaat het over het sensibiliseren van burgers om aandacht te besteden aan hun mentaal welbevinden. Ook worden gebruikers gestimuleerd en ondersteund (handvatten aanreiken) om zelf aan de slag te gaan (vaardigheden versterken).

Online platform

Het platform checkjezelf richt zich tot alle Vlamingen van 16 jaar en ouder en wil een zo groot mogelijke groep mensen sensibiliseren en overtuigen om bewust met mentaal welbevinden bezig te zijn. Het dagdagelijks zorg dragen voor onze mentale gezondheid, in het bijzonder het mentale welbevinden, en het verbeteren van onze 'mentale gezondheids-hygiëne' is dus een belangrijke doelstelling; toch zijn er ook mensen die nu al een aantal problemen ervaren; ook deze groep biedt het platform enig houvast via de themapagina's 'ik heb last van' en doorverwijzing. Daarnaast is er ook een informatieve pagina voor hulpverleners.

Het platform is thematisch opgebouwd: enerzijds wordt er ingegaan op een aantal positieve elementen thema's gerelateerd aan mentaal welbevinden (verbondenheid, positiviteit, ...), anderzijds worden een aantal psychische klachten die vaak voorkomen belicht (stress, burn-out, angst, ...) en worden mogelijke preventieve acties in dit verband besproken.

Geluksdriehoek

De geluksdriehoek is een model voor iedereen vanaf 3 jaar en houdt rekening met diversiteit in de bevolking door te kiezen voor een inclusieve benadering waarbij er rekening werd gehouden met o.a. taal en cultuur. Het model is bedoeld om mensen te ondersteunen bij het versterken van hun mentaal welbevinden. Het is een educatief-sensibiliserend model, wat evenwel ook als basis of ondersteuning gebruikt kan worden binnen therapeutische interventies gericht op het verhogen van mentaal welbevinden.

De geluksdriehoek is gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek. Er werd een uitgebreide literatuurstudie uitgevoerd, waarbij (1) de meest recente inzichten aangaande relevante concepten (geestelijke gezondheid, positieve geestelijke gezondheid, mentaal welbevinden, veerkracht) in kaart gebracht werden, en (2) evidentie verzameld werd over (het versterken van) de verschillende deelcomponenten van mentaal welbevinden. Een uitgebreide groep van academische experts gaven advies en feedback bij deze literatuurstudie. Vervolgens werd de geluksdriehoek afgetoetst bij stakeholders, werd een visueel model ontwikkeld en werd de methodiek getest bij burgers op basis van focusgroepen en individuele interviews.

Bereik

Het eerste deel van het online platform Checkjezelf werd gelanceerd op 7 september 2020. Tussen 7 september en 16 oktober 2020 waren er 46.605 gebruikers, goed voor 69.522 sessies.

4.1.1.2 Goed-Gevoel-Stoel

ORGANISATIE	Vlaams Instituut Gezond Leven
AANVANG	2010
DOELGROEP	Mensen in maatschappelijk kwetsbare situaties

Onderbouwing

Aangezien personen in maatschappelijk kwetsbare situaties minder de weg vonden naar Fit in je Hoofd, maar tegelijk een verhoogd risico hebben op zelfdoding, werd de methodiek [Goed-Gevoel-Stoel](#) ontwikkeld. De 10 stappen van Fit in je Hoofd vormden hiervoor de basis. Het doel van de Goed-Gevoel-Stoel is tweeledig: enerzijds wil het mensen die het moeilijk hebben, sterker maken, anderzijds wordt gepoogd geestelijke gezondheidsbevordering structureel in te bouwen in de werking van organisaties die zich richten op maatschappelijk kwetsbare mensen. Hiervoor werd gekeken naar wat de drempels van deze doelgroep zijn en hoe men daar aan tegemoet kan komen.

De Goed-Gevoel-Stoel is een groepsmethodiek die bestaat uit drie praat sessies waarin de deelnemers in groep zoeken naar manieren om langer een goed gevoel te kunnen vasthouden. Daarnaast krijgen de deelnemende groepen een reeks Goed-Gevoel-acties mee die nadien in groep kunnen gebeuren en krijgen de deelnemers ook een reeks Goed-Gevoel-acties die ze alleen kunnen doen.

Bereik

Aangezien de organisaties die de Goed-Gevoel-Stoel aanbieden vaak zelfstandig werken, is er geen volledig zicht op waar de sessies doorgaan en hoeveel mensen ze bereiken. Hierdoor zijn er enkel gegevens van 2019, waarin er 8 sessies doorgingen (registratiegegevens Logo's).

Tabel 12: Aantal georganiseerde trainingen en aantal deelnemers Goed-Gevoel-Stoel, 2015-2020

	AANTAL TRAININGEN VOOR BEGELEIDERS	AANTAL DEELNEMERS
2015	1	17
2016	1	Geen gegevens
2017	2	19
2018	3	43
2019	1	14
2020 (AUG)	0	0

Bron: Gezond Leven***Evaluatiestudie***

In 2012 werd de Goed-Gevoel-Stoel als methodiek geëvalueerd aan de hand van een [kwalitatieve studie](#). Hierbij werd een pre- en postinterview georganiseerd met de begeleider van de sessies en werden verslagen en tevredenheidsmetingen geanalyseerd. Vijf organisaties die de methodiek aanbieden werden hierbij betrokken.

Deelnemers aan deze studie geven aan dat ze de methodiek over het algemeen als waardevol en verrijkend ervaren. Ze zijn tevreden over het feit dat hun verhaal een plaats krijgt binnen deze methodiek en het volgen van de sessies gaf sommige deelnemers de nodige stimulansen om actie te ondernemen en een aantal veranderingen aan te brengen in hun leven. De tevredenheid werd ook bevraagd in een procesevaluatie die plaatsvond in 2012. Hiervoor werden 78 vragenlijsten verzameld. Uit deze bevraging blijkt eveneens dat het merendeel positief staat tegenover de methodiek (zie Tabel 13) (VIGeZ, 2012).

Tabel 13: Resultaten tevredenheidsmeting Goed-Gevoel-Stoel, 2012

GEM. SCORE (/5)	
1. Ik vond het tof om te werken met de twee praatplaten: de eerste over de grondwet en de tweede over mijn eigen rugzak vol problemen	4.22
2. Ik heb door sessie 1 meer zicht op mijn eigen rugzak, dat is de last die ik zelf moet meedragen	4.07
3. Ik vond het tof om te werken met de plaat over mijn eigen voorbeeld en al de tekstballonnen die ik erbij kleefde	4.40
4. Ik heb door sessie 2 meer zicht op mijn eigen sterktes en draagkracht	4.24
5. Ik vind het tof om te werken met prikborden goed-gevoel-acties te zoeken	4.11
6. Ik begrijp wat men bedoelt met de goed-gevoel-stoel met vier gekleurde poten.	4.36
7. De goed-gevoel-acties op de prikborden geven mij goede ideeën voor mijn leven	4.01
8. Ik heb veel zin om aan de slag te gaan met de goed-gevoel-acties	4.13
9. De drie praatsessies hebben mij goed gedaan	4.40
10. Ik voelde me voldoende begrepen door de begeleiders van de praatsessies	4.48
11. De begeleiders van de praatsessies legden alles duidelijk uit	4.71

Bron: VIGeZ, 2012

De sessies hebben bijkomend een positieve invloed op de deelnemers. De begeleiders rapporteren bijna allemaal dat er een verandering was in de manier waarop de deelnemers zichzelf evalueren. Bovendien werd een verhoogd bewustzijn van het belang van geestelijke gezondheidsbevordering op organisatieniveau opgemerkt. Het versterken van empowerment is echter een proces dat over een langere periode stimulansen nodig heeft. Het lijkt dan ook nuttig

dat verdere opvolging van de deelnemers wordt beoogd om deze doelstelling te bereiken (VIGeZ, 2012).

De tevredenheid van de deelnemers aan de **Goed-Gevoel-Stoel trainingen** wordt blijvend opgevolgd en geëvalueerd. De tevredenheid bleef over de hele lijn hoog, met voor meer dan 90% van de vragen een gemiddelde score van 3,5/4 (mediaan: 4) (Steenhuyzen, 2018)(Steenhuizen, 2018).

4.1.1.3 NokNok

ORGANISATIE	Vlaams Instituut Gezond Leven
AANVANG	2011
DOELGROEP	Jongeren (12-16j)

Onderbouwing

Uit evaluatieonderzoek bleek dat de 'Fit in je Hoofd, Goed in je Vel'-campagne jongeren onvoldoende bereikte. In 2011 werd de methodiek dan ook herwerkt naar een versie voor jongeren van 12 tot 16 jaar, genaamd [NokNok](#).

Jongeren kunnen op de website NokNok terecht voor tips en opdrachten om hun eigen veerkracht te versterken. In 2016 werd NokNok vernieuwd qua look&feel en werden er enkele functionaliteiten toegevoegd (dagboek + wall). In 2019 werd de website verder vernieuwd:

- Er werden **gamification-elementen** toegevoegd waarbij jongeren punten kunnen verzamelen door oefeningen te doen.
- Jongeren kunnen hun **eigen werkruimte** aanmaken (mogelijkheid om een eigen NokNok-kamer aan te maken en in te richten)
- Ze kunnen een inschatting maken van hun veerkracht (op basis van de **jongerenveerkrachttest**). Aansluitend aan deze veerkrachttest krijgen ze feedback en tips op maat. Deze veerkrachttest is gebaseerd op een vragenlijst die werd ontwikkeld en onderzocht door klinisch neuropsycholoog M. Portzky. Een team psychologen van het Vlaams Instituut Gezond Leven hebben samen met Awel deze vragenlijst omgevormd tot een zelftest.
- Ook de **samenwerking met gratis laagdrempelige chat- en bellijnen** voor jongeren (Awel, CLB-Ch@t) werd versterkt.

Ook wil Gezond Leven de komende jaren sterker in zetten op '*blended coaching*' waarbij een professional of hulpverlener in een één-op-één-gesprek met NokNok aan de slag kan met de jongeren, en waarbij de jongeren, los van het gesprek, ook zelfstandig aan de slag kan met de website en oefeningen. Daarnaast blijft het belangrijk om NokNok blijvend te promoten naar andere professionals in groepsverband met jongeren aan de slag gaan. Een integraal pakket rond 'mentaal welbevinden en psychisch welzijn bij jongeren', waar NokNok deel van uitmaakt, lijkt

gewenst. Hiervoor moet worden samengewerkt met andere organisaties en sectoren (zoals het jeugdwerk of onderwijs).

Bereik

Sinds de lancering van het vernieuwde online platform in 2019 wordt NokNok elk jaar in de kijker gezet met een communicatiecampagne gericht naar jongeren. Al twee jaar op rij werpt deze aanpak zijn vruchten af met pieken van bezoekerscijfers, aangemaakte profielen en een hogere interactiviteit tijdens de campagneperiode en in de maand daaropvolgend. Ter illustratie: de campagne in 2020 liep tussen 1 en 8 oktober. Iets meer dan 40% (N=8976) van de NokNok-gebruikers in de periode juli-oktober 2020 kwam op het platform terecht via de Influencer-campagne. In de toekomst zal daarom verder ingezet te worden op jaarlijkse communicatiecampagnes over Nok Nok.

Tabel 14: Aantal bezoekers website NokNok, 2012-2020 (aug)

	AANTAL BEZOEKEN	UNIEKE BEZOEKERS	AANGEMAAKTE ACCOUNTS
2012	16.171	12.122	/
2013	18.005	13.872	/
2014	18.929	15.436	/
2015	19.604	15.806	19
2016	45.300	38.570	389
2017	37.450	29.977	659
2018	61.801	51.014	439
2019	129.494	105.476	7.252
2020 (4/11)	101.957	79.514	4.966

Bron: Gezond Leven

Naast de website werden er verschillende materialen ontwikkeld ter bekendmaking van NokNok. Deze worden voornamelijk verspreid door de Logo's. In totaal werden 90.000 postkaarten, 114.000 stickers en 11.500 posters gedrukt (en al grotendeels verspreid) tussen 2014 en augustus 2020.

Sinds 2017 werden er ook NokNok workshops georganiseerd in samenwerking met de Logo's (registratiegegevens Logo's). Hiervoor werden er via een Train-de-Trainer begeleiders opgeleid. In 2017 ging dit over één Train-de-Trainer waar er 2 deelnemers bereikt werden. In 2019 waren er twee trainingen, goed voor 28 deelnemers. In Tabel 15 hieronder is te zien hoeveel workshops er georganiseerd werden in de periode 2017 – 2020.

Tabel 15: NokNok workshops

	AANTAL WORKSHOPS
2017	8
2018	4
2019	1
2020 (AUG)	/

Bron: Gezond Leven

Tevredenheid

Uit de [tevredenheidsbevraging \(VIGEZ, 2012\)](#) (N=104) blijkt dat de inhoud van de website 12-16-jarigen aanspreekt. Voor 87.2% van de deelnemers is de website goed vormgegeven en duidelijk opgebouwd. 82.4% van de jongeren heeft zin om de tips uit te proberen en hetzelfde percentage neemt zich bovendien voor om de tips in de toekomst te gebruiken.

In 2016 werd NokNok onderworpen aan een productevaluatie (N=54). De website in zijn geheel kreeg van de meerderheid een score tussen 7 en 8 op 10. Een kleine 30% gaf echter een minder positieve score en er werd gesuggereerd om de website een iets volwassenere look te geven. Naar aanleiding van deze feedback werd de website in 2016 vernieuwd.

In 2021 wordt een grote tevredenheidsstudie gepland bij de NokNok-ers (onder voorbehoud van goedkeuring ingediende dossier door Gezond Leven voor een beheersovereenkomst GGB). Hier zal zowel nagegaan worden hoe tevreden ze zijn over de website, alsook de motivaties en drempels om de website blijvend te gebruiken.

Effectiviteit

Een effectstudie naar NokNok werd nog niet uitgevoerd en staat ook niet meer op de planning. Dit komt omdat de veerkrachttest en de gegevens die uit de site worden gehaald, niet met het doel van een effectevaluatie verzameld werden.

4.1.1.4 Zilverwijzer

ORGANISATIE	Vlaams Instituut Gezond Leven, i.s.m. de Logo's
AANVANG	2013
DOELGROEP	Ouderen

Onderbouwing

[Zilverwijzer](#) is een methodiek om de geestelijke gezondheid van zestigplussers te bevorderen. De originele Zilverwijzer-methodiek richt zich naar actieve, thuiswonende ouderen en bestaat uit begeleide groepssessies die aangeboden worden via verschillende verenigingen en organisaties. Tijdens deze sessies wordt gezocht naar manieren om positiever in het leven te staan en optimaal te genieten. Ervaringen uitwisselen, praktische tips oppikken, nieuwe mensen leren kennen en actief de eigen veerkracht verhogen staan hierbij centraal. In 2015 werd een aangepaste versie ontwikkeld voor ouderen in woonzorgcentra.

De Zilverwijzer methodiek werd uitgetest door middel van een pilootproject in vier Logo's. Dit werd positief geëvalueerd. Nadat enkele drempels en knelpunten werden aangepakt, werd deze methodiek geïmplementeerd in heel Vlaanderen.

De aangepaste methodiek voor woonzorgcentra werd ontwikkeld met behulp van een uitgebreide literatuurstudie en een projectgroep bestaande uit verschillende belanghebbenden in de geestelijke gezondheidsbevordering binnen woonzorgcentra en/of residentiële ouderenzorg. Deze methodiek werd voor lancering in 2016 eveneens uitgetest aan de hand van een pilootstudie.

Bereik

Voor de methodiek gericht op thuiswonende ouderen werden 73 trainers opgeleid. Vanaf 2016 gingen er geen nieuwe Train-de-Trainers voor Zilverwijzer door. De trainingen die doorgingen in de woonzorgcentra (Zilverwijzer in Woonzorgcentra) staan in onderstaande Tabel 16.

Tabel 16: Aantal opgeleide trainers en deelnemers aan trainingen, 2015-2020 Zilverwijzer in Woonzorgcentra

	AANTAL TRAINERS	TRAIN-DE- AANTAL DEELNEMERS AAN DE TRAIN-DE-TRAINER
2015	1	5
2016	7	Geen gegevens
2017	3	58
2018	2	19
2019	1	10
2020 (AUG)	0	0

Bron: Gezond Leven

Cijfers over het aantal sessies en het aantal deelnemers aan de sessies van Zilverwijzer zijn momenteel niet beschikbaar. Er zijn enkel cijfers voor 2019 beschikbaar: er gingen 9 sessies door in 2019 (registratiegegevens Logo's). Omdat de woonzorgcentra zelfstandig aan de slag gaan met Zilverwijzer in Woonzorgcentra, zijn er ook geen gegevens beschikbaar over het aantal sessies en deelnemers in woonzorgcentra.

Tevredenheid

Uit de pilootstudie van Zilverwijzer bleek dat zowel de deelnemers als de begeleiders tevreden waren over de opleiding en de aangeboden materialen. Ook over de sessies en de trainers was de meerderheid van de deelnemers tevreden.

Uit de pilootstudie van Zilverwijzer in woonzorgcentra bleek dat de groepssessies positief werden onthaald door zowel de begeleiders als de deelnemers.

Effectiviteit

Er werd geen effectiviteitsstudie uitgevoerd.

4.1.2 Opvoedingsondersteuning aan ouders van suïcidale jongeren

ORGANISATIE	Odisee, i.s.m. VLESP en Expoo
AANVANG	2015
DOELGROEP	Professionelen/ouders

Onderbouwing

Suïcidale gedachten en suïcidaal gedrag vormen een ernstig gezondheidsprobleem onder jongeren in Vlaanderen. Ouders kunnen een beschermende rol spelen, maar ze weten vaak niet hoe ze deze problematiek kunnen herkennen en hoe ze er best mee omgaan. Deze actie heeft tot doel de beschermende factoren binnen het gezin te versterken door de ouders voldoende te ondersteunen in hun rol. Er werd een [inventaris](#) gemaakt van *good practices* in de ondersteuning van ouders met suïcidale kinderen (Aerts, De Jaegere, & Portzky, 2016) en de noden en verwachtingen van ouders werden in kaart gebracht met behulp van een [onderzoek](#) (Reynders, Aerts, & Emmery, 2018).

De **inventaris** toonde aan dat er tot op heden in Vlaanderen geen specifieke, wetenschappelijk onderbouwde interventies waren die zich richten op het verbeteren van de ondersteuningsvaardigheden van ouders met suïcidale kinderen. Internationaal zijn wel enkele beloftevolle interventies gevonden. Onderzoek toont ook aan dat trainingsmodules die gericht zijn op familieprocessen, zoals bijvoorbeeld het versterken van communicatievaardigheden tussen ouders en kind, een positieve impact kunnen hebben op het beperken van risicofactoren en het versterken van beschermende factoren bij suïcidaliteit (Aerts et al., 2016).

Om na te gaan wat de noden van ouders met een suïcidaal kind zijn, ondernam Odisee een **kwalitatief onderzoek** waarbij interviews werden afgenomen met ouders wiens kind suïcidaal is of is geweest. Tijdens deze interviews werden de rollen, uitdagingen, processen en noden van ouders van een suïcidaal kind in kaart gebracht. Na deze interviews werden twee focusgroepen georganiseerd waarin enerzijds de eerste resultaten van het onderzoek besproken werden en anderzijds input verzameld werd voor de ontwikkeling van de tool (Reynders et al., 2018).

Op basis van de inventaris en het kwalitatief onderzoek werd een tool ontwikkeld, [Help! Mijn kind denkt aan zelfmoord](#), die onderzocht werd door middel van een [pilotproject](#) met pre-poststudie (Aerts, Portzky, et al., 2018).

Bereik

Sinds de lancering van de tool [Help! Mijn kind denkt aan zelfmoord](#) in mei 2018 tot augustus 2020, werd de website door 15.937 unieke personen bezocht. In de tabel hieronder (Tabel 17) vind je een opsplitsing per jaar. Op de studiedag ter lancering van de tool waren 150 aanwezigen en de tool werd ook voorgesteld op diverse congressen, studiedagen en lezingen in Vlaanderen. Er verschenen berichten over de tool op sociale media en artikels in diverse vakbladen voor hulpverleners en magazines voor ouders.

Tabel 17: Aantal unieke bezoekers website Help! Mijn kind denkt aan zelfmoord

AANTAL UNIEKE BEZOEKERS	
2018 (VANAF MEI)	6.165
2019	6.430
2020 (AUG)	3.342

Bron: VLESP

Tevredenheid

De tevredenheid over de tool werd geëvalueerd door middel van een pilootstudie. Over het algemeen werd de website zeer positief beoordeeld. Bezoekers vinden de website interessant, duidelijk en overzichtelijk. Ze zouden de website ook aanraden aan andere ouders met een kind dat aan zelfmoord denkt. Wel was de inhoud van de website niet voor alle respondenten even vernieuwend en vond ook niet iedereen dat de website hen geleerd heeft beter met de zelfmoordgedachten van hun kind om te gaan of dat ze door de website hun kind beter kunnen helpen. Het grote pluspunt van de website zijn de getuigenissen. Die worden als erg herkenbaar en ondersteunend ervaren door de ouders. Ook de uitgebreide, duidelijke en praktijkgerichte informatie die aangeboden wordt, vinden ze heel positief. Waar de respondenten nog meer nood aan hebben is praktische informatie over het aanbod aan professionele hulpverlening, zowel voor hun kinderen als voor henzelf (Aerts, Portzky, et al., 2018).

Effectiviteit

Het effect van de tool werd nagegaan door middel van een [pre-poststudie](#). Dit effect bleek positief te zijn: de hopeloosheid nam af na bezoek aan de website en het vertrouwen in de eigen competenties en de kennis over suïcide en suïcidepreventie namen toe (Aerts, Portzky, et al., 2018).

4.1.3 Inventaris 'Geestelijke gezondheidsbevordering en suïcidepreventie bij ouderen door bevorderen van sociale aansluiting'

ORGANISATIE	VLESP, i.s.m. Vlaams Instituut Gezond Leven
AANVANG	2017
DOELGROEP	Beleidsmakers en hulpverleners

Sociale verbondenheid heeft een grote impact op het mentaal welbevinden van ouderen. Vooral oudere ouderen (+80 jaar), echtgescheiden of kinderloze ouderen en ouderen met een laag inkomen hebben vaak minder sociale contacten en zijn dan ook extra kwetsbaar.

Om in kaart te brengen welke initiatieven er in Vlaanderen reeds bestaan rond het bevorderen van de sociale aansluiting van ouderen en welke *good practices* internationaal aanbevolen worden, werd een [inventaris](#) opgesteld. Hieruit bleek dat het aanbod aan acties om de sociale verbondenheid van ouderen te vergroten in Vlaanderen groot is, maar het is onduidelijk in hoeverre deze initiatieven gestoeld zijn op wetenschappelijke evidentie. Ook in de internationale literatuur bleek er weinig evidentie voorhanden te zijn over de effectiviteit van preventieacties voor ouderen, zeker wat betreft suïcidepreventie. Over het algemeen wordt aangenomen dat een combinatie van universele, selectieve en geïndiceerde preventiestrategieën het meest effectief is (Aerts, Rotsaert, et al., 2017).

Op basis van deze inventaris werd ervoor gekozen om binnen suïcidepreventie geen bijkomende actie op te zetten om de sociale aansluiting te bevorderen bij ouderen. Er werd beslist om in te zetten op het bevorderen van de kennis en vaardigheden van hulpverleners over suïcidepreventie bij ouderen en daarvoor een nieuwe actie te ontwikkelen (Hoofdstuk 4.5.3).

4.1.4 Hulp zoeken aanmoedigen en stigma doorbreken**4.1.4.1 Campagne '4 voor 12'**

ORGANISATIE	Steunpunt Geestelijke Gezondheid (vroeger: Associatie Beeldvorming), Te Gek!? en VLESP
AANVANG	2016
DOELGROEP	Algemeen publiek

Onderbouwing

Door zich te richten op het brede publiek en in te zetten op het sensibiliseren van de omgeving van mensen met psychische problemen wilden VLESP en de Associatie Beeldvorming (nu Steunpunt Geestelijke Gezondheid) bijdragen aan de vermaatschappelijking van geestelijke gezondheidsbevordering en suïcidepreventie. Aan de hand van een brede publiekscampagne trachtte de organisatoren iedereen in Vlaanderen te sensibiliseren en aan te sporen om alert te zijn voor mogelijke signalen van psychische problemen en suïcidaliteit. Daarnaast werd de bevolking aangemoedigd om het gesprek aan te gaan wanneer deze signalen opgemerkt worden. Op deze manier wilde men de drempel om te praten over psychische problemen verlagen en het taboe op suïcide en andere psychische problemen verminderen.

De campagne is geïnspireerd op de succesvolle campagne rond signaalherkenning in de Verenigde Staten 'Know the 5 signs' en werd ontwikkeld onder begeleiding van een stuurgroep bestaande uit partners binnen de suïcidepreventie en geestelijke gezondheidszorg.

Bereik

De campagne werd gelanceerd op 28 augustus 2017 tijdens de Belcanto Classic, waar naar schatting 2000 mensen aanwezig waren. De bijhorende tv- en radiospots waren in de derde week van september te horen en te zien op de verschillende zenders van VRT en op 4 december volgde een actiedag die goed opgepikt werd door de reguliere en sociale media. Voor een overzicht van het mediabereik van de campagne, zie het [inhoudelijk eindverslag](#) (Aerts, Pauwels, et al., 2018).

De [campagnewebsite](#) werd sinds de lancering tot augustus 2020 door 39.412 unieke bezoekers geraadpleegd. Een belangrijk onderdeel van deze website zijn de getuigenisfilmpjes van mensen die met de hulp van anderen hun psychische problemen overwonnen hebben.

Tabel 18: Aantal bezoekers website '4 voor 12'

AANTAL UNIEKE BEZOEKERS	
2017 (28/8)	15.584
2018	9.885
2019	9.356
2020 (AUG)	4.998

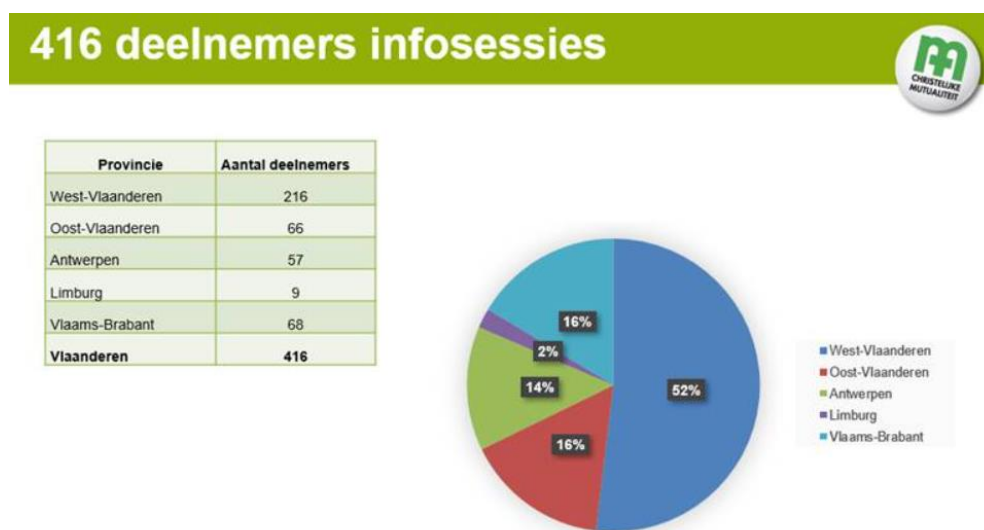
Bron: VLESP & Te Gek!?

Het belangrijkste implementatiekanaal van de campagne was sociale media. Al het materiaal werd ontwikkeld met het oog op verspreiding via Twitter, Facebook en Instagram en dit bleek een succesvolle strategie te zijn, want alle berichten en filmpjes werden veelvuldig geliked en gedeeld. Ook de vele acties in kader van de implementatie (vb. sandwichborden, luiden van kerkklokken, campagnelied, ...) werden gedeeld via sociale media.

Naast digitale materialen werden er ook 50 000 flyers en 7500 affiches verspreid en werden er 3500 buttons, 25 sets automagneten en 100 klokken gemaakt voor de campagne. Deze materialen kunnen nog steeds besteld worden bij het Steunpunt Geestelijke Gezondheid. Er wordt nagedacht over hoe deze campagne (digitale en fysieke materialen en inhoud) in de toekomst kan meegenomen worden binnen andere campagnes rond geestelijke gezondheid (zie ook 4.1.4.2).

Tot slot werd de campagne ook mee verspreid via infosessies. In samenwerking met de Christelijke Mutualiteit werd er in 2018-2019 op basis van de 4voor12 campagne de infosessie 'Waarom praten belangrijk is' ontwikkeld voor het algemeen publiek. Deze infosessie richtte zich op signaalherkenning, op het gesprek aangaan met anderen en op het durven aangeven wanneer het niet goed gaat met jezelf. In 2019 gingen er 22 info-sessies door met in totaal 416 deelnemers verspreid over heel Vlaanderen (zie Figuur 24). In 2020 gingen er 6 webinars door over dit thema. Om de infosessies te organiseren, werden er via een Train-de-Trainer 12 begeleiders opgeleid.

Figuur 24: Aantal deelnemers per provincie info-sessie 'Waarom praten belangrijk is' in 2019



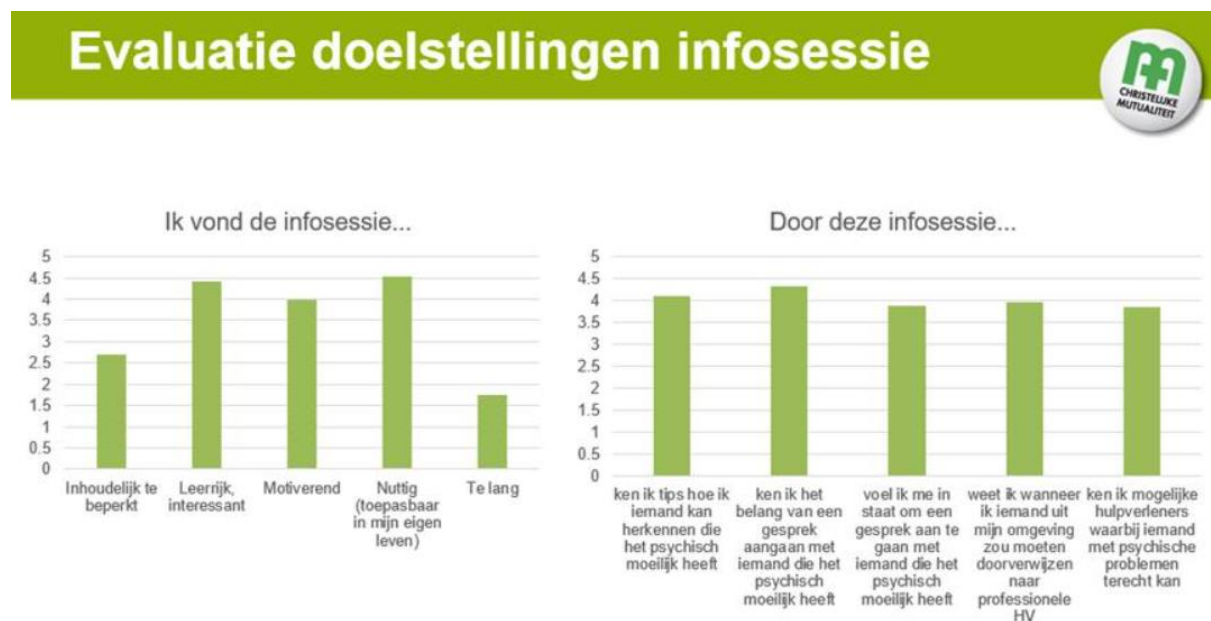
Tevredenheid en effectiviteit

De campagne werd geëvalueerd door middel van een [online survey](#) die verspreid werd via de partners van de stuurgroep en via sociale media. Over het algemeen werd de campagne erg positief beoordeeld en werd het doel (mensen herkennen signalen) van de campagne bereikt: Mensen die de campagne gezien hebben gaven aan dat ze door de campagne bewuster zijn van het feit dat anderen signalen kunnen uitzenden.

Daarnaast peilde de evaluatie naar een secundaire doelstelling, namelijk het beter weten waar ze hulp kunnen vinden en zich beter in staat voelen om iemand te helpen. Minder dan de helft van de respondenten ging akkoord met deze stellingen. Tot slot, bleek uit de open vragen dat vooral respondenten die reeds veel van dit thema afwisten (bv. hulpverleners) minder baat hadden bij de campagne (Aerts, Pauwels, et al., 2018).

Ook de info-sessie 'Waarom praten belangrijk is' in samenwerking met de CM werd geëvalueerd op vlak van tevredenheid en behalen van de doelstellingen (zie Figuur 25).

Figuur 25: Evaluatie doelstellingen info-sessie 'Waarom praten belangrijk is' in 2019



4.1.4.2 *Activiteiten van het Steunpunt Geestelijke Gezondheid*

ORGANISATIE	Steunpunt Geestelijke Gezondheid (vroeger: Associatie Beeldvorming)
DOELGROEP	Algemeen publiek

Sinds 2019 zet het Steunpunt Geestelijke Gezondheid de werking van de Associatie Beeldvorming Geestelijke Gezondheid Vlaanderen en enkele andere (deel)organisaties verder. Eén van hun taken is het opzetten van sensibiliseringscampagnes rond geestelijke gezondheid om zo psychische problemen in Vlaanderen bespreekbaar te maken, het stigma op psychische problemen te verminderen en de inclusie van mensen met een psychische aandoening promoten.

Enkele voorbeelden van hun acties en initiatieven zijn:

- De publiekswegwijzer [Geestelijk Gezond Vlaanderen](#), die de brede bevolking wegwijs wil maken in het aanbod van de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen en die wetenschappelijk onderbouwde informatie wil geven over psychische problemen
- Activiteiten van [Te Gek!?](#): scholenaanbod, infomobiel, campagnes, culturele activiteiten, ...
- [Letter-Gek](#) documentatiecentrum: bibliotheek met wetenschappelijke en publieksgerichte documentatie en literatuur over geestelijke gezondheid en zorg
- Studiedagen en congressen, zoals de [Staten-Generaal van de Geestelijke Gezondheidszorg](#)
- [Tiendaagse van de Geestelijke Gezondheid](#)

4.1.4.3 Werelddag Suïcidepreventie

ORGANISATIE	VLESP, i.s.m. organisaties met terreinwerking
DOELGROEP	Algemeen publiek

Onderbouwing

VLESP organiseert ieder jaar, in samenwerking met de organisaties met terreinwerking voor suïcidepreventie, een sensibiliserende actie op 10 september in kader van de Werelddag Suïcidepreventie. Deze actie gaat soms gepaard met een event en/of de lancering van nieuwe tool (zie Tabel 19 onder Bereik voor een overzicht).

Bereik

De Werelddag Suïcidepreventie gaat gepaard met grote media-aandacht. Hierdoor worden het VLESP en het CPZ in de aanloop naar 10 september frequenter gecontacteerd door journalisten: journalisten zetten enerzijds de gelanceerde methodieken in de kijker en anderzijds vragen ze naar hoopvolle getuigenissen, cijfermateriaal of vragen ze naar expertise in suïcidepreventie.

Het bereik van de acties tijdens de werelddag verschillen naargelang het type actie.

Tabel 19: Overzicht acties Werelddag Suïcidepreventie

ACTIES WERELDDAG SUÏCIDEPREVENTIE			
2014	Thunderclap	516 deelnemers	570.247 mensen bereikt
2015	Loopevent en lancering BackUp	429 deelnemers	BackUp 861 keer gedownload in 2015
2016	Twibbon en lancering Think Life	517 deelnemers	41.418 mensen bereikt met lanceringsfilmpje Think Life, 1881 aanmeldingen Think Life in 2016
2017	Campagnefilmpje '4 voor 12'	84 reacties, opmerkingen en deelacties	15 584 unieke bezoekers op de campagnewebsite in 2017
2018	Geen actie wegens ESSSB-congres		
2019	Pins- en kaartjesactie en lancering website LGBT	2000 pins en kaartjes verdeeld	In 2019 werd de pagina LGBT+ op Zelfmoord1813 door 1.065 unieke personen bezocht. Het luik op Lumi.be had in 2019 4.245 unieke bezoekers en de website Gendervonk bereikte 1.387 unieke bezoekers.
2020	Pins- en kaartjesactie, playlist HopeBeats, bekendmaking VLESP Media-award	6000 pins en kaartjes verspreid	133 volgers bij HopeBeats (20/10/'20)

Bron: VLESP

Vanaf 2018 is er op 9 september een steeds toenemende piek te zien in het aantal bezoekers van www.zelfmoord1813.be

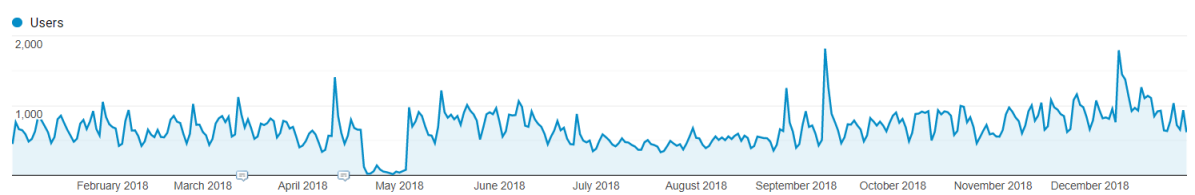
Tabel 20: Aantal bezoekers Zelfmoord1813 op de Werelddag Suïcidepreventie

AANTAL UNIEKE BEZOEKERS ZELFMOORD1813 OP WERELDDAG	
2018	1.817
2019	2.708
2020	3.624

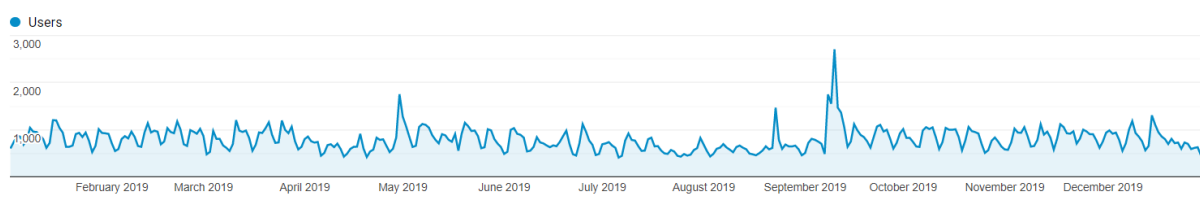
Bron: VLESP

Figuur 26: Piek in aantal bezoekers Zelfmoord1813 op de Werelddag Suïcidepreventie

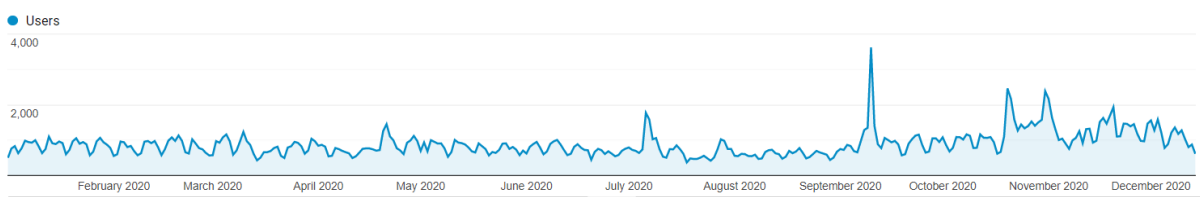
2018:



2019:



2020:



De acties voor Werelddag Suïcidepreventie werden niet geëvalueerd op tevredenheid en effectiviteit.

4.1.4.4 Eerste Hulp bij Psychische Problemen (EHBP)

ORGANISATIE	Zorgnet-Icuro, i.s.m. Rode Kruis Vlaanderen en VLESP
AANVANG	2019
DOELGROEP	Algemeen publiek

Onderbouwing

Uit de Gezondheidsenquête van 2018 blijkt dat 29.8% van de Vlamingen (15 jaar en ouder) het voorbije jaar kampte met psychische problemen (Gisle et al., 2019). Uit de studie van Kirtley en collega's (2019) blijkt zelfs dan 40% van de Vlamingen van 18 jaar en ouder ooit al eens een psychisch probleem heeft gehad. Daarnaast gaf bijna de helft van de steekproef aan dat iemand in hun dichte omgeving psychische problemen heeft ervaren. Toch heerst er nog steeds een taboe rond psychische problemen in Vlaanderen. Naar schatting zoekt slechts 45% van de mensen met psychische klachten professionele hulp (Kirtley et al., 2019).

Uit bovenstaande cijfers blijkt dat het belangrijk is dat de kennis over psychische problemen wordt vergroot, zodat mensen meer alert zijn voor de signalen van psychisch onwelzijn. Ook dienen er handvatten te worden aangereikt, zodat mensen weten wat ze zelf kunnen doen en waar ze terecht kunnen voor verder ondersteuning en behandeling. In dit kader startte Zorgnet-Icuro met het project 'Proefdraaien van de cursus Eerste hulp bij psychische problemen (EHBP)'. Dit project heeft als doel het ontwikkelen en evalueren van een eerste hulp opleiding specifiek voor de aanpak van psychische problemen.

In deze cursus zijn er vier basishandelingen: 1) beoordelen van de situatie (herkennen van psychische problemen), 2) bijstaan en ondersteunen van iemand die psychische problemen ondervindt, 3) begeleiden naar professionele en andere hulp en 4) bewaken van de eigen grenzen en voor zichzelf zorgen. De EHBP-opleiding is opgebouwd uit vier sessies van telkens drie uur en wordt gegeven door vrijwilligers van Rode Kruis Vlaanderen die hiervoor specifiek werden opgeleid tijdens een tweedaagse opleiding. De inhoud van de opleiding is gebaseerd op het handboek '[Luister, Eerste hulp bij psychische problemen](#)' (Rode Kruis Vlaanderen, 2020). Dit handboek werd opgesteld door Zorgnet-Icuro in samenwerking met Rode Kruis Vlaanderen en de partnerorganisaties inzake preventie en geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen.

Bereik

Over het bereik kan er nog geen verdere data worden aangeleverd. De EHBP-opleidingen werden pas afgewerkt en bekend gemaakt in 2020. Daarenboven kunnen er momenteel geen opleidingen plaatsvinden omwille van de COVID-19 crisis.

Tevredenheid en Effectiviteit

In opdracht van Zorgnet-Icuro onderzocht het VLESP van juni 2019 tot en met februari 2020 de effectiviteit van de opleiding 'Eerste hulp bij psychische problemen' (van Landschoot, Aerts, et al., 2020). Bij een representatieve steekproef van de algemene Vlaamse bevolking van 18 jaar en ouder werd gepeild naar 1) het bewustzijn van signalen van psychische problemen, 2) de kennis van psychische aandoeningen, 3) de attitude omtrent het omgaan met psychische problemen, 4) de mate van zelfzorg en 5) de mate van handelingsverlegenheid bij psychische problemen.

Er werd gebruik gemaakt van een gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek. Deelnemers werden willekeurig toegewezen aan een interventiegroep of controlegroep. Deelnemers van de interventiegroep namen deel aan de pilootversie van de EHBP-opleiding. Deelnemers in de controlegroep konden de EHBP-opleiding volgen na de follow-up periode van 12 weken. De studie bevatte drie meetmomenten: een baselinemeting (twee weken voor de opleiding), na de interventie (na afloop van de EHBP-opleiding) en bij follow-up (3 maanden na afloop van de EHBP-opleiding).

Er werden 186 personen (68.1% van de 273 aanmeldingen) uitgenodigd om de baseline vragenlijst in te vullen. Hiervan vulden 172 de baselinemeting volledig in. Nadat twee deelnemers zich hadden uitgeschreven, werden uiteindelijk 170 deelnemers willekeurig toegewezen aan de interventiegroep of controlegroep.

Uit de analyses blijkt dat de pilootversie van de EHBP-opleiding effect heeft op alle uitkomstmaten. Personen die de opleiding hebben gevolgd hebben na afloop, in vergelijking met de controlegroep:

- Meer bewustzijn van signalen van psychische problemen;
- Meer kennis over psychische problemen;
- Positievare attitudes ten aanzien van psychische problemen;
- Meer het gevoel te weten hoe ze aan zelfzorg kunnen doen;

- Minder handelingsverlegenheid bij psychische problemen.

Uit de studie blijkt eveneens dat het effect langere tijd blijft aanhouden. De toename is niet alleen zichtbaar bij de postmeting, maar ook bij follow-up.

De EHBP-opleiding werd ook door de deelnemers geëvalueerd. Hieruit blijkt dat de ruime meerderheid van de deelnemers positief staat tegenover de pilootversie van de EHBP-opleiding, zowel qua vorm als inhoud. De opleiding kreeg gemiddeld een globaal cijfer van 87 op 100 (van Landschoot, Aerts, et al., 2020).

4.1.5 De leefomgeving gezondheidsbevorderend, zorgzaam en suïcideveilig maken via beleid in de lokale gemeenschap, school, werkplek, ... en via de media

4.1.5.1 Preventiecoaches

ORGANISATIE	Logo's
AANVANG	2009 - 2015
DOELGROEP	Onderwijs en arbeidsmarkt

Onderbouwing

Jongeren zijn een risicogroep wat betreft zelfmoordgedachten en -pogingen (Gisle et al., 2019) en onderzoek toont aan schoolbrede suïcidepreventieacties een succesvolle strategie voor suïcidepreventie zijn (Zalsman et al, 2016). De preventiecoaches waren dan ook als eerste actief binnen de **scholen**. Dit gebeurde tijdens een pilootproject dat liep van 2009 tot 2012 waarbij ingezet werd op het uitbouwen van een geestelijk gezondheidsbeleid binnen secundaire scholen. Op basis van dit pilootproject werd in 2012 en 2013 verder ingezet op de schoolsetting, voornamelijk door middel van deskundigheidsbevordering en ondersteuning van schoolondersteunende diensten, zoals de Centra voor Leerlingenbegeleiding. Op die manier wilde men door middel van een coach-the-coachprogramma het idee van preventiecoaches duurzaam verankeren in de scholen. Eind 2013 werd dit project stopgezet, voornamelijk omdat de coaches te weinig tijd hadden om de implementatie op te volgen.

In 2014 en 2015 werd de actie verplaatst naar een ander terrein: de **arbeidsmarkt**. Want hoewel zorg dragen voor het psychosociaal welzijn één van de plichten van werkgevers is, is er doorgaans weinig aandacht voor geestelijke gezondheidsbevordering en suïcidepreventie op de werkvloer. Dit terwijl het grootste deel van de suïcides plaatsvinden bij mensen tussen de 25 en 65 jaar, de economisch actieve bevolking dus.

Bereik

Tijdens het pilootproject van preventiecoaches in **scholen** namen 256 scholen deel aan de actie. Nog 11 andere scholen stonden op de wachtlijst (Preventiecoaches, 2012). In totaal volgden 188 scholen het coachingstraject. Van de vormingstrajecten voor schoolondersteuners werden negen trajecten op maat aangeboden. Hierbij werden in totaal 139 deelnemers bereikt (Preventiecoaches, 2014).

Het project met preventiecoaches op de **arbeidsmarkt** bestond uit 72 ondersteuningstrajecten binnen 28 organisaties en bedrijven (Taelemans & De Smedt, 2016). Dit aantal lag lager dan het vooropgestelde doel. Ook dit project werd bijgevolg stopgezet.

Tevredenheid

Na het pilootproject van preventiecoaches in **scholen** werd gepeild naar de tevredenheid van de deelnemende scholen (Preventiecoaches, 2012). Hierbij werd aangegeven dat de actie hen een duidelijk zicht bood op hun geestelijke gezondheidsbeleid. Wel gaven ze aan dat de nodige tijd en inspanningen vaak niet voorhanden zijn en dat er soms onvoldoende draagvlak is binnen de school, waardoor het proces bemoeilijkt wordt.

Ook na de tweede fase (2012-2013) werden de deelnemers bevraagd over de tevredenheid van het gevolgde traject (Preventiecoaches, 2014). Hieruit komt een gemiddelde score van 70% naar voor. Het merendeel geeft aan in sterke of zeer sterke mate tevreden te zijn over het vormingstraject.

Ten slotte werd ook bij het project gericht naar **bedrijven** de algemene tevredenheid gemeten (N=60). Gemiddeld kreeg de ondersteuning van de preventiecoaches een 7.9 op 10. Bovendien blijkt dat 88% van de respondenten het aantal bijeenkomsten voldoende vindt en wordt de duur van de gesprekken als voldoende beschouwd door 96% van de bevraagden (Taelemans & De Smedt, 2016).

Effect

Het pilootproject in het **onderwijs** werd geëvalueerd door middel van een pre- en posttest (Preventiecoaches, 2012). Hierbij gaf meer dan 75% van de respondenten aan een beter inzicht te hebben in het algemeen geestelijk gezondheidsbeleid van de school en op de werkpunten en prioriteiten op vlak van geestelijke gezondheid.

Ook het project bij **bedrijven** werd geëvalueerd door middel van een voor- en een nameting (Taelemans & De Smedt, 2016). Hieruit bleek dat er een significante stijging was naar een meer positieve attitude en meer vaardigheden en kennis ten aanzien van psychische problemen. De deelnemende leidinggevenden zijn zich meer bewust van de signalen van onwelzijn van de werknemers, hebben meer kennis over hoe ze die kunnen opvangen en voelen zich comfortabeler om een gesprek over psychische problemen aan te gaan. Ten slotte heeft het ook een positieve impact op het uitbouwen van het geestelijk gezondheidsbeleid.

4.1.5.2 Team Veerkracht

ORGANISATIE	Vlaams Instituut Gezond Leven, i.s.m. de Logo's
AANVANG	2019
DOELGROEP	Werknemers (in teamverband)

Onderbouwing

De Team(Veer)Kracht-methodiek richt zich op het versterken van de veerkracht van het team. [Teamveerkracht](#) komt voort uit hoe mensen samenwerken, elkaar vertrouwen, elkaars vaardigheden en sterktes appreciëren, met elkaar communiceren, optimistisch zijn over hun team, en de afstemming van de waarden van de teamleden met de waarden die ze in hun werk kunnen vinden. Deze factoren dragen actief bij aan het creëren van een goed klimaat, waardoor het team als geheel kan terugveren en zelfs groeien wanneer het wordt geconfronteerd met moeilijkheden of tegenslagen. Team(Veer)Kracht is dus een methodiek die als doel heeft teams te ondersteunen zodat ze de veerkracht in hun team kunnen behouden en verhogen, en kunnen uitgroeien tot optimaal functionerend teams.

Een externe coach doorloopt samen met het team (max 15 personen) in totaal 4 sessies.

De methodiek Team(Veer)Kracht werd ontwikkeld op basis van inzichten uit de (wetenschappelijke) literatuur. In de methodiek wordt gebruik gemaakt van een vragenlijst ('Mijn team en ik'); voor de ontwikkeling hiervan werd samen gewerkt met de Universiteit Gent (Prof. Dr. P. Vlerick). De methodiek werd onderworpen aan een pilootstudie (2018-begin 2019); naast een pre-postmeting bij werknemers van 10 verschillende teams, gebeurde er ook een tevredenheidsmeting bij werknemers en werkgevers, en een focusgroep met de trainers.

De resultaten van de pilootstudie hebben geleid tot verschillende structurele en inhoudelijke aanpassingen aan de methodiek. Gezien deelnemers in de bevraging aangaven dat het volgen van de sessies hun teams op verschillende vlakken in een positieve richting beïnvloedde en ook de coaches positief waren over de inhoud van de sessies, werd deze maximaal behouden (op enkele oefeningen na die volledig herwerkt werden). Er wordt vooral ingezet op een herschikking van de inhoud doorheen de sessies en structurele aanpassing om aan de tekortkomingen aangeduid door teamleden, teamleiders en coaches tegemoet te komen.

Bereik

De Team(Veer)Kracht-methodiek ging vanaf 2020 op grotere schaal uitgerold worden maar, omwille van de corona pandemie en bijhorende maatregelen is dit niet/ in beperkte mate gebeurd en kunnen we nog geen uitspraken doen over het bereik. Na 2020 zal de implementatie niet meer opgenomen worden door Gezond Leven.

Tevredenheid

Nog niet beschikbaar (zie bereik)

Effect

Pre-postmeting pilootstudie: op basis van de gemiddelde scores op de items van de vragenlijst “Mijn team en ik” is er sprake van een positieve vooruitgang na het volgen van de sessies (Soyez, Vanlessen, & De Roover, 2019)

4.1.5.3 Warme Steden en Gemeenten, Warme Scholen & Warme William

ORGANISATIE	<u>Warme Steden:</u> Fonds Gavoorgeeluk i.s.m. Vlaams Instituut Gezond Leven, Logo's & LUCAS KULeuven, <u>Warme Scholen:</u> Fonds Gavoorgeeluk, i.s.m. Flanders Synergy, CEGO KULeuven, TENZ, Onderwijsnetten & iDROPS
AANVANG	<u>Warme Steden & Gemeenten:</u> 2016 - 2019 (pilot) / 2020 - 2028 (disseminatie) <u>Warme Scholen:</u> 2017 - 2020 (pilot) / 2021 - 2028 (disseminatie) <u>Warme William:</u> v.a. 2016 (mascotte) / 2018-2028 (campagne)
DOELGROEP	Kinderen en jongeren

Onderbouwing

Uit onderzoek van de KU Leuven blijkt dat 34% van de adolescenten weinig tot geen psychische klachten rapporteren. Ongeveer de helft heeft milde klachten (48%), maar er zijn ook jongeren die gemiddeld aangeven matig ernstige (15.4%) tot ernstige klachten (2.2%) te ervaren (Kirtley et al., 2019).

Het stigma in Vlaanderen ligt eveneens hoog, wat een mogelijke verklaring vormt voor de hoge suïdecijfers in Vlaanderen (Reynders, Kerkhof, Molenberghs, & Van Audenhove, 2014).

Warme Steden en Gemeenten

De actie **Warme Steden en Gemeenten** zet in op het creëren van een integraal gezondheidsbeleid dat de emotionele en sociale vaardigheden, de veerkracht en het mentaal welbevinden van jongeren (0-24 jaar) kan versterken. [Warme Steden](#) zet in op universele preventie en vertrekt vanuit het gegeven dat preventie “van, door en voor iedereen” is. Dit vergt een integrale aanpak die het meest haalbaar is op het niveau van het lokaal bestuur. Er wordt ingezet op de geestelijke gezondheid in de kindertijd, aangezien dit een belangrijke basis vormt voor het welbevinden

doorheen de hele levensloop en bijgevolg bepalend is voor het bereiken van sociale en academisch doeleinden (Fonds Gavoorgeluk, 2017).

De pilootfase van Warme Steden ging door in vijf steden: Brugge, Genk, Leuven, Gent en Turnhout en liep van 2016 tot 2019. De 'methodiek van integraal beleid voor de versterking van de geestelijke gezondheid van de kinderen en jongeren van 0 tot 24 jaar' kwam co-creatief tot stand in samenwerking met alle actoren die jongeren binnen de stad omkaderen (ouders, scholen, jeugd- en welzijnsorganisaties, huisartsen, jeugdverenigingen en verenigingen met jeugdwerving, stadsdiensten en politie). Deze methodiek werd in de pilootfase uitgetest en op punt gesteld, waarbij eveneens een aanzet werd gegeven voor het uitwerken van een inspiratiebox van aanbevolen *evidence based good practices* (Fonds Gavoorgeluk, 2017)..

De pilootfase werd in 2019 afgerond met de uitgave van de verbeterde methodiek 'Vlaamse Methodiek Warme Steden & Gemeenten'. In 7 stappen wordt aangegeven hoe een lokaal bestuur de 8 pijlers voor veerkrachtbevordering kan realiseren. Deze 8 pijlers zijn:

1. Besteed aandacht aan de basisbehoeften en rechten van kinderen en jongeren;
2. Moedig een warme en ondersteunende opvoeding aan;
3. Ondersteun de persoonlijke ontwikkeling;
4. Creëer verbondenheid tussen kinderen en jongeren onderling en met hun omgeving;
5. Moedig fysieke gezondheid aan;
6. Maak kwetsbaarheid bespreekbaar in een veilige omgeving;
7. Zorg dat kinderen en jongeren gemakkelijk de weg naar hulp vinden;
8. Betrek kinderen en jongeren bij het beleid.

De methodiek werd eind 2019 in samenwerking met de Vlaamse Vereniging van Steden en Gemeenten (VVSG) verder geïmplementeerd naar 41 bijkomende steden en gemeenten en kreeg de naam 'Vlaamse Methodiek Warme Steden en Gemeenten'. In totaal gaan momenteel 46 steden en gemeenten aan de slag met deze methodiek. Deze tweede fase heeft als doelstelling dat tegen 2028 15% van alle Vlaamse steden en gemeenten actief meewerken aan geestelijke gezondheid bij jongeren door implementatie van deze methodiek.

Warme Scholen

Binnen de stad of gemeente is het onderwijs de belangrijkste setting gericht naar kinderen en jongeren. In dit verband namen 60 scholen, verdeeld over alle pilootsteden (en Zwevegem), deel

aan het pilootproject **Warme Scholen**. [Deze methodiek](#) heeft als doel dat “iedereen zich goed in zijn vel voelt”, zowel leerlingen, leerkrachten als iedereen die hen omkaderen.

Een team van leerkrachten begeleidt groepen van leerlingen over verschillende jaren heen, waaruit sterke relaties en een warme verbondenheid groeit. Uit het team van leerkrachten mag elke leerling een persoonlijke mentor kiezen. Als er nood is aan specifieke ondersteuning op het vlak van gezondheid, vrije tijd, opvoeding, opvang, zorg, welzijn,...dan wordt die voor en binnen de school heel toegankelijk gemaakt. Zo kunnen ook de lokale besturen bijdragen tot de ‘brede school’ en mee zorgen dat de grenzen tussen de school en de ruimere lokale gemeenschap vager worden.

Eind 2020 wordt de pilootfase geëvalueerd en worden de succesfactoren en valkuilen in kaart gebracht, dewelke input geven voor de disseminatiefase Warmescholen.net. Deze fase wordt voorbereid in het voorjaar van 2021 en gaat van start vanaf 1 september 2021. Deze methodiek heeft als doelstelling dat tegen 2028 15% van alle scholen in Vlaanderen actief werken aan de implementatie van Warme Scholen.

Warme William

Tussen 2016 en 2017 vormde **Warme William** de mascotte van de pilootprojecten Warme Steden en Warme Scholen. In 2018 werd de figuur ingezet om kwetsbaarheid bespreekbaar te maken in een veilige omgeving. Aan deze campagne werd een [website](#) gekoppeld. Er werd een [app](#) ontworpen en bekende Vlamingen delen hun kwetsbaarheid via [podcasts](#) en [videogesprekken](#). Ook wordt er sterk ingezet op sociale media en zijn er samenwerkingsverbanden met mediaspelers die zich op dezelfde doelgroep richten (MNM Radio, Ketnet). Er werd reeds een lessenspakket opgesteld voor het secundair onderwijs en een pakket voor de basisscholen wordt momenteel ontwikkeld.

In 2020 werden door deze campagne gemiddeld 2.900.000 unieke personen bereikt per kwartaal. Warme William content gaf een gemiddeld aantal weergaven van 12.600.000 per kwartaal.

Monitoring gebeurt nu door de bevraging van instromende studenten aan de KU Leuven als onderdeel van het MindMates-project. Fonds GavorGeluk beoogt deze monitoring uit te breiden naar alle hogescholen en universiteiten in Vlaanderen in partnerschap en cofinanciering met het kabinet Onderwijs.

Het Fonds GavorGeluk wil kunnen aantonen dat het concept Warme Steden en Gemeenten, Warme Scholen en Warme William synergetisch werken en samen een belangrijke strategie kunnen zijn voor universele preventie geestelijke gezondheid en veerkrachtbevordering bij

jongeren in Vlaanderen. Daartoe wil zij co-sponsor zijn van een lange termijn en vergelijkende monitoring van de geestelijke gezondheid en veerkracht van de uit het secundair onderwijs stromende jongeren in samenwerking met de Vlaamse regering.

Meer informatie over deze actie is op te vragen bij Fonds Gavoorgeluk.

4.1.5.4 Mediarichtlijnen

ORGANISATIE	VLESP (Vroeger: Werkgroep Verder als partnerorganisatie)
AANVANG	2003
DOELGROEP	Mediamakers

Onderbouwing

Berichtgeving over zelfdoding in de media kan mensen met zelfmoordgedachten vooruit helpen, maar ook kopieergedrag uitlokken (Niederkröten et al., 2020). Daarom wordt in Vlaanderen (alsook internationaal) al jaren ingezet op het ontwikkelen en implementeren van mediarichtlijnen voor het berichtgeven over zelfdoding.

Een eerste aanzet werd gegeven door Werkgroep Verder, die in 2003 een mediabeleid ontwikkelde rond de afstemming en coördinatie van interviews over zelfdoding in de media. In 2004 werd op basis hiervan een brochure ontwikkeld met aanbevelingen voor journalisten. Nadat uit een evaluatie bleek dat de berichtgeving niet significant verbeterd was, werd in een 2006 een nieuwe brochure opgesteld die gebaseerd werd op internationaal onderzoek. In 2012-2013 werden deze aanbevelingen opnieuw geëvalueerd en geactualiseerd in overleg met de mediasector, nabestaanden en partners binnen suïcidepreventie (Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie, 2016). Sinds 2019 maakt Werkgroep Verder deel uit van VLESP.

Om goede praktijken in de kijker te zetten, reikt Werkgroep Verder (en vanaf 2019 VLESP) ieder jaar een [Media Award](#) of mediaonderscheiding uit aan een journalist of mediafiguur die op een positieve, preventieve manier zelfdoding aan bod liet komen.

In 2020 evalueerde VLESP de mediarichtlijnen en legde ze de belangrijkste pijnpunten bloot in de huidige berichtgeving over zelfdoding. Daaruit bleek dat de richtlijnen soms te veel voor interpretatie vatbaar waren en niet voldoende gedragen waren door belangrijke stakeholders als de Vlaamse Vereniging voor Journalisten (VVJ) en de Raad voor de Journalistiek (RvdJ). Inhoudelijk merkte VLESP een nood op aan onderbouwing van en educatie over het imitatie-effect en een nood aan een duidelijkere aanbeveling over het (zo min mogelijk) rapporteren van methodes. Tot slot bleek er ook een nood te zijn aan tips over sociale mediaposts over zelfdoding, gericht op individuele sociale mediagebruikers en influencers.

Om hieraan tegemoet te komen maakte VLESP werk van hernieuwde mediarichtlijnen, in overleg en afstemming met de VVJ en RvdJ, evenals met de kabinetten van Welzijn en Media. Daartoe werd eind 2020:

- de webcontent op zelfmoord1813.be/media vernieuwd;
- een brochure ontwikkeld voor journalisten (digitaal + gedrukt) met wetenschappelijke achtergrond en praktische richtlijnen;
- een animatievideo ontwikkeld over het imitatie-effect;
- een tweede animatievideo ontwikkeld die de belangrijkste zes richtlijnen samenvat;
- een online flyer ontwikkeld met tips voor sociale mediagebruikers en influencers.

Bekendmaking en implementatie van deze materialen staat gepland voor het voorjaar van 2021.

Bereik

Om de mediarichtlijnen bekend te maken bij journalisten (in opleiding) geeft VLESP (tot 2019 Werkgroep Verder) vormingen en gastcolleges (zie Tabel 21 voor overzicht).

Tabel 21: Aantal vormingen en deelnemers inzake de mediarichtlijnen, 2012-2020

	VORMINGEN	JOURNALISTEN/STUDENTEN
2012	1	20
2013	6	150
2014	4	294
2015	5	220
2016	6	243
2017	14	398
2018	20	405
2019	7	Ca. 500
2020 (AUG)	3	Ca. 240

Bron: VLESP

Onderstaande Tabel 22 geeft weer hoeveel bezoekers de pagina op Zelfmoord1813.be jaarlijks bereikt. Tussen 2016 en 2018 werden jaarlijks 5000 brochures verspreid via de Raad van Journalistiek en de Vlaamse Vereniging van Journalisten. De webwinkel van Werkgroep Verder verspreide 23 exemplaren in 2016, 16 in 2017 en 24 in 2018. Hieronder kan je het aantal gedownload brochures terugvinden.

Tabel 22: Bezoekers webpagina en aantal downloads brochure mediarijhtlijnen, 2014-2020

	BEZOEKERS PAGINA MEDIARICHTLIJNEN	AANTAL DOWNLOADS BROCHURES
2014	606	-
2015	2.250	-
2016	1.506	-
2017	2.478	370
2018	1.518	236
2019	1.424	196
2020 (AUG)	696	83

Bron: VLESP

Effect

Uit een inhoudsanalyse van krantenberichtgeving in 2006 bleek dat er na het invoeren van mediarijhtlijnen significant meer aandacht werd besteed aan preventiemogelijkheden en dat berichten minder sensationeel waren (Coppens, Scheerder, & Van Audenhove, 2011). De suïcidemethode werd echter even vaak vermeld als voor de invoering van de richtlijnen en suïcide werd even vaak geheroïseerd en niet in verband gebracht met de psychische problematiek die er vaak mee samenhangt. Ook uit de masterproef van Quintyn & van Bokhoven (2018) kwam naar voor dat er nog steeds onvoldoende rekening werd gehouden met de mediarijhtlijnen, al is er sprake van een zekere positieve evolutie tussen 2012 en 2016 (Quintyn, van Bokhoven, Vancayseele, & Portzky, 2018).

4.1.5.5 Theateradviezen voor scholen

ORGANISATIE	VLESP i.s.m. CGG-SP, CPZ, Werkgroep Verder, Vlaams Instituut Gezond Leven en de Logo's
AANVANG	2015
DOELGROEP	Scholen

Onderbouwing

Aangezien de actoren binnen suïcidepreventie veel vragen kregen van scholen over theatervoorstellingen over zelfdoding, werden in 2015 [theateradviezen voor scholen](#) opgesteld. Deze adviezen richten zich naar scholen die interesse hebben in het boeken van een toneelstuk omtrent geestelijke gezondheidsproblemen en suïcide en bevatten aandachtspunten en tools om de mogelijks negatieve impact hiervan zoveel mogelijk te beperken. De adviezen zijn gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek en soortgelijke initiatieven in het buitenland.

Bereik

De theateradviezen werden bij de lancering verspreid via Zelfmoord1813 en de sociale media van de ontwikkelaars. Daarnaast werden ze ook opgenomen in de nieuwsbrieven van het Departement Onderwijs en het Departement Cultuur en kunnen leerkrachten de adviezen raadplegen via het leermiddelenportaal KlasCement. Daarnaast worden de folders ook verspreid door de CGG-SP wanneer zij vormingen en infomomenten organiseren op scholen.

Sinds de lancering werden de adviezen reeds 388 keer gedownload op Zelfmoord1813 (t.e.m. augustus 2020). Via KlasCement werden de theateradviezen door 3.352 bezoekers geraadpleegd en door 79 gebruikt.

De adviezen werden niet geëvalueerd naar tevredenheid of effect.

4.1.5.6 Fictierichtlijnen

ORGANISATIE	Werkgroep Verder, ism VLESP en CGG-SP
AANVANG	2017
DOELGROEP	Fictiemakers

Onderbouwing

Ook in fictie, zoals televisieseries, films, boeken of theatervoorstellingen, kan onvoorzichtig omgaan met het thema zelfdoding leiden tot kopieergedrag of de drempel tot zelfdoding verlagen. Daarom stelden Werkgroep Verder, CGG-SP en VLESP in 2017 [richtlijnen](#) op over hoe het thema zelfdoding best aan bod kan komen in fictie en wat fictiemakers best vermijden. Deze adviezen zijn gebaseerd op wetenschappelijke studies naar de relatie tussen fictie en suïcidaal gedrag en de visie hierover van fictiemakers en relevante stakeholders. Door middel van een online bevraging en overleg met enkele organisaties uit het werkveld werden de belangrijkste aandachtspunten en noden in kaart gebracht op basis waarvan de adviezen ontwikkeld werden. Meer over het ontwikkelingsproces en de resultaten van het voorbereidend onderzoek is te vinden in het [onderzoeksrapport](#).

Bereik

De adviezen voor fictiemakers werden gelanceerd op de Dag van de Nabestaanden in 2017. Cijfers inzake het bereik kan je hieronder terugvinden (Tabel 23). Werkgroep Verder (en sinds 2019 VLESP) staat frequent in contact met fictiemakers om hen op maat te adviseren over hoe ze het thema op een veilige manier in fictie kunnen brengen. Steeds meer vinden fictiemakers de weg naar VLESP, zo voerde VLESP in 2019 16 adviesgesprekken of -trajecten met fictiemakers.

Tabel 23: Aantal bezoekers webpagina en aantal downloads fictierichtlijnen, 2017-2020

	AANTAL DOWNLOADS	BEZOEKERS	PAGINA
		/MEDIA/ADVIEZENVOORFICTIE	
		MAKERS	
2017	26	165	
2018	55	445	
2019	39	409	
2020 (AUG)	22	232	

Bron: VLESP

De adviezen werden niet geëvalueerd naar tevredenheid of effect.

4.1.6 Conclusie strategie 1

Aan de hand van vijf substrategieën en verschillende acties zet de eerste strategie zich in op het bevorderen van geestelijke gezondheid bij de algemene bevolking. De **eerste deelstrategie**, de individuele veerkracht en het vermogen tot zelfhulp versterken, wordt ingevuld door verschillende methodieken die zich richten op universele preventie bij diverse doelgroepen (vb. de algemene bevolking, kansarme, jongeren en ouderen). Fit in je hoofd vormde t.e.m. het najaar van 2020 de belangrijkste basis binnen de eerste strategie. Uit evaluatieonderzoek blijkt dat de website vooral mensen bereikte met een (sterk) verminderde veerkracht. In 2020 werd het platform Checkjezelf en de geluksdriehoek geïntroduceerd, dit ter vervanging van de Fit in je Hoofd-methodiek.

Een **tweede deelstrategie**, ondersteuningsvaardigheden bij ouders verhogen, heeft geleid tot een inventaris, onderzoek en een website gericht op ouders van een kind dat aan zelfmoord denkt. Deze website werd positief geëvalueerd en blijft sinds de lancering ook regelmatig bezocht worden.

De **derde deelstrategie** zet in op het bevorderen van sociale aansluiting, waarbij een specifieke focus werd gelegd op de sociale aansluiting van ouderen. Een inventaris van bestaande methodieken in Vlaanderen en *good practices* in het buitenland toonde aan dat er heel wat initiatieven bestaan in Vlaanderen, maar dat die zelden gebaseerd zijn op wetenschappelijk onderzoek of op een wetenschappelijke manier geëvalueerd worden. Uiteindelijk werd er afgeweken van de focus op sociale aansluiting en ingezet op het bevorderen van de kennis en vaardigheden van hulpverleners over suïcidepreventie bij ouderen aangezien hiervoor meer evidentie wordt gevonden uit de literatuur. Er werd een specifieke richtlijn voor de Detectie en Behandeling van Suïcidaal gedrag bij ouderen ontwikkeld.

De **vierde deelstrategie** richt zich op hulp zoeken aanmoedigen en stigma doorbreken. Hier werden verschillende acties opgezet die een vrij groot bereik hebben en - wanneer dat geëvalueerd - positief geëvalueerd werden. Hoewel dergelijke acties op basis van hun succes dus zeker voor herhaling vatbaar zijn, dienen ze wel nog meer onderzocht te worden op hun effectiviteit.

De **vijfde deelstrategie** ten slotte zet in op het gezondheidsbevorderend, zorgzaam en suïcideveilig maken van de leefomgeving via beleid in diverse settingen (vb. de lokale gemeenschap, school, werkplek, ...). Gedurende de looptijd van het VAS II werd er sterk ingezet op preventie in diverse omgevingen door middel van verschillende acties. Wel dient onderzocht te worden of er nood is aan een nieuw project gericht op scholen en of de integratie van de

preventiecoaches op de arbeidsmarkt in een breder gezondheidsproject de focus op suïcidepreventie en mentaal welbevinden niet te sterk verloren heeft.

Daarnaast werd er in de vijfde deelstrategie ingezet op het suïcideveilig maken van de omgeving via de media. De mediarijchtlijnen worden in 2020 vernieuwd. Bij de implementatie van de nieuwe adviezen dient er meer aandacht uit te gaan naar de opvolging van de richtlijn. In dit verband dient ook de toepassing van de fictierichtlijnen verder opgevolgd te worden. Uit ervaringen met de praktijk blijkt echter dat de partnerorganisatie of de organisaties met terreinwerking te laat worden gecontacteerd, waardoor inhoudelijke wijzigingen moeilijk te bewerkstelligen zijn. Hierdoor zijn er theaterstukken die inhoudelijk volledig indruisen tegen de richtlijnen (bijv. door het tonen van suïcidemethodes), wat mogelijks drempelverlagend kan werken bij kwetsbare personen.

Een derde aandachtspunt in de laatste deelstrategie, is het beperken van middelen als preventiestrategie. Daar wordt nu vaak slechts zijdelings op ingezet. De inventaris die hierover opgemaakt werd zou als leidraad gebruikt kunnen worden voor nieuwe specifieke acties die zich hier op richten.

Samenvattend kan gesteld worden dat er reeds verschillende initiatieven genomen worden om de geestelijke gezondheid te bevorderen bij het brede publiek. Het blijft het belangrijk om aandacht te hebben voor de effectiviteit, tevredenheid en het bereik van al deze acties, aangezien evaluatie en bereik niet altijd onderzocht werden. Blijvend inzetten op evaluatie en implementatie lijken dus aangewezen. Daarnaast is er zeker nog ruimte voor nieuwe, duurzame initiatieven en acties gericht op stigmadoorbreking en het aanmoedigen van het zoeken naar hulp bij psychische problemen.

4.2 Strategie 2: Suïcidepreventie door laagdrempelige telefonische en online hulp

De tweede strategie zet in op het bieden van laagdrempelige hulp van op afstand. Dit omvat verschillende acties. Het Centrum ter Preventie van Zelfdoding staat sinds 1979 in voor de uitwerking van de Zelfmoordlijn 1813. Daarnaast komen er binnen deze strategie ook activiteiten aan bod in het kader van suïcidepreventie op het internet en via sociale media, net zoals verschillende online methodieken. Al deze zaken worden aangeboden via de centrale portaalsite Zelfmoord1813.be waar iedereen in Vlaanderen die vragen heeft omtrent suïcidepreventie terecht kan. Volgende acties worden besproken:

- Portaalsite Zelfmoord1813.be
- Zelfmoordlijn 1813
- Preventie op het internet en via sociale media
- Online forum voor suïcidale personen
- Serious game Silver
- De apps BackUp en On Track Again (zie hoofdstuk 4.4.1)
- De online zelfhulptool Think life
- Het safety plan

4.2.1 Portalsite Zelfmoord1813

ORGANISATIE	VLESP
AANVANG	2014
DOELGROEP	Iedereen

Uit de Gezondheidsconferentie Suïcidepreventie bleek een grote nood aan het installeren van één toegangspoort voor de preventie van zelfdoding (Vandeurzen, 2012). Eén van de eerste nieuwe acties die opgezet werden, was dan ook de ontwikkeling van de portalsite Zelfmoord1813, die gelanceerd werd in 2014. Op deze site wordt informatie en hulp voor alle doelgroepen verzameld. De inhoud van de website wordt verzameld door VLESP in samenwerking met de organisaties voor terreinwerking. De coördinatie gebeurt door VLESP, die erover waakt dat de informatie up to date blijft en die instaat voor het technische beheer van de site.

Zelfmoord1813 richt zich op iedereen die op zoek is naar informatie of hulp rond de preventie van zelfdoding. De website richt zich zowel op mensen die aan zelfdoding denken en hun omgeving, als op het brede publiek en de media, als op de hulpverleners en organisaties die een rol willen spelen in de preventie van zelfdoding.

De website is als volgt opgebouwd: Op de homepagina staat het zoeken van hulp centraal. Bovenaan vind je **vier buttons**. De eerste drie buttons verwijzen naar de Zelfmoordlijn, zowel naar de crisishulp via telefoon, chat als e-mail. Meer informatie hierover vind je onder hoofdstuk 4.2.2. De vierde button kreeg de naam '[zelfhulp](#)' en lijst verschillende tools en pagina's op waar je terecht kan als je zelf hulp zoekt. Naast een informatief luik ('[Omgaan met Zelfmoordgedachten](#)'), wordt er bij 'zelfhulp' doorverwezen naar het forum van de Zelfmoordlijn (hoofdstuk 4.2.4), Think Life (hoofdstuk 4.2.7), het Safety Plan (hoofdstuk 4.2.8) en uiteindelijk naar de twee apps BackUp (hoofdstuk 4.2.6) en On track again (hoofdstuk 4.4.1.2).

Onder 'Hulp zoeken' kunnen er op de homepagina drie luiken worden teruggevonden, nl.: '[Ik heb hulp nodig](#)', '[Ik ben bezorgd om iemand](#)' en '[Verder als nabestaande](#)'.

Naast een doorverwijzing naar de hulpmogelijkheden binnen Zelfmoord1813 en een oplistijng van de te contacteren hulporganisaties in acute noodsituaties ('[Nu praten](#)'), word je onder het luik '**Ik heb hulp nodig**' aangemoedigd om te [praten met je omgeving](#) of [professionele hulp te zoeken](#). Tot slot wordt er ook meer informatie gegeven voor [mensen na een suïcidepoging](#) (hoofdstuk 4.4.1) en [LGBT+](#) (hoofdstuk 4.4.7).

Het tweede luik is gericht naar **mensen die bezorgd zijn om iemand**. Naast een doorverwijzing naar hulpmogelijkheden, kan je er terecht voor enkele [tips](#). Aangezien het hebben van iemand die aan zelfmoord denkt of een poging heeft ondernomen een impact heeft op de naaste, wordt er onder de pagina '[zelfzorg voor naasten](#)' aandacht besteed aan hoe je als naaste beter voor jezelf kan zorgen. Tot slot wordt er doorverwezen naar de tool '[Help! Mijn kind denkt aan zelfmoord](#)' (hoofdstuk 4.1.2) en kan je [verontrustende inhoud op het internet](#) melden (hoofdstuk 4.2.3).

Het derde luik, '**Verder als nabestaande**', richt zich naar mensen die iemand verloren hebben door suïcide. Een eerste onderdeel geeft aan [waar nabestaanden terecht kunnen voor hulp](#). Ten tweede wordt er [ingegaan](#) op het rouwproces (waarbij ook kinderen en jongeren worden uitgelicht), praktische informatie en de publicaties, vormingen en literatuur. Tot slot is er een luik omtrent [lotgenotencontact](#), waarbij de activiteiten van Werkgroep Verder centraal staan (hoofdstuk 4.4.4)

Tot slot is er op de homepage nog het onderdeel 'actueel', waaronder de [blogberichten](#) die inspelen op de actualiteit kunnen teruggevonden worden.

Naast het zoeken naar hulp gericht naar de verschillende doelgroepen, richt de website zich ook tot professionals binnen de zorg en de media. Advies en praktische richtlijnen die je als **hulpverlener** of arts kunnen helpen kunnen [hier](#) teruggevonden worden. Hieronder worden de verschillende richtlijnen, waarover meer informatie terug gevonden kan worden onder hoofdstuk 4.5 begrepen, naast meer informatie over [signaalherkenning](#) en de [behandeling van suïcidaleïteit](#). Ook wordt er meer informatie gegeven over de [opvang na een suïcidepoging](#) en kan je er terecht voor aanbevelingen om een houvast te bieden om goed te handelen [na een zelfdoding](#). Voor hulpverleners is er ook meer informatie te vinden over suïcidepreventie in de [CGG-voorzieningen](#) en in de [huisartsenpraktijk](#). Tot slot zijn er ook verschillende mogelijkheden tot ondersteuning: [ASPHA](#) (hoofdstuk 4.3.3), [CGG-SP](#) (hoofdstuk 4.3.1.B), een overzicht van de [online tools](#) die beschikbaar zijn en tot slot wordt er ingegaan op de [hulpverleners als risicogroep](#).

Daarnaast is er een luik gericht naar [mediaprofessionals](#). Hieronder worden de [media-](#) en [fictierichtlijnen](#) gevonden (hoofdstuk 4.1.5.4), net zoals de perscontacten. Ook het melden van [ongepaste mediaberichtgeving](#) maakt deel uit van dit luik. Dit richt zich naast journalisten ook tot de algemene bevolking. Iedereen kan m.a.w. een melding maken.

Je kan op de website ook kiezen om [je steentje bij te dragen](#) aan de ontwikkeling van suïcidepreventie in Vlaanderen. Tot slot kan je er terecht voor [feiten en cijfers](#) en vind je er verschillende [publicaties](#) terug.

In 2021 zal een grondige update van Zelfmoord1813 gebeuren, en dit op basis van de resultaten van het gebruikersonderzoek (2020) en de input van de verschillende organisaties die hun activiteiten aanbieden via Zelfmoord1813.

Bereik

Sinds de lancering van Zelfmoord1813 op 13 november 2013 werd de website bijna 5 miljoen keer bezocht door meer dan één miljoen unieke personen. Hieronder vind je een verdeling per jaar, waaruit blijkt dat het aantal bezoeken aan de website jaar na jaar blijft toenemen.

Tabel 24: Bereik Zelfmoord1813, 2013 – 2020

	AANTAL BEZOEKEN WEBSITE	AANTAL PAGINA'S BEZOCHT
2013 (VANAF 13/11)	6.754	17.133
2014	66.543	196.070
2015	126.679	453.127
2016	119.271	455.707
2017	170.764	758.780
2018	194.740	1.020.017
2019	224.738	1.157.556
2020	264.400	1.055.873

Bron: VLESP

Hieronder kan het bereik van enkele pagina's teruggevonden worden waarnaar verwezen wordt op de homepagina. Informatie uit 2013 werd niet opgenomen aangezien vele pagina's toen een andere naam hadden. Tabel 25 neemt enkel de cijfers mee van de pagina's waarop er doorverwezen worden op de homepagina. Het is mogelijk dat de pagina's geconsulteerd werden zonder de verzamelnaam te bezoeken. Een voorbeeld hiervan is dat bijv. feiten en cijfers werd geconsulteerd zonder de verzamelpagina te bezoeken, dit door onmiddellijk te surfen naar feiten-en-cijfers/oorzaken-en-suïcidaal-proces.

Er zijn enkele interessante bevindingen op basis van Tabel 25:

- Tot en met 2016 zijn de pagina's 'Ik heb hulp nodig' en 'Ik ben bezorgd om iemand' de meest bezochte pagina's op de website. Sinds 2017 zijn dit pagina's die gerelateerd zijn aan de chatdienst.
- Hetgeen nog opvallend is, is dat de pagina die een overzicht biedt van de methodieken materialen voor nabestaanden in 2017 verdwenen is uit de top 10 van meest bezochte pagina's op Zelfmoord1813. Aan de hand van de nodenbevraging bij nabestaanden en hulpverleners van nabestaanden wordt gekeken hoe nabestaanden beter bereikt kunnen worden.
- Tot slot worden pagina's voor hulpverleners minder frequent bezocht dan de pagina's voor personen die hulp zoeken of bezorgd zijn om iemand.

Tabel 25: Bereik pagina's op de homepage, 2014 – 2020

PAGINA- BEZOEKEN	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Chat met de zelfmoordlijn	/	/	/	49.994	118.002	141.393	93.458
Mail met de zelfmoordlijn	/	181	132	129	119	109	2.208
Zelfhulp	/	/	13.301	21.083	18.940	18.905	117.771
Ik heb hulp nodig	8.455	26.558	20.377	22.679	21.874	23.232	23.008
Ik ben bezorgd om iemand	4.187	13.039	11.700	18.619	20.504	22.483	21.556
Nabestaanden	3.009	7.647	6.460	7.147	6.735	6.815	6.198
Feiten en cijfers	2.063	5.419	5.944	7.619	7.990	10.529	9.118
Steun ons	1.006	1.765	1.111	1.361	1.742	2.382	2.616
Publicaties	1.080	2.641	2.103	3.246	3.750	3.612	2.904
Suïcidepreven- tiebeleid	1.038	2.584	2.288	3.023	3.134	3.352	3.328
Hulpverlening	1.410	4.3339	4.129	5.459	6.056	7.552	7.318

Vormingen	1.767	4.653	5.636	7.799	9.483	11.032	12.027
------------------	-------	-------	-------	-------	-------	--------	--------

Bron: VLESP

Uit het gebruikersonderzoek in 2015 blijkt dat de 1392 bevraagde bezoekers Zelfmoord1813 vooral bezochten omdat ze hulp zochten voor zichzelf (48,1%), zochten hoe ze iemand anders kunnen helpen (23,9%) en informatie zochten over suïcide(preventie) (41,5%). De website werd meer bezocht door vrouwen (66%) dan mannen (33%).

Uit het gebruikersonderzoek in 2020 blijkt dat de 438 bevraagde bezoekers Zelfmoord1813 vooral bezochten omdat ze hulp zochten voor zichzelf (55,3%), zochten hoe ze iemand anders kunnen helpen (22,4%), informatie zochten over suïcide(preventie) (34,6%) en/of informatie zochten over vrijwilliger worden bij de Zelfmoordlijn 1813 (14,6%). De website werd meer bezocht door vrouwen (71,6%) dan mannen (27,0%).

Uit een bekendheidsonderzoek in 2016-2017 (De Muynck, 2017) blijkt dat de meerderheid van de respondenten (waarvan 265 uit de algemene bevolking en 563 hulpververleners) ooit al van Zelfmoord1813 gehoord heeft. Deze respondenten denken dat Zelfmoord1813 er vooral is voor mensen met zelfmoordgedachten, de andere doelgroepen (bv. mensen die bezorgd zijn om iemand, nabestaanden en hulpverleners) worden minder genoemd. Wat inhoud betreft zijn vooral de doorverwijzing naar professionele hulp als de toegang tot de Zelfmoordlijn bekend.

Tevredenheid

Het gebruikersonderzoek in 2015 toont aan dat 90% aangaf tevreden te zijn met de inhoud van de website, 69% van de respondenten gaven aan te vinden wat ze zochten op de website. Daarnaast gaf 88% aan dat ze makkelijk hun weg konden vinden op de website. 89% van de gebruikers zou de website aanraden aan anderen.

Uit het gebruikersonderzoek van 2020 blijkt 85,7% tevreden te zijn met de inhoud van de website, 73,3% van de respondenten gaven aan te vinden wat ze zochten. 89,6% gaf aan dat ze makkelijk hun weg konden vinden op de website. 87,3% van de gebruikers zou de website aanraden aan anderen.

4.2.2 Zelfmoordlijn 1813

ORGANISATIE	CPZ
AANVANG	1979
DOELGROEP	Mensen die aan zelfdoding denken en hun omgeving

Onderbouwing

Internationaal onderzoek naar het effect van hulplijnen toont aan dat een gesprek met een hulplijn kan zorgen voor een significante daling van de noodtoestand waarin de persoon zich bevindt en dat het de ervaren hopeloosheid kan doen afnemen. Daarnaast zien we een significante reductie in de intentie om te sterven en de psychologische pijn na het gesprek (Hoffberg, Stearns-Yoder, & Brenner, 2020; Kalafat, Gould, Munfakh, & Kleinman, 2007; Mishara et al., 2007).

De Zelfmoordlijn is bereikbaar via chat, telefoon en e-mail. De beantwoorders van de Zelfmoordlijn worden opgeleid en ondersteund door het Centrum ter Preventie van Zelfdoding. Het CPZ staat in voor de bekendmaking van de Zelfmoordlijn, de rekrutering, opleiding en opvolging van de vrijwilligers, de kwaliteitsbewaking en evaluatie en de praktische organisatie van de Zelfmoordlijn. De Zelfmoordlijn is gratis bereikbaar, 24/7 via telefoon en elke avond via chat; mails worden binnen de 5 werkdagen beantwoord. Wanneer de telefoondienst van de Zelfmoordlijn bezet is, kan de oproeper ervoor kiezen om doorgeschakeld te worden naar Tele-Onthaal.

De Zelfmoordlijn vertrekt vanuit een client-centered benadering. De inhoud en het thema van het gesprek worden bepaald door de oproeper, al staat het bespreken van de aanwezige zelfmoordgedachten (bij de oproeper of een derde) centraal. De rol van de beantwoorder bestaat uit actief luisteren en het inschatten en overbruggen van het acute suïciderisico. Daarbij worden, naar analogie met het onderzoek van Joiner en collega's (2007), vier elementen bevraagd, namelijk het suïcidale verlangen, de suïcidale bekwaamheid, de suïcidale intentie en de aanwezige beschermende factoren (Joiner et al., 2007).

De Zelfmoordlijn wordt voornamelijk door studenten beantwoord. Sinds 2018 worden studenten via een keuzevak opgeleid om de Zelfmoordlijn te beantwoorden. Door de opleiding en de hieraan gekoppelde praktijkervaring die ze aangeboden krijgen van het CPZ, verkrijgen de studenten kennis en vaardigheden om een gesprek te voeren met suïcidale personen. Bovendien zorgt de

inzet van studenten voor een grotere capaciteit aan de Zelfmoordlijn, waardoor met meer mensen een gesprek kan worden aangegaan. Bovendien kozen een aantal studenten om ook na hun keuzevak vrijwilliger bij de Zelfmoordlijn te worden. Tot slot werkt het CPZ sinds 2018 intensief met stagiairs. Ook zij volgen een intern opleidingstraject en besteden een substantieel deel van hun stagetijd aan het beantwoorden van de Zelfmoordlijn.

Bereik

Tijdens de looptijd van het tweede Vlaams Actieplan Suïcidepreventie is de Zelfmoordlijn sterk gegroeid, zowel wat betreft het aantal beantwoorde oproepen (zie Tabel 26) als wat betreft het aantal vrijwilligers (zie Tabel 27).

Tabel 26: Overzicht aantal oproepen, opgesplitst naar medium

	TELEFOON (BEANTWOORD DOOR TO*)	CHAT (BEANTWOORD DOOR TO*)	MAIL	TOTAAL (BEANTWOORD DOOR TO*)
2012	10.219	1.176		11.395
2013	9.269 (358)	1.184 (88)	504	10.857 (446)
2014	9.042 (3.001)	1.193 (663)	637	10.872 (3.664)
2015	11.128 (3.381)	1.472 (746)	1.556	14.156 (4.127)
2016	11.478 (5.698)	1.554	1.527	14.559
2017	11.558 (8.575)	1.898	1.617	15.073
2018	10.564 (9.680)	2.123	1.600	14.287
2019	14.308 (11.291)	2.277	1.857	18.452
2020 (T.E.M. OKT)	16.448 (7.968)	2.079	1.379	19.906

** Sinds 2013 werkt het Centrum ter Preventie van Zelfdoding nauw samen met Tele-Onthaal. In de periode 2013-2015 beantwoorde een deel van de vrijwilligers van Tele-Onthaal mee de Zelfmoordlijn. Vanaf 2016 werd de samenwerking aangepast: wanneer alle Zelfmoordlijn-beantwoorders in gesprek zijn krijgen oproepers de mogelijkheid om zich meteen naar Tele-Onthaal te laten doorschakelen. Deze vorm van samenwerking zorgt ervoor dat de inzet van de CPZ-vrijwilligers en die van de TO-vrijwilligers geoptimaliseerd wordt.*

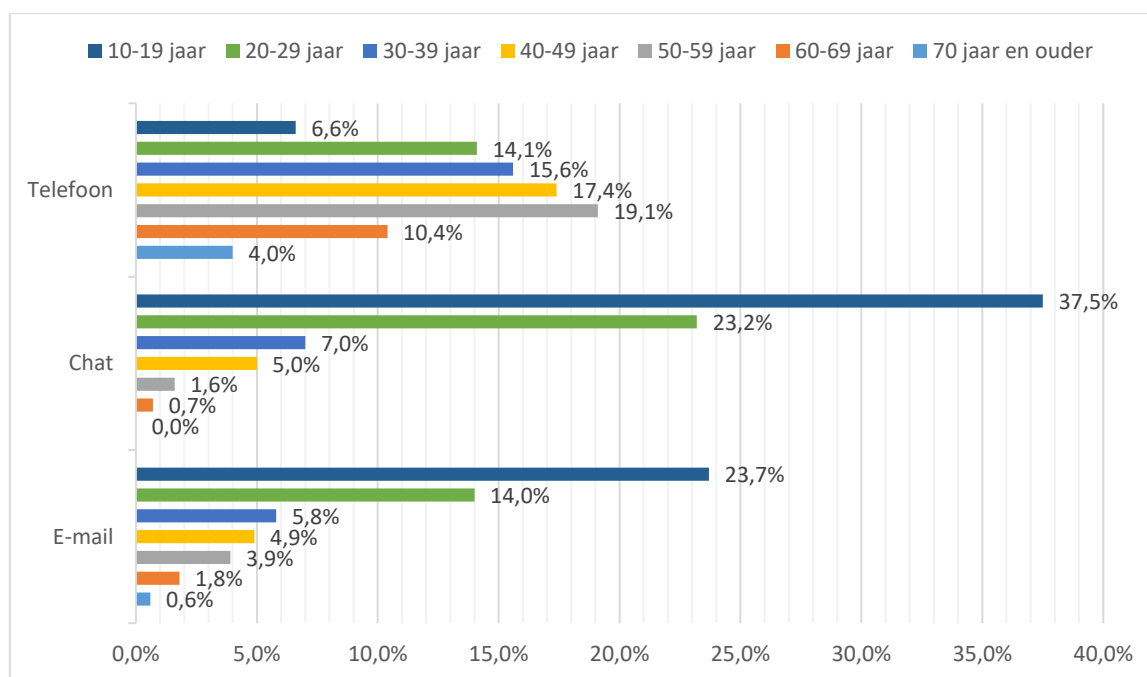
Bron: CPZ

Tabel 27: Aantal vrijwilligers Zelfmoordlijn

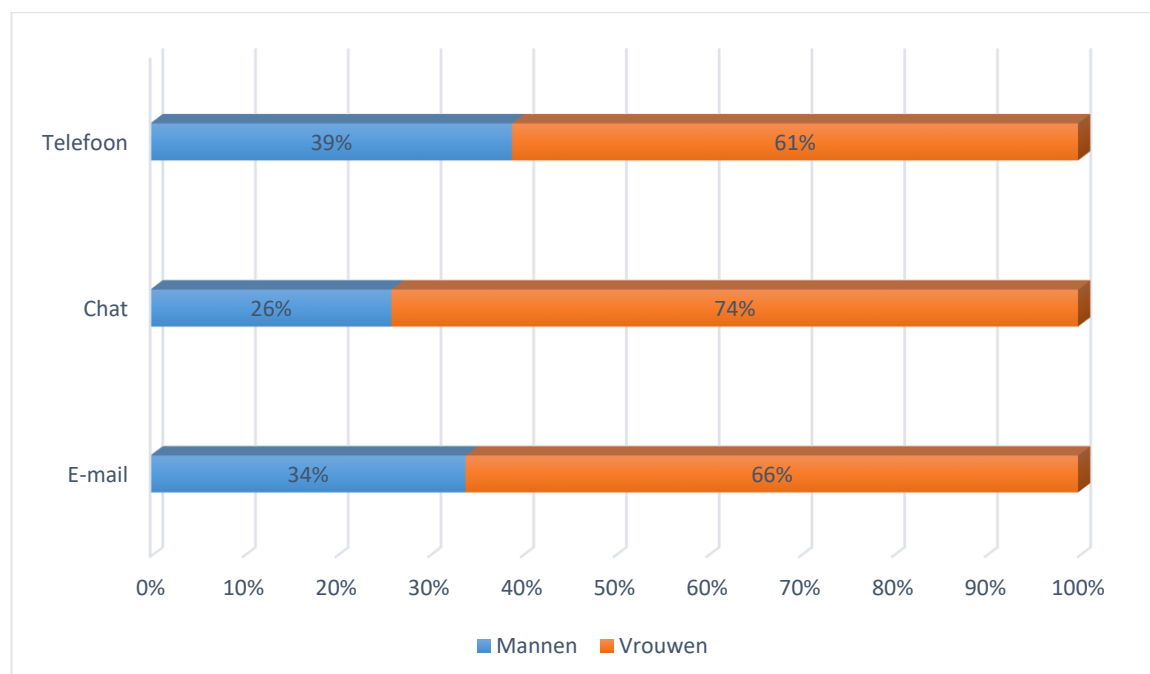
	AANTAL VRIJWILLIGERS	STUDENTEN + STAGIAIRS
2012	63	/
2013	69	/
2014	84	/
2015	77	/
2016	134	/
2017	134	/
2018	137	/
2019	166	35
2020 (T.E.M. AUG)	209 (1 januari 2020)	40

Bron: CPZ

De cijfers over het bereik naar leeftijd en geslacht van 2019 tonen aan dat via alle kanalen meer vrouwen dan mannen bereikt worden en dat via de online kanalen meer jongeren bereikt worden (zie Figuur 28). Van de oproepers aan de telefoon belt 83% voor zichzelf, 17% belt uit ongerustheid voor een ander. Gemiddeld duurt een telefoongesprek 25 minuten. Bij de chatoproepen neemt 93% contact op voor zichzelf en 7% is ongerust over een ander. Een chatgesprek duurt gemiddeld 54 minuten. 79% van de e-mailoproepers zoeken contact op voor zichzelf, 21% doet dit uit ongerustheid voor een ander.

Figuur 27: Bereik Zelfmoordlijn naar leeftijd, opgesplitst per medium, 2019


Bron: (Centrum ter Preventie van Zelfdoding, 2019)

Figuur 28: Bereik Zelfmoordlijn naar geslacht en doel gesprek, opgesplitst per medium, 2019


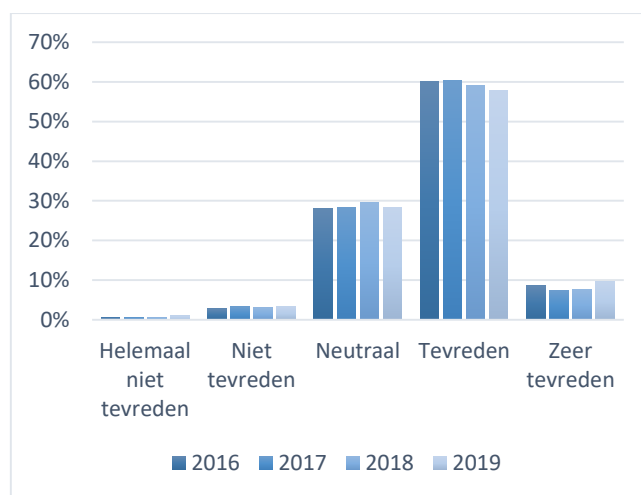
Bron: (Centrum ter Preventie van Zelfdoding, 2019)

Tevredenheid

Op het einde van elk gesprek aan de Zelfmoordlijn registreert de vrijwilliger hoe hij of zij de tevredenheid van de oproeper inschat. Onderstaande grafieken geven deze inschatting weer van 2016 tot 2019 voor de **telefoon- en chatdienst** van de Zelfmoordlijn.

Telefoon:

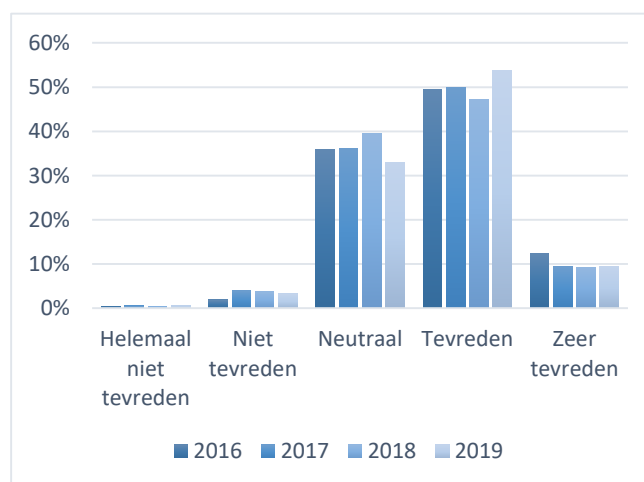
Figuur 29: Tevredenheid oproeper zoals ingeschat door beantwoorder voor telefoon, 2016-2019



Bron: CPZ

Chat:

Figuur 30: tevredenheid chat



Bron: CPZ

E-mail:

In december 2012 werd een er voor het eerst via email beantwoord in het kader van de Zelfmoordlijn. Aan de hand van een pilootproject werd deze nieuwe dienst geëvalueerd, aan de hand van een vragenlijst. De eerste maand nadat de e-maildienst werd opgericht, werd deze zesmaal ingevuld. De reacties waren positief, de e-mails voldeden aan de verwachtingen (Centrum ter Preventie van Zelfdoding, 2012). Vanaf 2014 wordt de e-mail permanent geëvalueerd Door middel van een tevredenheidsenquête die aan elke mail wordt toegevoegd. Gebruikers kunnen deze vragen op vrijwillige basis invullen. Elke vraag werd beantwoord op schaal van 1 (helemaal niet) tot 5 (helemaal wel).

Tabel 28: Tevredenheid e-maildienst Zelfmoordlijn 1813, 2014-2020

JAAR	N	Tevredenheid e-maildienst?	Antwoord voldoende toegespitst op jouw situatie?	Voldeed de ontvangen e-mail aan je verwachtingen?
2014	44	3,93	3,70	3,63
2015	133	4,23	4,13	4,05
2016	51	4,03	3,96	3,78
2017	58	4,26	4,27	4,22
2018	92	3,89	3,84	3,82
2019	144	4,03	3,96	3,92
2020 (T.E.M. OKT)	105	4,12	3,77	3,75

Bron: CPZ

In 2018 werd de werking van de e-maildienst uitvoerig geëvalueerd. Binnen deze studie konden gebruikers aangeven wat ze als helpend of niet-helpend ervaren hebben tijdens de e-mailconversatie met de Zelfmoordlijn, net zoals hen gevraagd werd wat ze hierin gemist hebben. Ook werden enkele onmisbare elementen van een werkzame en helpende e-mail voor mensen die aan zelfdoding denken en hun omgeving in kaart gebracht. Dit gebeurde op basis van recente literatuur, een bevraging van de vrijwilligers en een kwalitatieve analyse op de e-mails van de Zelfmoordlijn. Dit onderzoek resulteerde in een nota waarin beschreven staat welke gegevens opgenomen dienen te worden bij het beantwoorden van de e-mail en vormt de basis voor de beoordeling van de skills van nieuwe e-mailbeantwoorders tijdens hun basisopleiding. Het biedt tot slot een kader om aan permanente kwaliteitsbewaking te doen.

Effectiviteit

Kosteneffectiviteit telefoon en chat Zelfmoordlijn

Een kosteneffectiviteitsstudie toonde aan dat de Zelfmoordlijn kosteneffectief is (Pil, Pauwels, Muijers, Portzky, & Annemans, 2012). Aan de hand van een model waarmee de gezondheidswinst van een preventieve actie kan worden gesimuleerd, werd bepaald dat de totale kost voor de samenleving lager ligt bij aanwezigheid van de Zelfmoordlijn. Dit komt omdat medische en economische kosten gerelateerd met suïcide worden vermeden. Daarnaast toonde de studie aan dat contact met de Zelfmoordlijn leidt tot een verbetering van de gezondheid, vooral bij mannelijke oproepers. Bovendien zorgt de Zelfmoordlijn ervoor dat 35% van de pogingen en suïcides in Vlaanderen kunnen worden voorkomen. Enerzijds komt dit door het hoge risico dat oproepers hebben, anderzijds door de specifieke gespreksvoering.

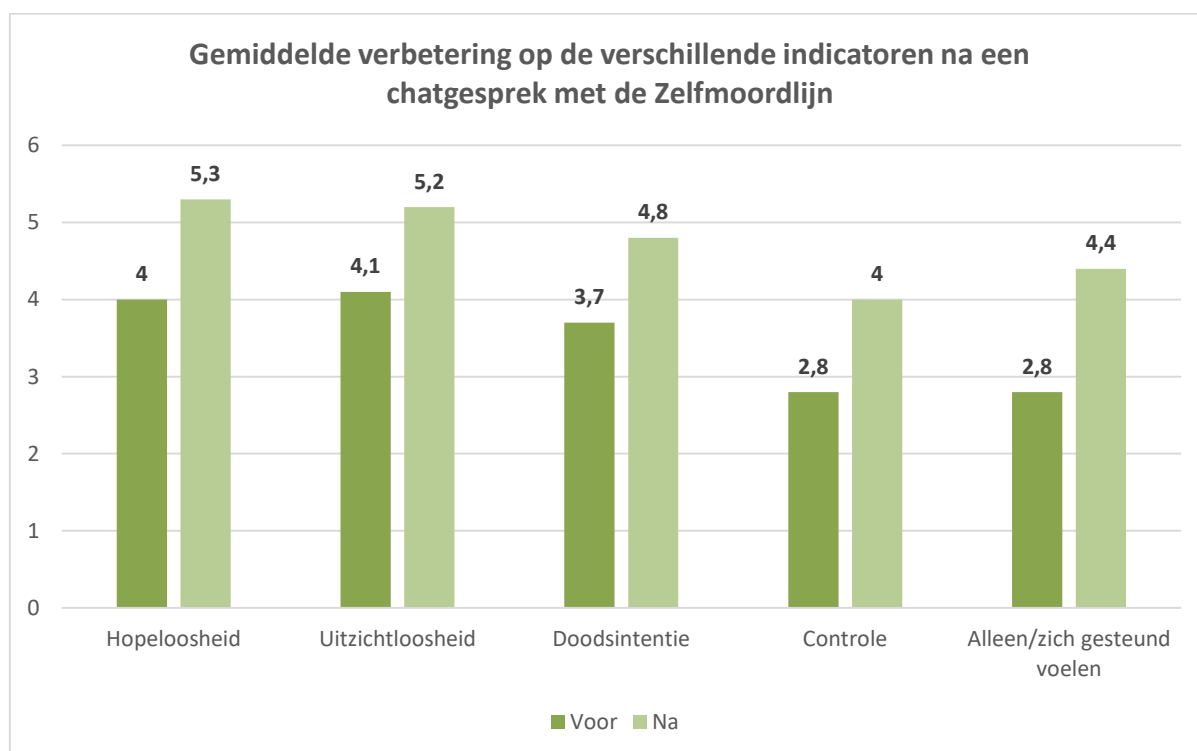
Vaardigheden vrijwilligers Zelfmoordlijn

De vaardigheden van de vrijwilligers in het omgaan met suïcidale personen worden zowel bij de start van de opleiding, bij het beëindigen van de opleiding als tijdens hun vrijwilligersloopbaan bevraagd aan de hand van de VROS (Vragenlijst Reacties op Suïcidaliteit). Uit de studie van Scheerder en collega's (2010) bleek dat de vrijwilligers van de Zelfmoordlijn in vergelijking met andere gezondheidsprofessionals een relatief hoge score hebben (Scheerder, Reynders, Andriessen, & Van Audenhove, 2010). Bovendien blijkt uit een studie naar de kwaliteit van de vrijwilligers (2015) dat er een duidelijk verschil is in de scores van vrijwilligers die wel of niet worden toegelaten tot de vorming. Ook de scores van de vrijwilligers die de opleiding niet voltooien of niet slagen, vertonen significante verschillen met de vrijwilligers die wel slagen, gebaseerd op de meting voor de opleiding.

Impact van de gesprekken op de oproepers van de Zelfmoordlijn

In 2017 werd het effect van een chatgesprek op de suïcidaliteit van oproepers van de Zelfmoordlijn onderzocht. Om in te schatten waar oproepers zich bevinden in het suïcidaal proces en te onderzoeken of een chatgesprek met de Zelfmoordlijn hierop een invloed kan uitoefenen, werd een korte bevraging ontwikkeld waarbij oproepers zowel voor als na het gesprek hun positie op vijf indicatoren konden aanduiden op een schaal van 1 tot 10. Onderstaande grafiek (Figuur 31) toont aan dat een chatgesprek met de Zelfmoordlijn een positief effect heeft op elk van de vijf indicatoren, met het grootste effect op de indicator 'alleen/zich gesteund voelen'.

Figuur 31: Resultaten van het effectiviteitsonderzoek van de Zelfmoordlijn chat, 2017 (n:113)



Bron: CPZ

Momenteel loopt een onderzoek naar de effecten van een telefoongesprek met de Zelfmoordlijn. De eerste resultaten hiervan worden eind 2021 verwacht.

4.2.3 Preventie via internet en sociale media

ORGANISATIE	CPZ, VLESP en Werkgroep Verder (deelwerking VLESP)
AANVANG	2009
DOELGROEP	Iedereen

Onderbouwing**Preventie via het internet**

Via Google Ads probeert het CPZ zoveel mogelijk mensen te leiden naar het aanbod op Zelfmoord1813.be. De bedoeling hiervan is om voor mensen die op het internet op zoek zijn naar informatie rond zelfdoding (ook informatie rond hoe ze bv. een poging kunnen ondernemen) de drempel naar hulp te verlagen en hen zo snel mogelijk naar zelfmoord1813.be te leiden.

Doorheen het tweede VAS werkte het CPZ mee aan een doctoraatsproject van Desmet (2014), waarbij suïcidale berichten automatisch worden gedetecteerd door middel van tekstclassificatie. De resultaten die hieruit naar voor komen, worden geïntegreerd in het [AMiCA-project](#), wat staat voor “Automatic Monitoring for Cyberspace Applications”. Hierbij worden sociale media en website geanalyseerd aan de hand van tekst- en beeldanalyse. Deze ontwikkeling zorgt er voor dat heel wat activiteiten op het internet en sociale media ten dele geautomatiseerd kunnen verlopen, waardoor het mogelijk is deze op grotere schaal toe te passen. In de praktijk bleek echter dat de praktische toepasbaarheid van deze tools – hoewel veelbelovend in theorie – te wensen overliet. Ondanks verschillende pogingen om een API te installeren op fora van collega organisaties, met als doel hen te helpen bij het snel detecteren van suïcidale content, bleek dit in de praktijk niet te realiseren.

Preventie via sociale media

De meeste mensen die overlijden door zelfdoding geven vooraf signalen, ook op sociale media (Robinson et al., 2016). Dit kunnen duidelijke boodschappen zijn (bijv. ‘Ik wil dood’) maar ook eerder verborgen boodschappen komen aan bod (bij. ‘Het is beter zonder mij’). Ook kunnen ze pro-suïcidale content delen, zoals filmpjes over zelfmoord en foto’s over zelfmoordmethodes.

Het is belangrijk om binnen suïcidepreventie aanwezig te zijn op deze kanalen. Suïcidepreventie via sociale media heeft namelijk verschillende voordelen. In eerste instantie heb je de mogelijkheid om veel mensen te bereiken, ook zij die anders minder snel bereikt worden. Bovendien kan een laagdrempelig platform gecreëerd worden om ervaringen te delen en steun te vinden en te geven. Dit platform kan zowel gericht zijn naar suïcidale personen als naar nabestaanden. Tot slot kan er op een juiste manier gereageerd worden op suïcidale berichten en kan suïcidaal gedrag mogelijks voorkomen worden (Robinson et al., 2016).

Zowel het VLESP, zelfmoord1813, de Zelfmoordlijn als de deelwerking Werkgroep Verder na zelfdoding zijn actief op sociale media, zoals Twitter, Facebook en Instagram. Daarnaast worden er vanuit Zelfmoord1813, Werkgroep Verder en VLESP nieuwsbrieven verstuurd. Al deze kanalen worden gebruikt om het aanbod bekend te maken en om preventieve boodschappen te verspreiden.

Als gebruiker op sociale media is het bovendien aangewezen om op een juiste manier te reageren op verontrustende berichten. Op de portaalsite Zelfmoord1813 kan een overzicht teruggevonden worden van [hoe je op een gepaste manier kan reageren op verontrustende berichten](#) of statussen en werd er een luik voorzien over hoe je jongeren kan ondersteunen die geconfronteerd worden met schokkende beelden (op sociale media, in films, series of theatervoorstellingen). Het CPZ ontwikkelde eveneens een gratis e-learning die je leert om gepast te reageren op verontrustende berichten. De e-learning bestaat uit vier delen: een korte quiz en drie leermodules. Bij lancering van de e-learning was de nood aan een online instrument groot. Ondertussen hebben veel sociale mediaplatformen zelf informatieve pagina's en soms ook tools ontwikkeld om met dit soort signalen om te gaan. Het gebruik van de e-learning is dan ook verminderd. In de toekomst zal deze niet vernieuwd worden, maar zal de info uit de e-learning opgenomen worden op de pagina van [Zelfmoord1813](#).

Verontrustende inhoud kan eveneens gemeld worden op verschillende sociale netwerken: Facebook, Twitter, Pinterest, WordPress, YouTube, Instagram en TikTok. Waar mogelijk werd een samenwerkingsverband opgezet met de sociale netwerken. Zo zorgt bv. Twitter er voor dat bij bepaalde termen automatisch de contactgegevens van de Zelfmoordlijn zichtbaar worden. Facebook biedt een aantal tools aan voor mensen die aan zelfdoding denken en hun omgeving

Bereik

De e-learning waarmee gebruikers en beheerders van online kanalen leren omgaan met verontrustende berichten wordt momenteel een tiental keer per maand gevolgd. Hieronder ook een overzicht van het aantal bezoekers op de pagina rond verontrustende inhoud. Er zijn geen gegevens voor 2012 tot 2016.

Tabel 29: Bereik e-learning gepast reageren op verontrustende berichten, 2012-2020

	AANTAL GEVOLGDE E- LEARNINGS	AANTAL BEZOEKERS PAGINA VERONTRUSTENDE INHOUD
2017	148	3196
2018	112	3210
2019	72	3247
2020 (AUG)	/	2095

Bron: CPZ

Tabel 30: Bereik Google Adwords, 2012-2020

	AANTAL GERELATEERDE ZOEKTERMEN	AANTAL KEER DAT DE ADVERTENTIE WERD GETOOND	CLICK-THROUGH- RATE (AANTAL MENSEN DAT OOK DOORKLIKT OP DE ADVERTENTIE EN ZO OP ZELFMOORD1813 TERECHT KOMT
2012	454	432.477	21.391 (4.95%)
2013	476	492.008	18.205 (3.70%)
2014	482	648.044	19.749 (3.05%)
2015	518	768.021	23.437 (3.05%)
2016	-*	780.988	+/-3%
2017	-	766.467	+/-3%
2018	-	151.958**	8,63%
2019	-	63.852	20,35%
2020 (AUG)	-	19.358	15,86%

* Het aantal gerelateerde zoektermen wordt niet bijgehouden doorheen de tijd, aangezien er continu wordt ingespeeld op actuele ontwikkelingen en vanuit Google ook gevraagd wordt om de zoektermen geregeld bij te sturen. Op het moment van de opmaak van dit rapport (augustus 2020) waren het er 1302.

**Deze terugval in aantal weergaves kan verklaard worden door nieuwe algoritmes van Google en doordat 'one term keywords' niet meer meegeteld worden. De click through rate toont echter aan dat de meer gerichte advertenties wel tot significant meer bezoekers op de website leiden.

Bron: CPZ

De nieuwsbrief van Zelfmoord1813 en de nieuwsflashes van VLESP en Werkgroep Verder kennen over de jaren heen een stijgend bereik. De nieuwsbrief van Zelfmoord1813 werd in december 2020 verstuurd naar 3.249 abonnees. Over de verschillende nieuwsbrieven heen opent gemiddeld 40% de nieuwsbrief. De VLESP-flash op zijn beurt bereikte 1.825 abonnees in november 2020, waarbij het geopend werd in gemiddeld 42% van de gevallen. Tot slot had Werkgroep Verder begin januari 2020 1.656 abonnees op de nieuwsflash, waarvan 45% deze gemiddeld gezien opent.

Tabel 31: Bereik sociale media Zelfmoordlijn, 2012-2020

	AANTAL VOLGERS OP TWITTER	AANTAL LIKES VAN FACEBOOKPAGINA	AANTAL VOLGERS OP INSTAGRAM
2012	162	/	/
2013	/	/	/
2014	/	1.665	/
2015	834	2.390	/
2016	920	2.784	/
2017	1.024	3.500	/
2018	1.207	4.009	532
2019	1.567	4.887	756
2020 (AUG)	1.700	5.147	1.012

Bron: CPZ**Tabel 32:** Bereik sociale media VLESP (na zelfdoding), 2018-2020

	AANTAL VOLGERS OP TWITTER	AANTAL LIKES OP FACEBOOKPAGINA	AANTAL VOLGERS OP INSTAGRAM
2018	500	477	-
2019	800	821	50
2020 (AUG)	890	973	200

Bron: VLESP**Tabel 33:** Bereik sociale media Werkgroep Verder (na zelfdoding), 2018-2020

	AANTAL VOLGERS OP TWITTER	AANTAL LIKES OP FACEBOOKPAGINA	AANTAL VOLGERS OP INSTAGRAM
2018	600	1667	117
2019	631	2115	235
2020 (AUG)	681	2396	435

Bron: VLESP

Het account van Zelfmoord1813 heeft 710 volgers op Twitter (eind augustus 2020).

Tevredenheid

Tevredenheid is in dit verband moeilijk te meten, al is er wel de intentie om vanaf 2021 meer KPI's (key performance indicators) zoals betrokkenheid en interactie te gaan monitoren op alle kanalen.

Effectiviteit

De e-learningtool, die werd ontwikkeld voor online moderatoren en andere gebruikers, werd getest in hetzelfde kader als bovenstaande acties. Hieruit bleek dat de groep die aan de slag ging met de tool, een grotere juistheid vertoont in het screenen van berichtgeving. Bovendien bleek dat de gebruikers meer vertrouwen hadden binnen dit proces (Centrum ter Preventie van Zelfdoding, 2016).

4.2.4 Forum Zelfmoordlijn

ORGANISATIE	CPZ
AANVANG	2019
DOELGROEP	Mensen die aan zelfmoord denken

Onderbouwing

Het Centrum ter Preventie van Zelfdoding breidde in 2019 de dienstverlening van Zelfmoordlijn 1813 uit met een [online forum](#). Mensen die aan zelfmoord denken kunnen anoniem en online met elkaar in gesprek gaan over hun zelfmoordgedachten, waarbij een ondersteunende dialoog tussen lotgenoten centraal staat. Bovendien is het een erg laagdrempelig forum aangezien mensen ook passief kunnen participeren aan het forum, d.w.z. dat ze berichten kunnen lezen zonder zelf te posten of te antwoorden op berichten van anderen.

In 2018 werd het forum in een pilootfase geëvalueerd, waarbij een beperkte groep mensen met zelfmoordgedachten de kans kreeg om een proefversie van het forum uit te testen. Tijdens deze testfase werd de activiteit op het forum gemonitord en deelnemers werden gevraagd om voor en na hun bezoek aan het forum deel te nemen aan een evaluatieonderzoek (N: 17). Uit dit onderzoek bleek dat het forum voornamelijk ernstig suïcidale personen bereikt, waarvan 30% niet eerder gebruik heeft gemaakt van de Zelfmoordlijn of andere tools op Zelfmoord1813.be.

Bereik

Deelname aan het forum is anoniem, waardoor er geen persoonsgegevens worden opgeslagen. Op basis van wat ze zelf delen, lijken de meeste gebruikers tussen 25 en 45 jaar te zijn, Google Analytics spreekt van 25-35 jaar. Volgens Google Analytics zouden veel meer vrouwen dan mannen gebruik maken van het forum, maar op basis van de inhoudsanalyse lijkt de geslachtsverdeling eerder gelijk verdeeld te zijn.

Uit de pilootfase werden 84 discussies overgenomen. Op basis van de tussentijdse analyse van het forum (informatie van 14/1/2019 t.e.m. 29/5/2019) maakten 184 gebruikers een profiel aan, waarvan er 89 actief hebben deelgenomen aan het forum. In totaal werden er 61 nieuwe discussies gestart, waarvan er 5 onbeantwoord bleven. 46.2% van de gebruikers gaf bij het pilootonderzoek aan de eigen suïcidaliteit te schatten tussen de 6 en 10 op 10.

Tabel 34: Aantal accounts en aantal berichten

	NIEUWE ACCOUNTS	AANTAL BERICHTEN
2019 (VANAF 14/1)	590	1.650
2020 (T.E.M. AUG)	+ -200*	+ -800*

* Geschatte cijfers (sommige mensen verwijderen account weer na aanmaken)

Bron: CPZ

Tevredenheid

De deelnemers aan de posttest van de pilootstudie (N: 50) zijn erg tevreden over het forum. 91,1% is van plan om terug te komen en gemiddeld kreeg het forum 6.84 op 10. Ongeveer 1 op de 2 deelnemers (48.8%) zou het forum aanraden aan anderen, 44.2% is hierin eerder neutraal.

Effect

Uit het pilootonderzoek is gebleken dat vooral actieve en frequente gebruikers een positieve impact van het forum ervaren. Deelnemers voelen zich na het bezoek aan het forum ook minder alleen. Op basis van deze resultaten werd interactie op het forum verder gestimuleerd en werd ervoor gezorgd dat elk bericht beantwoord werd.

Ook uit de inhoudsanalyse van 2019, waarbij de eerste 118 discussies werden opgenomen, blijkt dat er een positieve evolutie waar te nemen is in de gesprekken op het forum. Gebruikers evolueren vaak van hopeloos en radeloos naar meer zelfredzaam en weten kracht te halen uit de reactie en berichten van anderen. Ze gebruiken de tips en handvaten van anderen, kunnen terug zelf oplossingen bedenken of ze halen moed uit de steun van anderen. De ervaringsdeskundigheid van de andere gebruikers lijkt hier een grote rol in te spelen.

Uit diezelfde inhoudsanalyse komt naar voor dat het thema zelfmoord in 73% van de berichten aan bod komt, meestal in het uiten van zelfmoordgedachten. Een minderheid aan berichten wees in de richting van concrete wensen of plannen. Andere thema's die vaak terugkomen zijn het uiten van (meestal negatieve) gevoelens (73%) en het omgaan met deze gedachten en gevoelens en ervaring met psychische stoornissen (32%).

4.2.5 Serious Game 'Silver'

ORGANISATIE	VLESP
AANVANG	2016 Ontwikkeling en onderzoek prototype 2018 Ontwikkeling en onderzoek game
DOELGROEP	Jongeren

Onderbouwing

Uit een uitgebreid wetenschappelijk onderzoek aan de hand van een RCT in Nieuw-Zeeland is aangetoond dat een online zelfhulptool depressieve symptomen bij jongeren reduceert en even werkzaam is als face-to-facetherapie (Merry et al., 2012). Computergestuurde therapie draagt daarenboven ertoe bij dat jongeren sneller een effectieve behandeling ontvangen en is bovendien kosteneffectief (McCrone et al., 2004).

In 2017 werd een prototype van de game 'Silver' geproduceerd en onderzocht. Het prototype richtte zich op cognitieve coping in het bijzonder het herkennen en benoemen van denkfouten. De evaluatie van het prototype van de serious game heeft uitgewezen dat de jongeren na het spelen van de game, hun denkfouten significant beter herkenden. Daarnaast verbeterden hun eigen denkfouten ook significant. Ze kregen inzicht in hun manier van denken.

De volledige serious game, genaamd 'Silver', heeft als doel om de geestelijke gezondheid en mentale veerkracht bij jongeren van 12 tot 16 jaar te versterken en zet dus in op universele preventie. Het werd ontwikkeld in samenwerking met jongeren, kinderpsychologen en – psychiaters, game-ontwikkelaars en auteurs van jeugdboeken. Silver is gebaseerd op elementen uit de cognitieve gedragstherapie en focust zich op 3 skills, m.n. cognitieve coping, emotieregulatie en probleemoplossend vermogen. Daarnaast is er in de game indirect aandacht voor sociale vaardigheden en verschillende thema's die een belangrijke rol spelen in het leven van jongeren.

Bereik

De game zal in april 2021 gelanceerd worden en vrij beschikbaar zijn. Silver zal gedownload kunnen worden via de Apple App store en de Google Play Store. De game zal voornamelijk verspreid worden via de scholen en daarnaast via hulpverleners. Voor beide wordt een handleiding voorzien.

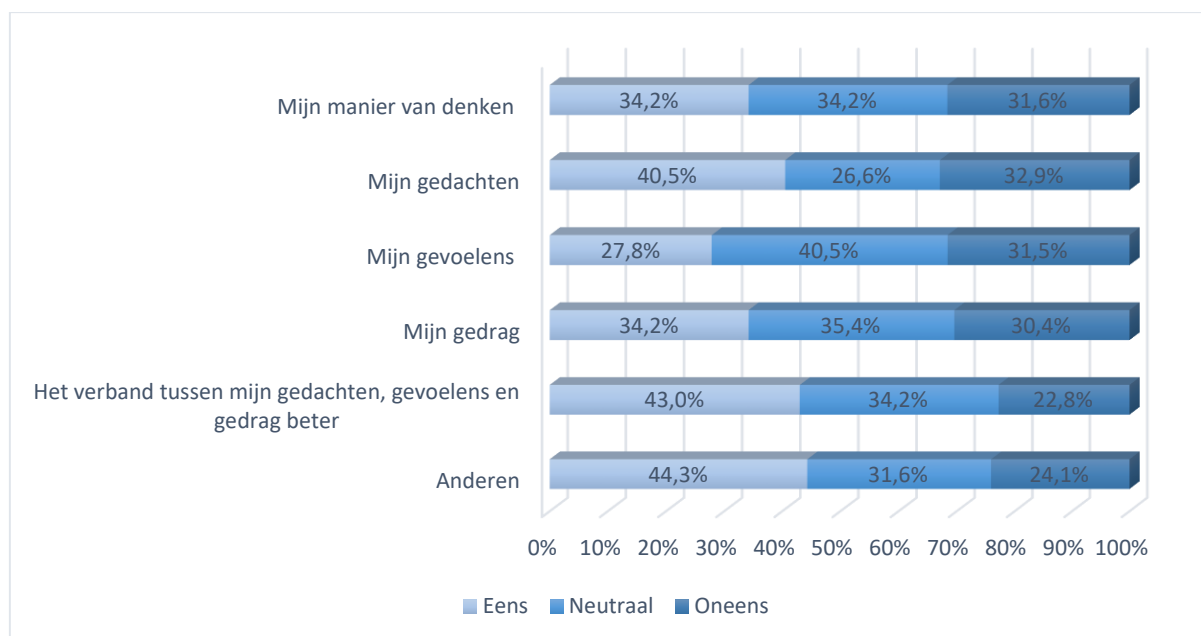
Effectiviteit

De game werd onderzocht bij 1128 jongeren uit 10 Vlaamse scholen in eerste en tweede graad aan de hand van een cluster gerandomiseerde gecontroleerde studie (cluster RCT). Het onderzoek ging door in oktober-november 2020. De jongeren werden at random toegewezen aan de interventiegroep die de game gedurende 2 à 3 weken mocht spelen of de controlegroep die pas na het einde van de studie toegang kreeg tot de game.

Uit de resultaten van de studie blijkt dat de jongeren uit de interventiegroep die de game voor minstens 1/4^{de} hebben uitgespeeld, significant beter werden in het begrijpen van hun emoties en dat hun emoties ook significant duidelijker voor hen werden in vergelijking met de controlegroep. Daarnaast bleek ook dat die jongeren uit de interventiegroep significant minder denkfouten hadden op de nameting in vergelijking met de voormeting (De Jaegere, Witvrouwen, & Portzky, 2021).

In de studie werden de jongeren die Silver hadden gespeeld, gevraagd om de game te beoordelen. Figuur 32 geeft aan in welke mate ze een beter begrip hadden van hun manier van denken, hun gedachten, gevoelens en gedrag, het verband ertussen en hoe anderen denken en zich voelen.

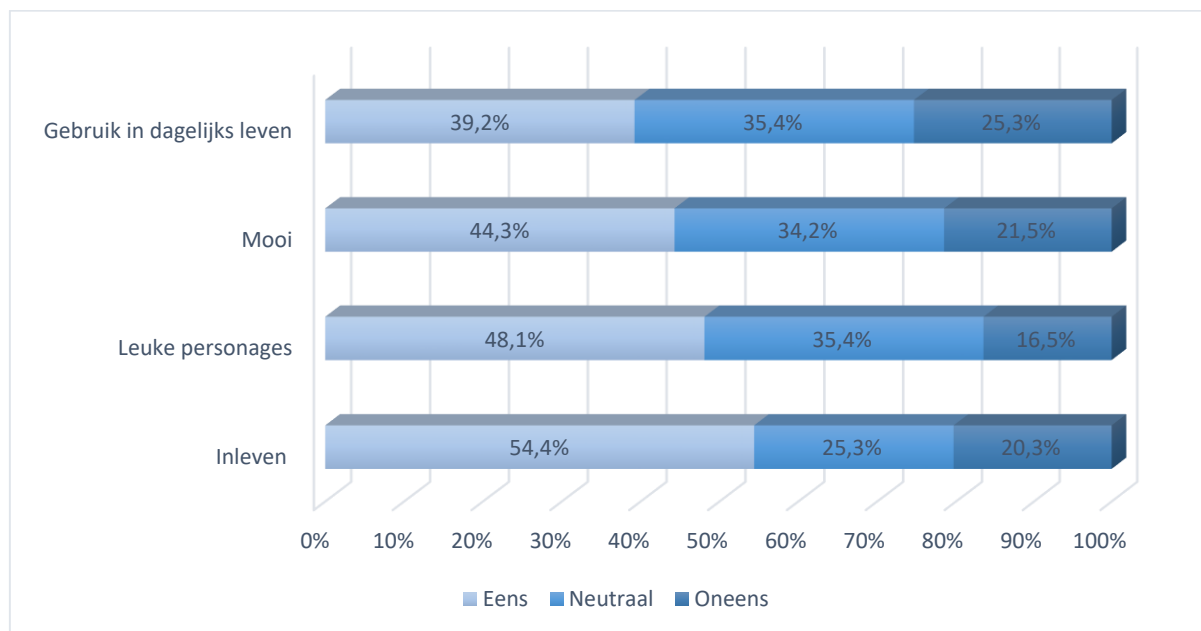
Figuur 32. Evaluatie game: Invloed van de game



Bron: De Jaegere et al., 2021

Er werd de jongeren ook gevraagd wat hoe ze de game hebben ervaren. Figuur 33 geeft weer in welke mate ze de game kunnen gebruiken in hun dagelijks leven, de game mooi vinden, de personages leuk vinden en zich kunnen inleven in de verhalen in de game (De Jaegere et al., 2021).

Figuur 33: Evaluatie game: Ervaring



Bron: De Jaegere et al., 2021

4.2.6 BackUp

ORGANISATIE	VLESP
AANVANG	2015
DOELGROEP	Suïcidale personen en hun omgeving

Onderbouwing

Nieuwe technologieën bieden nieuwe mogelijkheden voor suïcidepreventie, aangezien de drempel naar professionele hulp wordt verlaagd (Luxton, June, & Kinn, 2011; Shand, Ridani, Tighe, & Christensen, 2013). Op die manier vormen online tools en apps een bijkomende bron van hulpverlening en bereikt het mensen die eerder terughoudend staan ten opzichte van professionele begeleiding (Aguirre, McCoy, & Roan, 2013; Donker et al., 2013).

De keuze voor een app is veelzijdig. Allereerst zijn smartphones niet meer weg te denken uit het straatbeeld (iMinds, 2015; M. E. Larsen, Nicholas, & Christensen, 2016; Vandendriessche, 2019). Een app kan bovendien de ernst en acuutheid van de problematiek inschatten en snel contact aanbieden met hulplijnen (M. E. Larsen et al., 2016; Luxton, June, & Chalker, 2015; Luxton, June, & Kinn, 2011). Ten slotte werkt een app drempelverlagend en kan de stap naar zorg en crisishulplijnen sneller gezet worden (Aguirre et al., 2013; Shand, Ridani, Tighe, & Christensen, 2013).

BackUp is in de eerste plaats ontwikkeld als ondersteunende tool voor suïcidale personen, maar biedt ook advies en hulp aan mensen die bezorgd zijn om anderen en hen willen ondersteunen. De app bestaat uit vier zelfhulptools, namelijk *Mijn BackUps*, *BackUp Box*, *BackUp Kaarten* en *Safety Plan*. Deze tools zijn gebaseerd op *evidence-based* therapeutische technieken en online tools (Pauwels et al., 2017). Daarnaast richt de app zich ook tot mensen die bezorgd zijn om iemand met de tool *BackUp zijn*. Het aanreiken van hulp en het tonen van bezorgdheid kunnen immers een significant effect hebben op mensen met suïcidale gedachten (Holt-Lunstad, Smith, Baker, Harris, & Stephenson, 2015). Binnen BackUp worden mensen aangemoedigd om contact op te nemen met de persoon in kwestie. De tool *BackUp zijn* geeft informatie over onder meer het detecteren van signalen en het omgaan met suïcidale personen (Pauwels et al., 2017).

Voorafgaand aan de lancering van de app, werd deze tool getest in twee fases. Enerzijds door een onafhankelijk expertenteam, bestaande uit suïcidepreventie-experts, psychiaters, psychologen en experten binnen *online mental health*, en anderzijds door een groep van eindgebruikers. Vanuit het expertenteam kwam naar voor dat de app gebruiksvriendelijk is en dat alle afzonderlijke tools waardevol zijn. Zeker de tools omtrent *Safety Planning* en de *BackUp Box* werden positief geëvalueerd. Ook bij de eindgebruikers werden de tools als bruikbaar beoordeeld. 70% gaf aan de app te blijven gebruiken (Pauwels et al., 2017).

Begin 2017 werd een eerste update van BackUp geïntroduceerd. De update bevatte enkele technische verbeteringen en op basis van het gebruikersonderzoek werden sommige van de tools nog persoonlijker gemaakt, zo kunnen gebruikers bijvoorbeeld eigen afbeeldingen importeren als achtergrondafbeelding en kunnen eigen waarschuwingssignalen alsook do's and don'ts in het onderdeel "BackUp zijn" toegevoegd worden.

In 2021 wordt een volgende, grondigere update van BackUp verwacht.

Bereik

Tabel 35: Downloads BackUp

AANTAL DOWNLOADS APP	
2015 (SEPT)	861
2016	1.966
2017	3.506
2018	3.764
2019	5.108
2020 (AUG)	3.312

Bron: VLESP

Tevredenheid

Gebruikers worden een maand na installatie van de app gevraagd om een gebruikersonderzoek in te vullen. Deelnemers tussen september 2015 en eind 2018 vonden de app eerder goed (41.7%) tot goed (29.6%). In 2019 wordt de app eveneens over het algemeen goed tot uitstekend beoordeeld (75%) en vond iets meer dan de helft van de gebruikers deze helpend in het omgaan met zelfdodingsgedachten (55%). De app scoorde 3.7 op 5 in de Google Play Store (Android) en 4.8 op 5 in de iStore van Apple.

Effectiviteit

De app werd getest door zowel een experten- als een gebruikersgroep. Deze laatsten beoordeelden niet alleen de inhoud van de app, maar werden ook opgevolgd op het vlak van hun suïcidegedachten. Bij 21 eindgebruikers werden gevraagd om de app gedurende één week te gebruiken. Hierbij werd het niveau van suïcidale ideatie geregistreerd met de BSS (Beck, Kovacs, & Weissman, 1979), zowel voor als na het gebruik van de app. De gemiddelde score van de bevraagde groep was 20.1 bij de pretest en 18.7 bij de posttest. Er kan dus worden gesproken van een kleine niet-significante daling na het gebruik van een duur van een week (Pauwels et al., 2017).

4.2.7 Think Life

ORGANISATIE	VLESP
AANVANG	2015
DOELGROEP	Suïcidale personen

Onderbouwing

Online programma's vormen een veelbelovend medium in het kader van suïcidepreventie. Ze verhogen de toegankelijkheid voor mensen die een verhoogde kwetsbaarheid hebben voor het ontwikkelen van suïcidaal gedrag, maar weinig geneigd zijn face-to-face hulp te zoeken, aangezien ze een hogere anonimiteit waarborgen en meer bereikbaar zijn in tijd en afstand.

Think Life is gebaseerd op het online programma 'Leven onder Controle', dat oorspronkelijk werd ontwikkeld aan de Vrije Universiteit Amsterdam. Dit programma bleek effectief in het verminderen van suïcidale gedachten en werd door VLESP aangepast aan de Vlaamse context. De online zelfhulp cursus is voornamelijk gebaseerd op cognitieve gedragstherapie, daarnaast bestaat het ook uit elementen uit de dialectische gedragstherapie, probleemoplossende therapie en mindfulness-based cognitieve therapie (De Jaegere, Dumon, van Landschoot, van Heeringen, & Portzky, 2018).

Think Life werd opgenomen in de portaalsite Zelfmoord1813.be als zelfhulptool en werd gelanceerd op 5 september 2016. De cursus is opgebouwd uit zes modules, bestaande uit theorie, een weekopdracht en een aantal oefeningen. Daarnaast worden ook verschillende keuzeoefeningen aangeboden. Deelnemers worden aangemoedigd om per week één module te doorlopen en dus gedurende zes weken tijd te besteden aan de cursus, bij voorkeur dagelijks een kwartier (De Jaegere, van Landschoot, van Heeringen, Kerkhof, & Portzky, 2019). Ondersteunend materiaal (infiches en affiches) worden verspreid via o.a. vormingen en lezingen CGG-SP, CPZ en VLESP.

Bereik

Sinds de lancering (t.e.m. augustus 2020) registreerden 5.417 personen zich op Think Life. Hieronder vind je de registraties per jaar terug, net zoals de verspreide infofiches en affiches.

Tabel 36: Aantal registraties, infofiches en affiches Think Life, 2016-2020

	REGISTRATIES	INFOFICHES	AFFICHES
2016 (SEPT - DEC)	1181		
2017	1171	190	249
2018	1100	847	240
2019	1209	690	72
2020 (T.E.M. AUG.)*	756		

*In augustus 2019 werden 2.500 infofiches besteld, in oktober 2019 5.000.

Bron: VLESP

Evaluatie (effectiviteit en tevredenheid):

Voor de RCT-studie meldden 1.688 personen zich aan op Think Life tussen 22 april en 7 december 2015. 724 personen kwamen in aanmerking voor het onderzoek en gingen akkoord met het informed consent. Ze werden gerandomiseerd over beide onderzoeksgroepen. Hetgeen resulteerde in 359 personen die werden toegewezen aan de controlegroep en 365 aan de interventiegroep (De Jaegere, van Landschoot, van Heeringen, van Spijker, et al., 2019).

Uit de resultaten van de gerandomiseerde, gecontroleerde studie blijkt dat er na het volgen van de cursus sprake is van een significant sterkere daling in suïcidale gedachten bij de interventiegroep ten opzichte van de controlegroep, zowel bij de post- als bij de follow-upmeting (De Jaegere et al., 2019).

Tabel 37: Resultaten pre-post studie Think Life

MEETMOMENT	CONTROLE (N=359) M (SD)	INTERVENTIE (N=365) M (SD)	D (95% BI)	P-WAARDE
BASELINE	3.99 (7.58)	6.67 (8.17)	0.34 (1.05; 4.32)	0.001
POST				
BASELINE – FU	6.04 (7.28)	7.94 (7.89)	0.25 (0.17; 3.63)	0.032

*FU=Follow-up; M = Gemiddelde; SD = Standaarddeviatie; d BI = Betrouwbaarheidsinterval.

Bron: De Jaegere et al., 2019

Een significant sterkere daling werd eveneens gevonden bij depressieve klachten, hopeloosheid, piekeren en angst bij de interventiegroep in vergelijking met de controlegroep (De Jaegere, van Landschoot, van Heeringen, van Spijker, et al., 2019).

Tabel 38: Gemiddelde verschillen tussen baseline en post-meting en tussen baseline en follow-up meting alsook de effectgrootte op de secundaire uitkomstmaten Think Life

METING	MEET-MOMENT	CONTROLE M (SD)	INTERVENTIE M (SD)	D (95% CI)	P
DEPRESSIE	Baseline -	3.93 (9.84)	7.78 (10.66)	0.38 (1.20; 6.48)	0.005
	Post				
HOPELOOSHEID	Baseline -	4.80 (10.79)	9.86 (12.05)	0.44 (2.48; 7.64)	<0.001
	FU				
PIEKEREN	Baseline -	0.46 (3.45)	2.11 (3.68)	0.46 (0.60; 2.69)	0.002
	Post				
ANGST	Baseline -	0.76 (3.96)	2.99 (4.38)	0.53 (0.91; 3.54)	0.001
	FU				
PIEKEREN	Baseline -	2.57 (12.04)	7.36 (13.71)	0.37 (1.43; 8.16)	0.006
	Post				
ANGST	Baseline -	3.40 (13.67)	12.27 (15.83)	0.60 (4.91; 12.83)	<0.001
	FU				
ANGST	Baseline -	1.20 (3.63)	2.59 (3.89)	0.37 (0.61; 2.17)	0.001
	Post				
ANGST	Baseline -	1.52 (4.28)	3.15 (4.40)	0.38 (0.66; 2.60)	0.001
	FU				

*FU=Follow-up; M = Gemiddelde; SD = Standaarddeviatie; d BI = Betrouwbaarheidsinterval.

Bron: De Jaegere et al., 2019

Bij de evaluatiestudie werd er gepeild naar zowel vorm als inhoud. 92.4% van de deelnemers was het eens of helemaal eens met de uitspraak: 'Ik vond het aangenaam dat de cursus via internet werd aangeboden' en 88% met de uitspraak 'Ik vond het aangenaam dat er zo openlijk over zelfmoord werd gesproken'. Daarnaast gaf het merendeel (79,0%) van de participanten aan het eens of helemaal eens te zijn met de stelling dat de Think Life-website duidelijk en overzichtelijk was. De theorie, maar daarnaast ook de weekopdracht en de (keuze)opdrachten werden eveneens door een meerderheid als nuttig beoordeeld (van Landschoot, De Jaegere, Portzky, & van Heeringen, 2015).

Tot slot werden de deelnemers gevraagd aan te geven welke invloed het doorlopen van Think Life heeft gehad op hun suïcidegedachten. De meerderheid van de deelnemers gaf aan het voornamelijk eens of helemaal eens te zijn met de stellingen: “De cursus heeft mij nieuwe inzichten gegeven met betrekking tot mijn zelfmoordgedachten” en “De cursus heeft mij geleerd beter met mijn zelfmoordgedachten om te gaan” (respectievelijk 67,7% en 54,5%) (van Landschoot et al., 2015).

De algemene indruk van de deelnemers van Think Life was positief, waarbij de cursus gemiddeld met een 7,1 op 10 werd beoordeeld (van Landschoot, De Jaegere, Portzky, & van Heeringen, 2015).

4.2.8 Safety plan

ORGANISATIE	VLESP
AANVANG	2016
DOELGROEP	Suïcidale personen

Onderbouwing

Safety planning is één van de good practices in suïcidepreventie. Door het opmaken van een safety plan kan iemand met zelfmoordgedachten zich voorbereiden op een eventuele suïcidale crisis en heeft die iets om naar terug te grijpen wanneer die op een moment van crisis niet meer goed weet wat te doen. VLESP ontwikkelde een [safety plan](#) op basis van de methodiek van Stanley en Brown, een methodiek die effectief is gebleken in het voorkomen van suïcidaal gedrag (Stanley et al., 2018).

Het grote voordeel van een safety plan is dat het heel laagdrempelig is. Mensen die aan zelfmoord denken kunnen het zelfstandig of met hulp van een hulpverlener invullen. Het safety plan van VLESP is geïntegreerd in de apps BackUp en On Track Again, in de multidisciplinaire richtlijn voor de detectie en behandeling van suïcidaal gedrag en de bijhorende e-learning SP-reflex en in de zelfhulp cursus Think Life. Daarnaast is het safety plan ook beschikbaar als zelfhulptool op Zelfmoord1813. Daar kan het safety plan online ingevuld en gedownload of afgedrukt worden, of kan men een blanco exemplaar afdrukken om op papier in te vullen.

Bereik

Aangezien het safety plan geïntegreerd is in verschillende van de tools van VLESP is het moeilijk om een helder zicht te krijgen op het totale bereik. Enerzijds worden het aantal bezoekers op de pagina op Zelfmoord1813 weergegeven, anderzijds het aantal downloads. Aangezien het safety plan ook opgenomen is in verschillende tools, geven onderstaande gegevens maar een beperkt beeld.

Tabel 39: Aantal bezoekers webpagina en aantal downloads safety plan, 2015 t.e.m. augustus 2020

	BEZOEKERS PAGINA SAFETY PLAN	DOWNLOADS SAFETY PLAN
2015	789	-
2016	4.390	-
2017	8.494	932
2018	8.809	1.590
2019	10.488	2.258
2020 (T.E.M. AUG.)	6.363	1.254

Bron: VLESP

Voor het bereik van de apps BackUp en On track again en de zelfhulptool Think Life kan je terecht in de respectievelijke hoofdstukken.

Tevredenheid

Het safety plan krijgt een 6,94/10 in het gebruikersonderzoek van BackUp.

Effectiviteit

Er is nog geen effectiviteitsonderzoek gedaan naar de Vlaamse versie van het safety plan.

4.2.9 Conclusie strategie 2

Gedurende de looptijd van het tweede Vlaams Actieplan Suïcidepreventie zijn er heel wat acties opgestart en uitgebreid die inzetten op laagdrempelige hulpverlening van op afstand. Op die manier kunnen steeds meer en andere doelgroepen bereikt worden, ook mensen die nog niet in contact gekomen zijn met face-to-face hulpverlening of die drempels ervaren om hiermee te starten.

Eén van de belangrijkste acties, die een groot bereik kent dat ook jaarlijks nog toeneemt, is de portaalsite Zelfmoord1813. Op deze portaalsite kan je zowel informatie terugvinden als de verschillende methodieken die doorheen de jaren werden opgezet. Uit de inhoudsanalyse blijkt dat vooral mensen die hulp zoeken en personen die bezorgd zijn om een naaste hun weg vinden naar de portaalsite. Ook nabestaanden vinden hun weg naar de portaalsite, al vallen ze de voorbije jaren buiten de top 10 van meest bezochte pagina's vanuit de homepage. Bij de vernieuwing van het platform zal de toegang voor nabestaanden meer beoogd worden. Ook hulpverleners vormen een belangrijke doelgroep voor de website, al wordt er in vergelijking met andere doelgroepen minder doorgeklikt vanop de homepage. Anderzijds blijkt uit de cijfers dat het aantal unieke bezoekers op deze pagina toeneemt, net zoals de pagina over de vormingen.

Ook bij de Zelfmoordlijn kan er een toename worden vastgesteld in het aantal oproepen over de jaren heen. Door de samenwerking met Tele-Onthaal enerzijds en de toename in het aantal beantwoorders anderzijds krijgen meer mensen toegang tot deze hulplijn. Gebruikers zijn over het algemeen tevreden. Ook werd er een forum voor suïcidale personen ontwikkeld op de portaalsite, waaruit blijkt dat deelnemers een positieve impact ervaren hebben van het forum. Ze voelen zich minder alleen, meer zelfredzaam en halen kracht uit de berichten van anderen.

Naast bovenstaande acties werd er doorheen de duurtijd van VAS II ingezet op de ontwikkeling van verschillende online methodieken, zoals de app BackUp, de online zelfhulptool Think Life en (het prototype van) de serious game Silver. Uit de effectiviteitsstudies blijken deze methodieken effectief te zijn en dus bij te dragen aan de preventie van zelfdoding. Een belangrijke tool in dit verband is het safety plan, dewelke een belangrijke basis kent in o.a. BackUp en Think Life.

Een belangrijk aandachtspunt bij deze online technologieën is dat telehulp razendsnel evolueert. De bestaande methodieken dienen in dit verband continu up-to-date gehouden te worden, waarbij het in kaart brengen van nieuwe initiatieven belangrijk is. Daarnaast moeten ook de ervaringen van gebruikers gemeten worden, zodat kan worden bijgestuurd waar nodig.

Om up to date te blijven zal er blijvend geïnvesteerd moeten worden in laagdrempelige online tools. Daarnaast is er ook nood aan een koppeling tussen online en face-to-face hulp, aangezien die drempel vaak nog te hoog blijkt te zijn. In dit verband speelt de leidraad zorgcontinuïteit een belangrijke rol (hoofdstuk 4.5.4).

Er kan geconcludeerd worden dat de uitwerking van laagdrempelige online preventieve methodieken een sterkte is binnen het VAS II. Heel wat nieuwe methodieken zijn ontwikkeld waarbij het merendeel op basis van grondig effectiviteitsonderzoek. Ook het bereik van de reeds bestaande methodieken is sterk toegekomen, mede dankzij de ontwikkeling van de portaalsite Zelfmoord1813 die al deze initiatieven bundelt. Uit internationale contacten en congressen blijkt bovendien dat Vlaanderen in dit verband erg vooruitstrevend is en een voorbeeld vormt voor andere landen.

4.3 Strategie 3: Bevorderen van deskundigheid en netwerkvorming bij intermediairs

Intermediairs, oftewel mensen die indirect instaan voor de zorg of de verwijzing ernaar, kunnen een belangrijke rol spelen in de preventie van suïcide. Daarom is het belangrijk om ook voor deze doelgroep degelijke deskundigheidsbevordering te voorzien. Dit gebeurde gedurende de looptijd van het tweede Vlaams Actieplan Suïcidepreventie voornamelijk aan de hand van onderstaande initiatieven.

- Deskundigheidsbevordering van intermediairs
- Posterstudie
- ASPHA
- SP-reflex

4.3.1 Deskundigheidsbevordering bij intermediairs

ORGANISATIE	CPZ, CGG, Werkgroep Verder, VLESP
DOELGROEP	Professionelen

Onderbouwing

Uit onderzoek blijkt dat trainingen inzake suïcide effectief zijn in het verbeteren van kennis, attitudes en vertrouwen. Daarenboven zorgen ze ervoor dat intermediairs een verbeterde inschatting van de risico- en zorgbehoeften van suïcidale patiënten kunnen maken, wat op zijn beurt leidt tot meer interventies (Oordt, Jobes, & Fonseca, 2009; Ramberg & Wasserberg, 2010; Scheerder, Reynders, Andriessen, & Van Audenhove, 2010; Terpstra et al., 2018). Toch moet het effect van trainingen genuanceerd worden. Uit de systematische review van Zalsman en collega's (2016) komt naar voor dat deskundigheidsbevordering niet losstaand werd onderzocht. Dit wil zeggen dat trainingen en vormingen vaak worden geïmplementeerd samen met andere initiatieven. Dit zorgt ervoor dat de resultaten een vertekend beeld kunnen geven.

Het vormingsaanbod voor intermediairs in Vlaanderen wordt ingevuld door VLESP, CGG-SP, CPZ en Werkgroep Verder (sinds 2019 deel uitmakend van VLESP). Tussen de verschillende organisaties werd een overeenkomst opgesteld waarin bepaald wordt wie welke doelgroepen voor zijn rekening neemt. Hieronder wordt er verder ingegaan op de werking van de verschillende organisaties, waarbij ook het bereik per organisatie wordt weergegeven.

4.3.1.1 VLESP

VLESP ontwikkelde over de jaren heen verschillende methodieken in de preventie van suïcide. In dit kader organiseerde het VLESP verschillende studiedagen, net zoals vormingen die vertrekken vanuit deze methodieken. In deze evaluatie worden de vormingen over de mediatorrichtlijnen besproken, net zoals de train-de-trainer opleidingen inzake Toekomstgerichte Training en de op Mindfulness gebaseerde cognitieve training voor suïcidale personen' (hoofdstuk 4.4.2). Bovenop dit aanbod worden (toekomstige) hulpverleners o.a. ook gevormd in het kader van de Multidisciplinaire richtlijn (hoofdstuk 4.5.2), het online e-learningplatform SP-reflex (hoofdstuk 4.3.4) en het Safety Plan (hoofdstuk 4.2.8).

4.3.1.2 CGG-SP

De **vormingen** van de Suïcidepreventiewerking van de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG-SP) richten zijn naar verschillende instanties en actoren, zoals het onderwijs, bedrijven en ziekenhuizen. Binnen dit gegeven worden dan ook verschillende thema's besproken, aangepast aan de setting. CGG-SP geeft bovendien trainingen om hulpverleners waarmee hulpverleners de (K)IPEO-vragenlijst op een goede wijze leren afnemen en coacht organisaties in de goede opvang en begeleiding na een suïcidepoging (hoofdstuk 4.4.1.A). Hieronder kan je het bereik van de vormingen terugvinden. In de laatste kolom werd er aandacht besteed aan de toekomstige hulpverleners, nl. studenten. In de kolom deelnemers wordt het bereik weergegeven over alle settings heen. Cijfers over vormingen bij studenten zijn beschikbaar vanaf 2018 aangezien er sinds dan per setting wordt geregistreerd. Cijfers m.b.t. het IPEO-project en de ouderen vind je terug in de betreffende hoofdstukken.

Tabel 40: Aantal vormingen en deelnemers CGG-SP, 2012-2020

	VORMINGEN	DEELNEMERS	BEREIKTE STUDENTEN
2012	235	4.939	-
2013	305	4.171	-
2014	407	6.896	-
2015	390	5.525	-
2016	358	7.431	-
2017	351	6.871	-
2018	445	7.880	1.289*
2019	397	7.219	1.014
2020 (AUG)	219	4.184	611

**Cijfers voor het bereik van studenten in 2018 is een schatting aangezien er toen nog geen onderscheid werd gemaakt tussen studenten en personeel.*

Bron: CGG-SP

Naast vormingen bieden de suïcidepreventiewerkers van de CGG **coachingstrajecten** aan op vraag. Zij ondersteunen organisaties in het opstellen van een suïcidepreventiebeleid, waarbij er gewerkt wordt met draaiboeken. Een dergelijk draaiboek bestaat uit vier luiken, dewelke telkens afspraken omvat in verband met coördinatie en communicatie, richtlijnen voor het concrete handelen en evaluatie:

- Vroegdetectie en –interventie;
- Acute dreiging en crisisinterventie;
- Na een suïcidepoging;
- Na een suïcide.

Sinds 2016 worden de trajecten als dusdanig geregistreerd. Een coachingstraject bestaat uit ongeveer 5 overleggen.

Tabel 41: Aantal coachingstrajecten, CGG-SP, 2012-2020

COACHINGSTRAJECTEN	
2016	40
2017	62
2018	63
2019	72
2020 (AUG)	40

Bron: CGG-SP

Een derde belangrijke functie die de CGG-SP-medewerkers opnemen is de **consult- en adviesfunctie**. Dit houdt in dat professionals deze organisatie kunnen contacteren bij vragen betreffende suïcidepreventie. In dit kader organiseert de CGG-SP tweejaarlijks een workshopdag voor hulpverleners. Er wordt steeds gewerkt rond een thema. Hieronder vind je de verschillende thema's, het bereik en de tevredenheidsscore per editie terug.

Tabel 42: Workshopdagen CGG-SP, 2015-2017-2019

	THEMA	DEELNEMERS	TEVREDENHEIDSSCORE
2015	Preventie en zorg, hand in hand	180	7.9
2017	Contextueel of context-u-heelt: verbindend werken in suïcidepreventie	153	8.3
2019	Van acute tot chronische suïcidaliteit	140	7.8

Bron: CGG-SP

Tot slot spelen ze een belangrijke rol in de **netwerkvorming**, waarbij overleg en samenwerking met de noodzakelijke actoren van belang is.

Tabel 43: Activiteiten omtrent overleg en evaluatie CGG-SP, 2012-2020

ACTIVITEITEN OMTRENT OVERLEG EN EVALUATIE	
2012	-
2013	187
2014	225
2015	236
2016	180
2017	686
2018	474
2019	404
2020 (AUG)	426

Bron: CGG-SP

4.3.1.3 CPZ

De vormingen die worden georganiseerd door het CPZ vertrekken vanuit de expertise die de Zelfmoordlijn heeft, waarbij er wordt ingezet op crisioverbrugging, het bespreekbaar maken van suïciditeit, suïcidepreventie online en via de telefoon. De vormingen gaan van een korte sensibilisering van twee uur tot meerdaagse trainingen en train-de-trainersvormingen. De vormingsmomenten bestaan uit een combinatie van praktijk en theorie, waarbij de klemtoon ligt op gedragswijziging. Zowel intermediairs die werkzaam zijn in de crisishulpverlening (bijv. operatoren noodcentrale) als toekomstige hulpverleners (studenten) worden hierbij bereikt. Recentelijk gaat er meer aandacht uit naar die laatste doelgroep. Zij worden bereikt via gastlessen, keuzevakken en workshops. De resultaten hieronder tonen het bereik over beide doelgroepen heen.

Tabel 44: Aantal vormingen en bereikte mensen (studenten + intermediairs) via vorming CPZ, 2012-2020

	AANTAL VORMINGEN	DEELNEMERS VORMINGEN	BEREIKTE STUDENTEN
2012	24	764	/
2013	21	793	/
2014	30	1.100	/
2015	43	1.300	635
2016	42	912	250
2017	42	915	224
2018	45	619	249
2019	76	1.551	359
2020	34	771	297

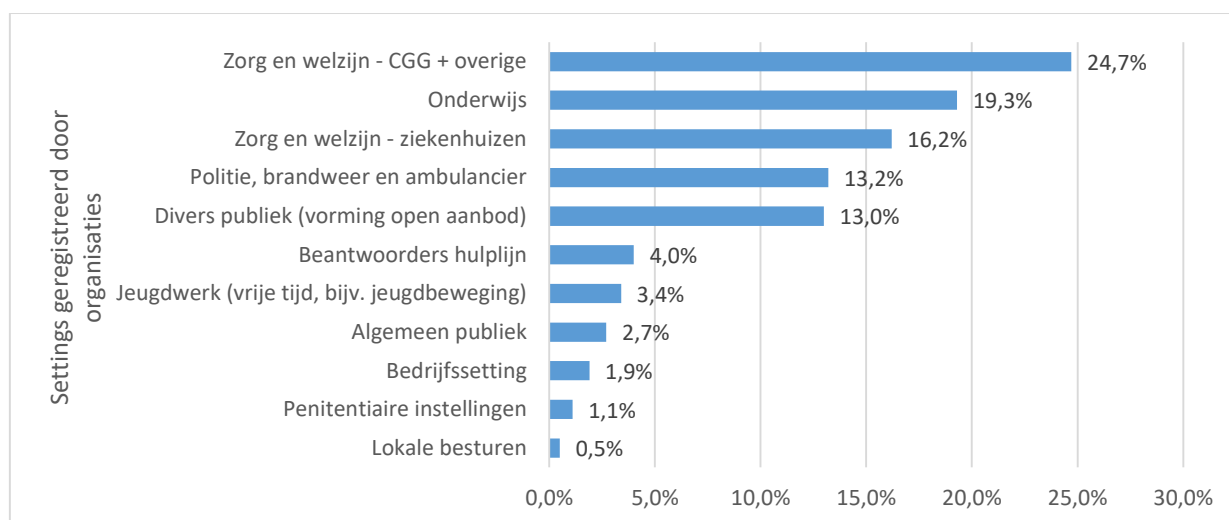
Bron: CPZ

Sinds 2018 biedt het CPZ een aantal intensieve opleidingstrajecten aan in een aantal opleidingen aan hogescholen en universiteiten. Hierbij volgen de studenten een opleidingstraject van 30 uur, en beantwoorden zij gedurende 60 uur de Zelfmoordlijn. Meer info hierover 4.2.2

Evaluatie (tevredenheid en effectiviteit) vormingen CGG-SP & CPZ:

In 2016 ontwikkelde VLESP een evaluatie-instrument dat sinds 2017 wordt afgenomen bij vormingen vanaf drie (CPZ) of vier (CGG-SP) uur. Voorafgaand aan, net na en drie maanden na de vorming worden de deelnemers gevraagd om een vragenlijst in te vullen. Aan de hand hiervan kan een verandering in kennis, attitudes en vaardigheden worden vastgesteld en wordt de tevredenheid bevraagd. Bij de vormingen van het CPZ wordt het Vragenlijst Reacties op Suïcidaliteit (VROS) afgenomen bij vormingen van een dag of langer (Tabel 45)

Vooraleer we overgaan tot de resultaten uit de evaluatie is het belangrijk om stil te staan bij welke doelgroepen voornamelijk bereikt worden bij vormingen van de CGG-SP en het CPZ. Voornamelijk personeel uit welzijnsorganisaties, onderwijspersoneel en/of studenten en ziekenhuispersoneel worden opgeleid. Hieronder kan een overzicht worden teruggevonden:

Figuur 34: Setting van deelnemers vormingen CPZ & CGG-SP, 2019**Bron:** VLESP

Op basis van de rollen die worden ingevuld bij het evaluatie-instrument blijkt dat in 2019 21.6% psycholoog, psychotherapeut of psychologisch consulent was, 17.2% was verpleeg- of zorgkundige en 16.9% maatschappelijk werker. Studenten (0.6%), artsen (1%) en vrijwilligers bij een hulplijn (2.9%) vulden de vragenlijst het minst in. Een mogelijke hypothese is dat er vaker een kortere vorming (minder dan 3 uur) gegeven wordt aan deze laatstgenoemde doelgroepen.

Samengevat worden de settings zorg en welzijn en onderwijs goed bereikt door de vorming. Dit kan ook teruggevonden worden in de resultaten van de evaluatie, waaruit blijkt dat voornamelijk psychologen, psychotherapeuten en psychologisch consulenten, zorg- en verpleegkundigen en maatschappelijk werkers de vragenlijst invullen. Binnen de setting zorg en welzijn is het echter opvallend dat (huis)artsen weinig bereikt worden met het vormingsaanbod. Bovendien zijn er ook settings die te weinig bereikt worden, zoals de bedrijfssetting en de setting lokale besturen.

De *responsrate* van de bevraging door VLESP is beperkt. In 2018 werden pre- en postmeting door 40% van de deelnemers ingevuld, wanneer de follow-upmeting erbij genomen wordt vult 11% de drie vragenlijsten in. In 2019 liggen de cijfers nog lager. 6.5% van alle deelnemers vulde de pre- en postmeting in, over de drie vragenlijsten heen vulde slechts 0.9% van de deelnemers zowel de pre-, post- als follow-upmeting in (Verhamme, Pauwels, & Portzky, 2020). Door het kleine aantal respondenten in de follow-upmeting, hebben onderstaande gegevens betrekking op de vergelijking tussen de pre- en postmeting van het jaar 2019.

Ondanks dat het basisniveau rond de kennis van mythes en het verklarend model al erg hoog ligt, scoren respondenten na het volgen van een vorming nog beter op beide onderdelen. Twee vragen peilen naar de attitudes van deelnemers:

- Als iemand echt zelfmoord wil plegen, dan kan ik daar niet veel aan doen;
- Ik ben bereid om een persoon die een suïcidale crisis doormaakt te helpen door contact te leggen.

Na het volgen van een vorming hebben respondenten (nog meer) het gevoel dat ze wel degelijk iets kunnen betekenen voor suïcidale personen en zich dus minder machteloos voelen in gesprekken met deze doelgroep. Tot slot voelen respondenten zich significant meer bekwaam en comfortabel in het omgaan met mensen met zelfmoordgedachten. Bij de variabele dat peilt naar de vaardigheden m.b.t. opvang en doorverwijzen kon geen significant verschil gevonden worden tussen de pre- en postmeting. Het volgen van een vorming heeft dan weer een positieve en significante impact op het weten waar men terecht kan voor informatie, advies en training (Verhamme et al., 2020).

Zoals hierboven wordt weergegeven, wordt de VROS afgenomen bij vormingen van minstens een dag. Hieronder kunnen de resultaten pre- en post worden teruggevonden.

Tabel 45: VROS-metingen pre- en post CPZ, 2012-2020

	VROS PRE	VROS POST
2012		
2013	73.0	54.2
2014	57.1	47.7
2015	58.2	48.7
2016	59.6	51.4
2017	53.0	46.4
2018	58.1	50.1
2019*	45.4	39.6

**Data voor 2017 en 2018 werd berekend op basis van de gemiddelde scores voor alle deelnemers, data voor 2019 is gebaseerd op de data van de deelnemers waarvan de gegevens uit de premeting konden worden gekoppeld aan de postmeting.*

Bron: CPZ

Ten slotte worden de vormingen ook positief geëvalueerd door de respondenten. 98.3% vindt de vormingen eerder tot helemaal wel inhoudelijk interessant en 97.3% vindt de inhoud van de vormingen eerder tot helemaal wel toepasbaar in de praktijk. Gemiddeld scoren de vormingen 8.6 op 10, dewelke in dezelfde lijn ligt als de voorgaande jaren (8.3 op 10 in zowel 2017 als 2018) (Verhamme et al., 2020).

4.3.1.4 *Werkgroep Verder (deelwerking VLESP)*

Sinds 2011 werkt Werkgroep Verder met freelance vormingsmedewerkers. Deze medewerkers hebben een menswetenschappelijke achtergrond en worden gevormd door Werkgroep Verder aan de hand van een train-de-trainer formule. Daarenboven zijn er ook samenwerkingsverbanden met het CPZ en de CGG-SP.

De vormingen van Werkgroep Verder bestaan uit volgende modules:

1. Rouwen na zelfdoding (naast informatie over het thema zelfdoding in het algemeen wordt er uitgebreid stilgestaan bij het rouwproces na een suïcide; ook worden er vormingen aangeboden over het unieke rouwproces na zelfdoding bij kinderen en jongeren);
2. Hulpverleners als nabestaande (gericht naar hulpverleners die moeten omgaan met een suïcide van een cliënt);
3. ‘Therapeutische interventies bij nabestaanden na zelfdoding (handvatten ter ondersteuning van hulpverleners die nabestaanden begeleiding);
4. Rouwen op de werkvloer (gericht naar werknemers);
5. Slechtnieuwsmelding en eerste opvang na zelfdoding (gericht naar politie en andere slechtnieuwsmelders);

Hieronder vind je een overzicht van het aantal georganiseerde vormingen door Werkgroep Verder, met daarna de gemiddelde score per jaar.

Tabel 46: Bereik en tevredenheid vormingen Werkgroep Verder 2012-2020 (aug)

	AANTAL GEORGANISEERDE VORMINGEN	AANTAL DEELNEMERS	TEVREDENHEID
2012	22	/	7.7
2013	23	/	7.8
2014	13	/	7.9
2015	17	/	8.2
2016	9	/	8.1
2017	14	302	8.3
2018	15	385	8.6
2019	18	556	8.6
2020	5	313	8.6

Bron: VLESP

4.3.1.5 Lezingen algemeen publiek

Tot 2018 werden er enkel vormingen aangeboden aan hulpverleners en intermediairs. In Vlaanderen werd de impact van vormingen over suïcidepreventie bij een algemeen publiek nog niet onderzocht. Vandaar ontwikkelde VLESP in 2018 samen met het CPZ en CGG-SP een pilootstudie om de impact van een dergelijke vorming te onderzoeken.

De inhoud van de vorming is opgebouwd uit powerpointslides rond de volgende thema's: epidemiologie, risicofactoren en mogelijkheden tot preventie. De onderzochte vorming beslaat 2 uur en naast de spreker was er ook steeds een begeleider aanwezig om mensen uit het publiek op te vangen indien nodig. De studie bestond uit een pre- en postmeting aan de hand van vragenlijsten. Hierbij werden de kennis en attitudes over suïcidepreventie, de hopeloosheid en de gemoedstoestand gemeten (Dumon, 2018).

De lezingen worden zowel door de CGG-SP als door het CPZ aangeboden.

Bereik

De pilootlezingen gingen door op 5 locaties in Vlaanderen en werden bijgewoond door 284 deelnemers in totaal, gemiddeld 57 per locatie. Bij implementatie in 2019 werd de lezing 3 keer georganiseerd, waarbij in totaal 108 mensen werden bereikt. In 2020 vond de lezing één keer fysiek plaats, met 36 deelnemers.

In 2020 werd – in het kader van de COVID-pandemie – een online versie gemaakt van de lezing algemeen publiek. De lezing werd iets ingekort, tot een 1-uur durende webinar, waarbij de deelnemers handvatten krijgen hoe signalen van zelfdoding te herkennen in hun omgeving en hoe hier preventief op te reageren. Naast de spreker was er ook een begeleider aanwezig die via de chatfunctie inhoudelijke vragen van deelnemers beantwoordde. Na de webinar ontvingen de deelnemers een uitgebreide e-mail met een aantal handvatten en online tools om met de inhoud van de webinar aan de slag te gaan. In de periode november-december 2020 werd de webinar 5 keer door het CPZ aangeboden, telkens met 100 ingeschreven deelnemers.

Tevredenheid

Tijdens de pilootstudie kreeg de lezing gemiddeld een 8,4 op 10. De reacties van deelnemers en trainers waren overwegend positief (Dumon, 2018).

Effect

Het volgen van de training had gemiddeld genomen een significant positieve impact op de kennis en de attitudes van de deelnemers en leidde tot een lagere hopeloosheid en een daling van negatieve emoties (Dumon, 2018).

4.3.2 Posterstudie

ORGANISATIE	EZO
AANVANG	2013-2014
DOELGROEP	Professionelen

Onderbouwing

In de gezondheidszorg worden posters veelvuldig gebruikt voor het vergroten van kennis, zelfvertrouwen en versterken van attitudes bij patiënten, het gebruik van posters als deskundigheidsbevordering voor professionals is daarentegen relatief nieuw. Eerste onderzoeken binnen diverse gezondheidszorgdomeinen tonen aan dat posters op een eenvoudige en kosteneffectieve manier ook effectief kunnen zijn voor intermediairs.

Binnen dit kader heeft het Suicide Prevention Resource Center (SPRC) in de VS een educatieve campagne opgezet voor professionals die werkzaam zijn op spoeddiensten, bestaande uit een poster, getiteld “Is your patient suicidal?” en een begeleidende gids, getiteld “Suicide Risk: A guide for ED evaluation and Triage” (Currier et al., 2012). Op basis van de significant positieve resultaten van een gerandomiseerde gecontroleerde die door het SPRC werd uitgevoerd, werd de poster en gids door het SPRC als ‘*best practice*’ aangemerkt.

Geïnspireerd op de campagne van het SPRC om blijvende aandacht te vragen voor de vroegdetectie van suïcidaliteit, werd middels een gerandomiseerde gecontroleerde studie nagegaan of een poster en gids ook een effectieve methodiek van deskundigheidsbevordering vormt voor personeelsleden van spoeddiensten en PAAZ-afdelingen in Vlaanderen, in termen van kennis, zelfvertrouwen en attitudes (van Landschoot, Portzky, & van Heeringen, 2017).

Bereik

Van de 76 Vlaamse ziekenhuizen die werden gecontacteerd, hebben 49 ziekenhuizen daadwerkelijk deelgenomen, wat neerkomt op 64.5%. Van de 2634 personeelsleden die werden gecontacteerd, zijn er 1171 oftewel 49.5% opgenomen binnen deze studie (van Landschoot et al., 2017).

De poster werd tussen 2017 en augustus 2020 in totaal 156 keer gedownload op de website van Zelfmoord1813. Daarnaast werd de poster ook nog aangevraagd via de infomail van VLESP en EZO. Hier kan geen concreet cijfer op worden geplakt.

Effectiviteit

Uit de RCT-studie bleek dat de postercampagne geen effect heeft gehad op het kennisniveau van de personeelsleden. Ook heeft het geen invloed gehad op het zelfvertrouwen van de personeelsleden in de mogelijkheden om met suïcidale patiënten om te gaan. Het verspreiden van de poster met bijhorende gids heeft enkel op de PAAZ-afdeling bijgedragen aan de ontwikkeling van meer adaptieve attitudes omtrent het omgaan met suïcidale patiënten, specifiek bij attitudes t.a.v. 'hulpbereidheid'. Dit is echter enkel wanneer geen pretest is uitgevoerd (van Landschoot et al., 2017). Gezien deze beperkte effectiviteit is beslist om deze methodiek niet verder te implementeren in Vlaanderen.

4.3.3 ASPHA

ORGANISATIE	CPZ
AANVANG	2010
DOELGROEP	Professionelen

Onderbouwing

Een volgende actie dat de deskundigheid bij intermediairs bevordert, is ASPHA, de Advieslijn SuïcidePreventie voor Huisartsen en Andere hulpverleners. Aangezien huisartsen onvoldoende bereikt werden via vormingen, werd in 2010 ingezet op een breed toegankelijke hulplijn. Enkele jaren later werd die verbreed van huisartsen naar andere hulpverleners. Wanneer een hulpverlener hulp of advies nodig heeft bij de begeleiding van een suïcidale patiënt, kan deze ASPHA telefonisch of via e-mail contacteren. Deze dienstverlening wordt georganiseerd door het Centrum ter Preventie van Zelfdoding en is gebaseerd op de methodieken die worden gebruikt tijdens vormingen en die worden toegepast aan de Zelfmoordlijn. Om de kwaliteit hoog te houden, wordt ASPHA permanent geëvalueerd. Zo wordt van elk gesprek een geanonimiseerd verslag gemaakt en wordt er tweejaarlijks een evaluatie van het bereid en de doeltreffendheid van de gesprekken gedaan.

Sinds 2016 worden de hulp- en adviesvragen enkel nog beantwoord door stafmedewerkers van het CPZ (en niet meer door de vrijwilligers van de Zelfmoordlijn). Enerzijds door de specifieke kennis die vereist is voor het beantwoorden van meer gespecialiseerde vragen en anderzijds door de over-bevraging van de Zelfmoordlijn.

Bereik

Tabel 47: Aantal oproepen ASPHA via de verschillende media, 2012-2019

	TELEFOON	MAIL	TOTAAL
2012	72	5	77
2013	123	5	128
2014	122	3	125
2015	135	15	150
2016	236	20	256
2017	345	26	371
2018	314	24	334
2019	360	36	396
2020 (AUG)	255	12	267

Bron: CPZ

Tabel 48: Verspreiding folders ASPHA, 2012-2019

	FOLDERS
2012	4.000
2013	6.000
2014	3.000
2015	2.400
2016	870
2017	450
2018	1.251
2019	1.085
2020 (AUG)	/

Bron: CPZ

Tot eind 2020 werd de pagina over ASPHA op Zelfmoord1813 al 24.283 keer bezocht. De Google advertenties die verwijzen naar deze pagina werden 235.158 keer getoond in 2016, waarbij er 2.087 maal werd doorgeslikt.

Tabel 49: Bezoekers ASPHA-pagina op Zelfmoord1813 en bekendmaking ASPHA via Google Adwords

	BEZOEKERS ASPHA PAGINA (ZELFMOORD 1813)	GOOGLE ADVERTENTIE GETOOND	GOOGLE ADVERTENTIE GEKLIKT
2012	1.546	/	
2013	4.258	17.621	109
2014	1.042	90.323*	255
2015	2.669	146.622	379
2016	3.305	235.158**	2.087
2017	3.148	/	/
2018	2.582	/	569
2019	2.767	/	250
2020	2.966	/	/

*79 gerelateerde zoektermen

**87 gerelateerde zoektermen

Bron: VLESP

In 2013 werd een bekendheidsenquête afgenomen bij 443 hulpverleners. Eén vijfde van de bevroegden kende ASPHA goed en 15.6% van zij die het kenden hadden er reeds gebruik van gemaakt (Centrum ter Preventie van Zelfdoding, 2013a). Daarenboven kan worden gesteld dat ASPHA bekend is bij een breder publiek dan enkel huisartsen. Zo bestonden de oproepers in 2015 voor 20% uit huisartsen. De overige 80% waren hulpverleners uit andere disciplines (Centrum ter Preventie van Zelfdoding, 2015a).

In het najaar van 2020 werd een grondige evaluatie van ASPHA uitgevoerd. Hierbij werden oproepverslagen van gesprekken met ASPHA in de periode van januari 2016 tot en met augustus 2020 geanalyseerd, in totaal 523 oproepverslagen.

De meerderheid van de oproepers zijn vrouwen (85%). De meest voorkomende leeftijdscategorie is 30-39 jaar (28%). Psychologen contacteren ASPHA het vaakst. Hulpverleners met een eigen praktijk of groepspraktijk zijn diegenen die het vaakst contact opnemen.

De oproeper neemt vooral contact op voor cliënten of patiënten (67%) gevolg door leerlingen of studenten (17%). Diegene waarvoor men belt zijn in 55% van de gevallen vrouw. En de leeftijdscategorie 20-29 jaar komt het meeste voor in 16,5% van de gevallen. 46,3% van alle derden waarvoor men belt heeft reeds een uitgewerkt zelfmoordplan. De oproepers bellen dus

het vaakst wanneer de situatie reeds acuut is. Zoals aangegeven door de oproeper heeft 37% van de derden reeds een zelfmoordpoging ondernomen.

Van 510 werd de vraag naar functie van de oproeper ingevuld.

Tabel 50: Functie van de oproeper van ASPHA

FUNCTIE VAN OPROEPER (N=510)	PERCENTAGE
ANDERE	37,7%
HUISARTS	6,1%
MAATSCHAPPELIJK WERKER	12,8%
PEDAGOOG	1,6%
PSYCHOLOOG	26,3%
WEET NIET	15,7%
EINDTOTAAL	100%

Tevredenheid

In 2013 werd een enquête afgenomen bij 443 hulpverleners om de bekendheid en tevredenheid van ASPHA na te gaan. Binnen deze enquête werd eveneens kort bevraagd of ze tevreden zijn van de beschikbare dienstverlening. De meerderheid gaf aan dat ze tevreden waren over deze dienstverlening en er opnieuw gebruik van zouden maken indien nodig (Centrum ter Preventie van Zelfdoding, 2013a).

In het najaar van 2020 werd onder gebruikers een tevredenheid enquête afgenomen. Aan het eind van een ASPHA gesprek werd de oproeper automatisch doorgestuurd naar de telefonische enquête middels een bandje. 21 personen vulden deze enquête in. 95% van de deelnemers gaf minstens een score van 4 op 5 op de vraag hoe tevreden ze waren over het gesprek. De gemiddelde score was een 4,7. Ook gaf 2/3 van de gebruikers aan dat ze zich na het gesprek bekwamer voelde in het omgaan met suïcidale personen en 95% voelde zich ondersteund.

Met 6 van de 21 deelnemers werd een week nadat zij met ASPHA belden een gesprek afgenomen om uitvoeriger in te gaan op hoe ze het gesprek met ASPHA hadden ervaren en of ze hetgeen wat besproken was in de praktijk hadden kunnen toepassen. Alle deelnemers waren uitgesproken positief over het gesprek. Geen enkele deelnemer had moeilijkheden ondervonden met het in de praktijk brengen van het besprokene. Met name het concreet overlopen van handvaten en het sterken van het zelfvertrouwen werden aangedragen als redenen waardoor dit goed liep.

Informatie over ASPHA kan worden teruggevonden op <https://www.zelfmoord1813.be/aspha>.

4.3.4 SP-reflex

ORGANISATIE	VLESP
AANVANG	2017
DOELGROEP	Professionelen

Onderbouwing

In 2017 ontwikkelde VLESP de Multidisciplinaire richtlijn voor de detectie en behandeling van suïcidaal gedrag (Aerts, Dumon, van Heeringen, & Portzky, 2017) (meer info: hoofdstuk 4.5.2). Bij deze richtlijn hoort ook een e-[learningplatform](#) waar hulpverleners de inhoud van de richtlijn op een interactieve manier kunnen doornemen en inoefenen. Deze e-learning is ontwikkeld als aanvulling op de face-to-face trainingen, want de aanbieders merkten dat ze hiermee maar een beperkt aandeel van de hulpverleners bereikten.

Het e-learningplatform bestaat uit een website waar de belangrijkste onderdelen van de richtlijn worden aangeboden in de vorm van animatiefilmpjes, informatiepagina's en e-learningmodules. Dit platform werd ontwikkeld in samenwerking met MindBytes. Aanvankelijk bestond de e-learning uit vier modules (Detectie, Behandeling, Na een poging en Na een suïcide). In 2019 uitgebreid met een [module over suïcidepreventie bij ouderen](#) (meer info: hoofdstuk 4.4.7).

Bereik

De website SP-reflex werd van bij de lancering tot eind 2019 door 28 435 unieke personen bezocht. In Tabel 51 wordt een overzicht gegeven van het aantal deelnemers per jaar sinds de lancering.

Tabel 51: Deelnemers SP-reflex, 2017-2020

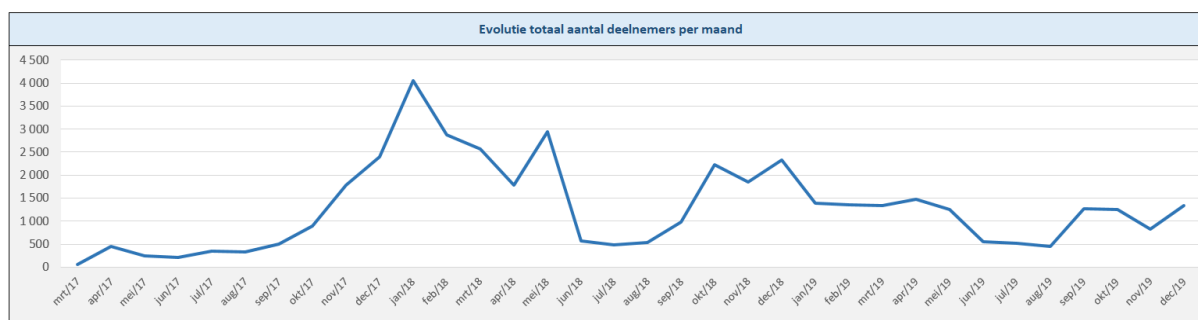
DEELNEMERS SP-REFLEX	
2017	1.175
2018	4.712
2019	3.124
2020 (AUG)	1.390*

**Data van deelnemers op externe ziekenhuisplatformen zijn hierin niet opgenomen*

Bron: VLESP

Figuur 35 op haar beurt toont het aantal gevolgte onderdelen per maand (de *e-learning* omvat sinds de lancering van de richtlijn rond suïcidepreventie bij ouderen 10 onderdelen).

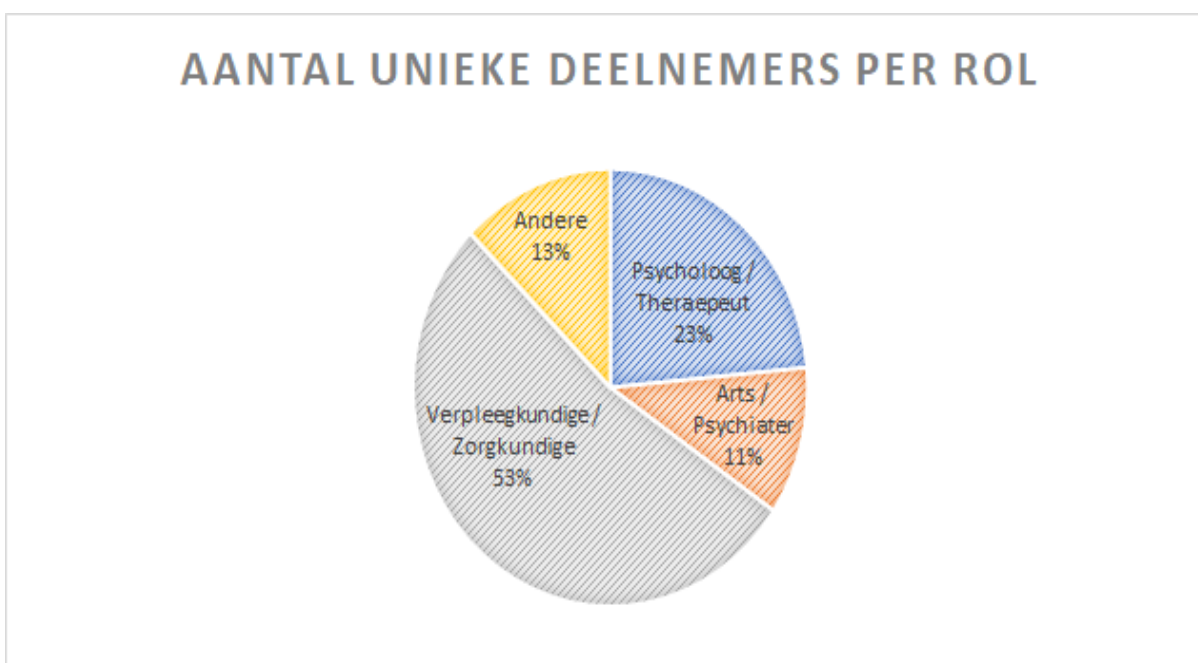
Figuur 35: Overzicht totale aantal gevolgte onderdelen per maand (van maart 2017 tot december 2019)



Bron: VLESP

Figuur 36 geeft de functie van de deelnemers weer. Voornamelijk zorg- en verpleegkundigen volgen één of meerdere modules. Slechts 1 op de 10 deelnemers was arts/psychiater.

Figuur 36: Overzicht van de rollen van de deelnemers



Bron: VLESP

Tevredenheid

Alle deelnemers die deelnamen aan de e-learning tussen 1 januari 2018 en 30 augustus 2018 kregen via e-mail een link naar een online evaluatievragenlijst toegestuurd. In totaal vulde 327 deelnemers de evaluatievragenlijst in (301 volledig, 26 gedeeltelijk). Dat is ongeveer 5% van het totale aantal unieke gebruikers (4111 geregistreerde + ongeveer 2000 anonieme, afgerond naar 6000).

De e-learning scoort gemiddeld een 7,9/10. 92.5% van de deelnemers vond de e-learning inhoudelijk interessant. 89.2 % vond de e-learning toepasbaar in de praktijk. 60.5% voelt zich bekwaam in het omgaan met suïcidale personen (34% neutraal). 61.7% voelt zich comfortabeler om een gesprek over zelfmoord aan te gaan (32.3% neutraal). 86% zou de e-learning aanraden aan collega's. Over het algemeen wordt de e-learning dus positief beoordeeld, maar extra oefening lijkt nodig om zich comfortabeler en bekwaam te voelen in het omgaan met suïcidale personen.

4.3.5 Conclusie strategie 3

In het kader van deskundigheidsbevordering worden op jaarlijkse basis verschillende vormingen georganiseerd, waarbij de vormingen van CGG-SP en CPZ in 2019 in totaal 8.770 deelnemers bereikten. Sommige doelgroepen blijken echter moeilijker bereikbaar dan anderen, zoals (huis)artsen en studenten. Ook binnen de setting werk worden er weinig vormingen gegeven. De laatste jaren wordt echter getracht om toekomstige hulpverleners, studenten dus, beter te bereiken. Dit blijft een belangrijk aandachtspunt in de uitbouw van een volgend actieplan.

Naast vormingen worden hulpverleners ook bereikt door SP-reflex. Het e-learningplatform zorgde voor een significante uitbreiding van het bereik van deskundigheidsbevordering en ook via ASPHA worden heel wat hulpverleners met een specifieke ondersteuningsvraag bereikt.

In 2018 werd het effect van de impact van vormingen over suïcidepreventie bij een algemeen publiek onderzocht. Uit deze studie blijkt de lezing een positieve impact te hebben op de kennis en attitudes van deelnemers en leidde deze tot een lagere hopeloosheid en een daling van negatieve emoties.

Informatie inzake de vormingen kan worden opgevraagd bij de verantwoordelijke organisaties. De vormingen worden ook gepubliceerd op de portaalsite Zelfmoord1813.be, waarbij aan de bezoeker een [overzicht](#) wordt aangeboden van de verschillende opleidingen inzake suïcidepreventie.

4.4 Strategie 4: Strategieën voor specifieke risicogroepen

Onder deze strategie worden interventies georganiseerd naar die groepen waar een verhoogd risico op de ontwikkeling van suïcidaliteit of het stellen van suïcidaal gedrag. Verschillende acties kunnen hieronder worden teruggevonden.

- Zorg na een suïcidepoging
- Toekomstgerichte Training en Mindfulness-based Cognitieve Training (suïcidale personen)
- VDIP (jongeren met psychische problemen)
- Werkgroep Verder na suïcide (nabestaanden)
- Huisartsen en apothekers
- Insight-studie (45- tot 60-jarigen)
- Richtlijn en e-learningmodule over suïcidepreventie bij ouderen
- LGBTQ+
- Awel-studie (suïcidale jongeren)
- ABFT (suïcidale jongeren)
- Inventaris etnische minderheden
- Gedetineerden

4.4.1 Zorg na een suïcidepoging

ORGANISATIE	Zorg na een suïcidepoging (deelwerking VLESP), vroeger: Zorg voor Suïcidepogers
DOELGROEP	Mensen die een suïcidepoging ondernamen en hun omgeving

4.4.1.1 (K)IPEO**Onderbouwing**

Uit wetenschappelijk onderzoek komt naar voor dat eerdere suïcidepogingen een voorspeller zijn van toekomstig suïcidaal gedrag. Het risico op fataal gedrag neemt toe bij elke poging (Bergen, Hawton, Waters, Cooper, & Kapur, 2010; Carroll, Metcalfe, & Gunnell, 2014; Hawton et al., 2015). Hieruit volgt dat een goede systematische nazorg van suïcidepogingen met aandacht voor screening en evaluatie van verder suïcidaal risico noodzakelijk is om nieuw suïcidaal gedrag te voorkomen (Bergen et al., 2010; Hickey, Hawton, Fagg, & Weizel, 2001). Na een suïcidepoging melden mensen zich vaak rechtstreeks aan bij de spoedgevallen, maar verlaten ook snel weer het ziekenhuis na de nodige medische verzorging. Dergelijke somatische crisisinterventie is echter onvoldoende. Een doorverwijzing naar de gepaste klinische vervolgzorg kan dan ook recidive en suïcides vermijden. Bij dergelijke opvang wordt wel een bijzondere deskundigheid verwacht waartoe het personeel op de spoedafdeling vaak niet is opgeleid (Kapur et al., 1998; Kapur, House, Dodgson, May, & Creed, 2002; Thomas et al., 1996).

In dit verband werd ter ondersteuning van het ziekenhuispersoneel in 1998 een klinisch instrument ontworpen, nl. het **Instrument voor de Evaluatie en Opvang van Suïcidepogers (IPEO)**. Dit is een semigestructureerd interview dat bestaat uit twee delen. Een eerste beknopt deel bevraagt basisinformatie over de poging en kan door het personeel van de spoedafdeling worden afgenomen. Een tweede deel bevraagt meer gespecialiseerde informatie (De Munck, Scoliers, Van Rijsselberghe, Portzky, & Van Heeringen, z.j.). Het doel van dit instrument is het organiseren van zorgcontinuïteit, waarbij de patiënt wordt aangemoedigd om vervolgzorg op te nemen en te continueren (Dienst Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg, 2012).

Bijkomend werd tijdens de studiedag “Op (zorg)pad met de jonge suïcidepoger” in 2012 het [KIPEO](#) geïntroduceerd. Dit is een instrument dat werd ontworpen voor kinderen en jongeren. Deze versie kwam er op vraag van kinderpsychiaters en spoedpersoneel en in opdracht van het Vlaamse Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Ook bij jongeren na een suïcidepoging blijkt dat de spoedafdeling een cruciale rol speelt in het behandelingstraject, waardoor bleek dat er nood was aan een op maat gemaakt instrument (De Jaegere, Hoorens, Portzky, & Van Heeringen, 2014).

Om een goede zorg te voorzien, is het van belang dat het ziekenhuispersoneel de juiste ondersteuning krijgt door middel van opleidingen. Er werden eveneens draaiboeken opgesteld, zowel gericht naar volwassenen als naar jongeren. Tot slot worden de gegevens die worden verzameld aan de hand van het (K)IPEO jaarlijks gebundeld en verwerkt door de Eenheid voor Zelfmoordonderzoek. Aan de hand van verschillende analyses wordt jaarlijks bepaald hoeveel suïcidepogingen zich naar schatting hebben voorgedaan in Vlaanderen (de meest recente cijfers vind je terug in hoofdstuk 2.2)

Bereik

Tabel 52: Aantal deelnemende ziekenhuizen IPEO, 2012-2019

	ZIEKENHUIZEN DIE EEN ENGAGEMENT ZIJN AANGEGAAN	DEELNEMENDE ZIEKENHUIZEN
2012	40	29
2013	41	33
2014	42	37
2015	45	36
2016	43	35
2017	42	27
2018	39	27
2019	39	27

Bron: VLESP

Tabel 53: Aantal deelnemende instellingen KIPEO, 2012-2019

	ZIEKENHUIZEN	KINDER- PSYCHIATRISCHE SETTINGS	CLB	CGG	ANDERE
2014	-	7	49	11	1
2015	26	9	51	14	1
2016	27	9	51	14	1
2017	27	7	51	14	1
2018	27	7	51	14	1
2019	27	7	51	14	1

Bron: VLESP

Tabel 54: Aantal deelnemers vormingen, 2012-2020

	IPEO	KIPEO
2013	166	443
2014	323	1.029
2015	273	278
2016	476	172
2017	296	44
2018	192	48
2019	252	77
2020 (AUG)	46	15

Bron: VLESP

Tabel 55: Sensibilisering: Vorming waarin Zorg na een suïcidepoging wordt opgenomen, 2012-2020

VORMINGEN ZORG NA EEN SUÏCIDEPOGING	
2012	4.423
2013	4.730
2014	4.659
2015	4.042
2016	4.778
2017	6.871
2018	7.880
2019	7.219
2020 (AUG)	4.184

Bron: CGG-SP***Tevredenheid***

De instrumenten IPEO en KIPEO worden tweejaarlijks beoordeeld door de GGZ-voorzieningen aan de hand van face-to-face of telefonische evaluaties. Onderstaande resultaten hebben betrekking op volgende gegevens:

- Vorming: de opleiding die binnen ziekenhuizen of zorgdiensten worden georganiseerd voor het gebruik van dit instrument;
- CGG-SP: de samenwerking met de CGG-SP medewerker;
- Personeel: de tevredenheid van het personeel over het gebruik van het instrument;
- Project: de actie zelf;
- Implementatie: de inbedding van IPEO binnen de werking van het ziekenhuis.

In de tabellen wordt een onderscheid gemaakt met het aantal ziekenhuizen waarop in het betreffende jaar gegevens werden weerhouden ter evaluatie van het project (N) en het percentage dat eerder of zeer tevreden was (%).

Tabel 56: Evaluatie IPEO Ziekenhuizen; 2012-2018

2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)
VORMING						
96 (25)	83.3 (6)	84 (25)	100 (8)	87 (23)	100 (22)	100 (11)
CGG-SP						
88 (25)	100 (6)	92.3 (26)	100 (8)	95.9 (24)	100 (23)	100 (11)
PERSONEEL						
92 (25)	80 (5)	80 (25)	66.7 (9)	70.8 (24)	50 (2)	25 (4)
PROJECT						
96 (25)	83.3 (6)	83.3 (25)	100 (8)	95.8 (24)	90 (10)	100 (4)
IMPLEMENTATIE						
76 (25)	83.3 (6)	83.3(25)	62.5 (8)	62.5 (24)	90 (10)	75 (4)

Bron: VLESP

Tabel 57: Evaluatie KIPEO ziekenhuizen, 2015-2016 & 2017-2018

	2015 - 2016		2017-2018	
	N	%	N	%
VORMING	16	100	24	100
CGG-SP	16	100	26	100
PERSONEEL	16	75	6	33.3
PROJECT	16	100	13	100
IMPLEMENTATIE	16	75	24	85.7

Bron: VLESP

Tabel 58: Evaluatie KIPEO kinderpsychiatrische diensten, 2015-2016 & 2017-2018

	2015-2016		2017-2018	
	N	%	N	%
VORMING	3	100	2	100
CGG-SP	4	100	2	100
PERSONEEL	3	66.7	0	-
PROJECT	3	100	0	-
IMPLEMENTATIE	2	50	0	-

Bron: VLESP

Tabel 59: Evaluatie KIPEO CGG, 2015-2016*

	2015-2016	
	N	%
VORMING	8	100
CGG-SP	8	100
PERSONEEL	8	37.5
PROJECT	6	33.3
IMPLEMENTATIE	7	0

**De CGG zijn zelden of nooit de plaats waar een eerste evaluatie en opvang van een suïcidepoging gebeurt. De evaluatie van het KIPEO werd van daaruit na 2016 gestaakt. De CGG doen een oproep voor de verbreding van het KIPEO naar suïcidale personen.*

Bron: VLESP

Tabel 60: Evaluatie KIPEO CLB, 2015-2016*

	2015-2016	
	N	%
Vorming	13	69.2
Cgg-sp	12	66.7
Personeel	10	70
Project	10	50
Implementatie	3	30

**De CLB zijn zelden of nooit de plaats waar een eerste evaluatie en opvang van een suïcidepoging gebeurt. De evaluatie van het KIPEO werd van daaruit na 2016 gestaakt. De CLB doen een oproep voor de verbreding van het KIPEO naar suïcidale personen.*

Bron: VLESP

Sinds 2019 werden de evaluaties omgevormd tot 'opvolgingsgesprekken'. Hierbij gaan de CGG-SP medewerkers minstens tweejaarlijks langs bij alle ziekenhuizen, ongeacht of ze werken met het (K)IPEO-instrument en/of deelnemen aan de registratiestudie. Tijdens deze opvolgingsgesprekken wordt nagegaan hoe de zorg na een suïcidepoging verloopt, maar wordt ook aandacht geschonken aan het bredere verhaal in het kader van de opvang van suïcidale personen. Deze opvolgingsgesprekken kaderen ook binnen de netwerken zorgcontinuïteit suïcidale personen (zie hoofdstuk 4.5.4). In 2019 vonden 34 evaluaties plaats.

Bij de cijfers over de tevredenheid in het kader van het IPEO en KIPEO kan worden teruggevonden dat de meerderheid tevreden is. Naar implementatie toe blijft het echter belangrijk het (K)IPEO in te bedden in een ruimer suïcidepreventiebeleid. Bovendien wordt de nood naar een verbreding van het instrument naar suïcidale personen ook hier weerhouden.

Effectiviteit

Het gestandaardiseerde meetinstrument IPEO wordt geassocieerd met een significant voordelige uitkomst. Zo wordt er in onderzoek van Wittouck et al. (2010) gesteld dat de verschillende opties voor behandeling en het contacteren van de huisarts veel meer worden besproken binnen een kortere termijn na het ontslag uit het ziekenhuis dan de groep waarbij geen IPEO werd afgenomen. Daarnaast wordt de poging eerder besproken met de huisarts, om op die manier de medicatie en behandeling aan te passen (Wittouck et al., 2010).

In 2018 organiseerde VLESP een nodenverkenning in het kader van de herwerking en verbreding van IPEO/KIPEO. Zo blijkt er nood te zijn aan een breder instrument dat zich richt op suïcidale personen, ongeacht waar die persoon zich bevindt in het suïcidaal proces. Het instrument moet beschikbaar zijn voor alle personen en organisaties die in contact komen met suïcidale personen. Tot slot worden verbanden gelegd met en een eerste aanzet gegeven voor de risicoformulering en het safety plan. In 2019-2020 werd een nieuw instrument ontwikkeld, dat in het najaar van 2020 piloot draait in enkele zorginstellingen. Vanaf 2021 zal het vernieuwde instrument gelanceerd worden en zal de uitrol van de implementatie starten.

4.4.1.2 *Toolkit jonge suïcidepogers*

Onderbouwing

Naast het IPEO werd er een *toolkit* ontwikkeld gericht naar jongeren die een suïcidepoging hebben ondernomen. 10% van de jongeren geeft in zelfrapportage aan dat ze ooit een poging hebben gedaan om een einde te maken aan hun leven. Daarenboven kennen ze een belangrijke *drop-out* naar therapie toe (Cigularov, Chen, Thurber, & Stallones, 2008). De *toolkit* die werd ontworpen heeft tot doel hulpverleners te ondersteunen of dichterbij de jongere te brengen en richt zich naar hulpverleners, de naaste omgeving of andere betrokkenen aan de jongeren.

De *toolkit* bestaat uit drie delen:

- On Track Again (folder, website, app; website ouders)
- Folder: Hoe help je jouw kind terug op weg na een zelfmoordpoging?

A. On Track Again

De jongeren zelf worden bereikt door de [website](#) en bijhorende [folder](#) van On Track Again. In 2013 werd vanuit CERA de vraag gesteld of er geen breder aanbod naar jongeren kon worden opgesteld. De toenmalige organisatie 'Zorg voor Pogers' begon daarom een onderzoek naar de verschillende mogelijkheden om jongeren te bereiken. Hierbij werd geopteerd voor de methodiek *brief intervention*, ontwikkeld door Stanley en Brown (2012). De hulpvraag tijdens de suïcidale crisis wordt gebruikt om preventieve boodschappen en hulpmiddelen aan te bieden aan de hand van een korte interventie (Stanley & Brown, 2012). Deze methodiek werd ingebed in een [app](#), genaamd 'On Track Again' (Zorg voor suïcidepogers, 2014).

Vooraleer de app werd gelanceerd, werd de inhoud en vormgeving getoetst bij een panel van 20 jongeren die zijn opgenomen in een kinderpsychiatrische setting om na te gaan wat er nodig was in de app. De algemene beoordeling door de jongeren was zeer positief. 17 jongeren vonden dat de app er aantrekkelijk uitzag. De meerderheid gaf aan dat ze zelf de app zouden gebruiken. Ook naar ondersteuning en gebruik toe kreeg de app hoge scores (Zorg voor suïcidepogers, 2014).

In 2016 kreeg deze app een update, waardoor de app er grafisch anders uitziet. Inhoudelijk zijn er weinig veranderingen. In de loop van 2017 werd een update doorgevoerd aan het *safetyplan* om deze uniform te maken aan het *safetyplan* dat wordt aangeboden in de multidisciplinaire richtlijn.

Naast de website en de app gericht naar jongeren, werd er ook een website aangeboden voor ouders en de school, aangezien zij in nauw contact staan met de jongere. Een luik voorzien binnen On Track Again zou het jeugdige en laagdrempelige karakter teniet doen, waardoor er geopteerd werd voor een aparte website: 'opnieuwverder.be'. Deze website werd afgesloten in 2019 en opgenomen in de portaalsite Zelfmoord1813.

Bereik**Tabel 61:** Bereik platform On Track Again 2013-2019

	DOWNLOADS APP	BEZOEKERS WEBSITE	VERSPREIDE FOLDERS
2013	-	1.640	+/- 5.000
2014	1.732	5.086	+/- 5.000
2015	803	3.543	5.000
2016	861	3.296	5.000
2017	1.290	3.445	5.000
2018	1.418	/	5.000
2019	1.342	/	5.996
2020 (AUG)	1.861	/	+/- 5.000

Bron: VLESP

De tevredenheid werd gemeten in het kader van de pilootstudie, studies naar effectiviteit ontbreken momenteel.

B. Folder 'Hoe help je jouw kind terug op weg na een zelfmoordpoging?'

Binnen de *toolkit* voor jongeren na een suïcidepoging wordt er ook een folder aangeboden voor ouders: ['Hoe help je jouw kind terug op weg na een zelfmoordpoging?'](#). Ouders worden aangemaand om open en rustig te spreken met hun kind, aandacht te hebben voor signalen en ze krijgen enkele aandachtspunten mee om hun kind te ondersteunen.

Bereik**Tabel 62:** Aantal downloads brochure 'Hoe help je jouw kind terug op weg na een zelfmoordpoging'

	DOWNLOADS BROCHURES
2017	66
2018	88
2019	107
2020 (AUG)	57

Bron: VLESP

4.4.1.3 *Andere acties in het kader van de zorg na een suïcidepoging*

Onderbouwing

In 2016 en 2018 organiseerde Zorg voor Suïcidepogers een **roadtrip** waarbij de meest recente inzichten gericht naar mensen na een suïcidepoging werden voorgesteld in de verschillende Vlaamse provincies. De *roadtrip* is ontstaan als een vorm van erkentelijkheid voor de inspanningen van het werkveld en vormt daarnaast een goed moment om de organisatie kenbaar te maken. Tot slot was het een gunstig netwerkmoment voor de verschillende organisaties binnen de provincie die werken met personen na een suïcidepoging. In navolging van de *roadtrip* gericht op de zorg na een poging werd geopteerd om het thema te verbreden en te werken omtrent suïcidepreventie in het algemeen.

De deelwerking 'Zorg na een suïcidepoging' van VLESP ontwikkelde ook de folder '[Spreken met je kind over een zelfmoordpoging in de familie](#)' ter ondersteuning van hulpverleners en ouders. Tot slot werd er in 2018-2019 een [gids ontwikkeld voor naasten](#). Uit de Multidisciplinaire richtlijn (zie Hoofdstuk 4.5.2) komt naar voor dat het belangrijk is om naasten bij de behandeling te betrekken en bijgevolg is het dus ook belangrijk dat naasten ondersteuning vinden in dit proces (Aerts, Dumon, et al., 2017). De nood werd eveneens opgepikt via de feedback van de Zelfmoordlijn, infovragen van VLESP en via de CGG-SP. De gids is gebaseerd op de publicatie 'After a Suicide Attempt: A guide for Family and Friends' (Waterloo Region. Suicide Prevention Council, s.d.).

Bereik

In zowel 2016 als 2018 namen ongeveer 180 personen deel aan de *roadtrip*. Eind 2019 werden ongeveer 5000 exemplaren verspreid van de brochure 'Spreken met je kind over een zelfmoordpoging in de familie', hieronder kan je terugvinden hoeveel keer deze werd gedownload van de portaalsite, net zoals de cijfers van de Gids voor Naasten.

Tabel 63: Downloads 'spreken met je kind over een zelfmoordpoging in de familie' en 'Gids voor naasten'

	Downloads 'spreken met je kind over een zelfmoordpoging in de familie'	Downloads 'Gids voor Naasten'
2017	103	-
2018	114	-
2019	116	458
2020 (AUG)	42	112

Bron: VLESP

4.4.2 *Nieuwe behandelvormen voor suïcidale personen: Toekomstgerichte Training en Mindfulness-based Cognitieve Training*

ORGANISATIE	VLESP
AANVANG	2016
DOELGROEP	Suïcidale personen

Onderbouwing

Suïcide vraagt specifieke zorg. Het is echter zo dat veel strategieën gericht zijn op de behandeling van psychiatrische stoornissen zoals depressie, maar niet specifiek op suïcidaliteit. Uit de Gezondheidsconferentie Suïcidepreventie kwam een grote nood aan de ontwikkeling van dit luik naar voren. Er werd besloten om [twee nieuwe behandelmethodes](#) te onderzoeken op hun effectiviteit. Deze zijn '**Toekomstgerichte Training**' (TT) (van Beek, Kerkhof, & Beekman, 2008) en '**Op Mindfulness gebaseerde cognitieve training voor suïcidale personen**' (MBCT-S).

Toekomstgerichte training (TT)

Toekomstgerichte Training werd ontwikkeld door Van Beek, Kerkhof en Beekman aan de Vrije Universiteit van Amsterdam (2008). VLESP maakte de aanpassing voor gebruik in Vlaanderen. Deze therapievorm is gebaseerd op technieken uit de cognitieve gedragstherapie, probleemoplossende therapie en de positieve psychologie. De trainingen vinden wekelijks plaats en bestaan uit 10 trainingen. De therapie heeft als doel om hopeloosheid te doorbreken en wil doelgericht en toekomstgericht denken en gedrag stimuleren (De Jaegere et al., 2018).

Voor de implementatie van de TT volgt VLESP twee pistes. Enerzijds is er een open opleidingsaanbod, waarbij 18 hulpverleners opgeleid werden in 2019 over de provincies heen. De geplande opleidingen in de lente en herfst van 2020 konden niet plaatsvinden wegens de coronasituatie. Anderzijds wordt de opleiding aangeboden via de netwerken zorgcontinuïteit suïcidale personen. Hierdoor werden 13 hulpverleners opgeleid vanuit de netwerken Reling en Noolim in Limburg. Voor 2021 staan alvast opleidingen voor hulpverleners in Vlaams-Brabant gepland en wordt ook verder gekeken naar opleidingen in Oost-en West-Vlaanderen.

Mindfulness-Based Cognitieve Training en Toekomstgerichte Training (MBCT-S)

MBCT-S is een herwerking van de reguliere MBCT-training gericht op het werken met suïcidale personen (Williams, Fennel, Barnhofer, Silverton, & Crane, 2015). Deze herwerking vond plaats in samenwerking met de MBCT-trainers en is gebaseerd op bestaande trainingen, internationale literatuur en voorgaand onderzoek. De training duurt 8 weken en bestaat uit wekelijkse sessies van 2 uur. Het is een combinatie van mindfulness meditatie en cognitieve therapie. Het doel is om de suïcidale personen technieken aan te leren om bewuster om te gaan met stresserende gebeurtenissen in plaats van te reageren op basis van automatische negatieve gedachten. De trainingen nemen o.a. ook het *safetyplan* mee en vullen die stap voor stap in. Tot slot zijn er nog huiswerkopdrachten (De Jaegere et al., 2018).

De mogelijkheden omtrent implementatie worden momenteel door VLESP bekeken, maar tot op heden vonden er nog geen trainingen plaats.

Tevredenheid en effectiviteit

De onderzoeksopzet was een gerandomiseerde gecontroleerde studie waarbij suïcidale personen at random werden toegewezen aan een interventiegroep (MBCT-S of TT) of aan een controlegroep die 'treatment as usual' (TAU) ontving. Het evaluatieonderzoek had als onderzoeksvraag het effect van zowel MBCT-S als TT op de ernst van suïcidale gedachten en de daarbijhorende factoren, m. n. depressieve symptomen, hopeloosheid, piekeren, verslagenheid, vastzitten, mindfulness vaardigheden (voor MBCT-S) en toekomstgericht denken (voor TT). De effecten werden onderzocht op korte termijn (onmiddellijk na de training; postmeting) en lange termijn (na 12 weken; follow-up).

Bij MBCT-S kon er een significante daling worden teruggevonden bij de follow-upstudie t.o.v. de controlegroep op de variabelen ernst van suïcidale gedachten, depressieve symptomen en verslagenheid. Aangezien de controlegroep zeer klein was, werd ervoor geopteerd om dieper in te gaan op de effecten binnen de interventiegroep. Tussen de pre- en postmeting kon er in de interventiegroep een significante daling worden teruggevonden wat betreft de ernst van suïcidale gedachten, maar ook op de onderliggende factoren: depressieve symptomen, hopeloosheid, piekeren, vastzitten, verslagenheid en mindfulness vaardigheden. Ook tussen de pre- en follow-up meting werd een significante daling gevonden op alle uitkomstmaten.

Bij TT kon er een significante daling worden vastgesteld bij de posttest t.o.v. de controlegroep op de variabele piekeren. Bij follow-up werd er een significante stijging gevonden op de uitkomstmaat toekomstig denken. Ook bij de analyses omtrent TT werd ervoor geopteerd om dieper in te gaan op de effecten binnen de interventiegroep gezien het lage aantal proefpersonen in de controlegroep. Hieruit bleek dat er binnen de interventiegroep een significante daling optrad wat betreft ernst van suïcidale gedachten en dit zowel bij de postmeting als bij de follow-up meting. Dit was ook zo bij de uitkomstmaten depressieve symptomen, hopeloosheid en toekomstig denken. Op de uitkomstmaten piekeren en vastzitten werd er enkel een significant verschil gevonden bij de postmeting.

Binnen de studie werden de ervaringen van trainers en deelnemers verzameld. Trainers vonden de inhoud erg positief en vonden het materiaal goed uitgewerkt. De complexe problematiek van deelnemers zagen ze als een uitdaging, waarbij de vraag kwam om een intakegesprek voorafgaand aan de trainingen te organiseren. Ook duiden ze op het belang om behandeling te volgen naast de training. Deelnemers vonden het groepsaspect aan de trainingen erg aangenaam en vonden het goed dat de focus in de trainingen ligt op de zelfmoordgedachten. Ze gaven aan nieuwe inzichten te hebben ontwikkeld m.b.t. de zelfmoordgedachten en ze leerden beter omgaan met zelfmoordgedachten (De Jaegere et al., 2018).

4.4.3 VDIP

ORGANISATIE	Netwerken GGZ Kinderen & Jongeren i.s.m. Steunpunt Geestelijke Gezondheid
AANVANG	2008
DOELGROEP	Jongeren met psychische problematiek

Onderbouwing

Uit onderzoek komt naar voor dat suïcidaal gedrag vaak gepaard gaat met een psychiatrische problematiek (Cavanagh, Carson, Sharpe, & Lawrie, 2003). Ook Vlaams psychologisch autopsie-onderzoek bij jongeren die overleden zijn door zelfdoding toont aan dat bij alle adolescenten een psychiatrische diagnose worden vastgesteld (G. Portzky, Audenaert, & Heeringen, 2005). Uit onderzoek blijkt eveneens dat de helft van de lifetime cases van psychische stoornissen begint in de adolescentie (Jones, 2013).

Onderzoek naar de effectiviteit van vroegtijdige behandeling geeft evenwel een hoopvol beeld. Uit onderzoek komt namelijk naar voor dat patiënten waarbij psychose wordt vastgesteld door vroegdetectie en bij een gepaste behandeling minder psychotische klachten en minder suïcidaliteit bezitten (T. K. Larsen, 2009) in vergelijking met een controlegroep die dezelfde behandeling kreeg maar later werd gedetecteerd. Ook meer recent onderzoek (Knapp, McDaid, & Parsonage, 2011; van der Gaag et al., 2013) onderbouwt het belang van adequate vroegdetectie en vroeginterventie en de gunstige gezondheidseconomische terugverdieneffecten. Zo vermindert het risico op een psychose met de helft na 12 maanden cognitieve gedragstherapie. Na twee tot vier jaar is het risico nog altijd met 37% gereduceerd. Zij die geen psychose ontwikkelen, herstellen ook van depressie en sociale angst (van der Gaag et al., 2013).

In dit verband ging in 2007 een pilootproject genaamd 'Vroegdetectie en -Interventie bij Psychiatrische Stoornissen (VDIP)'. VDIP richtte zich op adolescenten, jongvolwassenen en jonge volwassenen (16-35 jaar) met een (verhoogd risico op een) zich ontwikkelende ernstige psychiatrische stoornis. De VDIP-werking had als doel deze doelgroep vroegtijdig te detecteren en actief toe te leiden naar een aangepast zorgaanbod zodat de suïcidaliteit binnen de doelgroep daalt (zowel de ideaties, gedrag als effectieve suïcidaliteit evolueren gunstig door een goede effectieve begeleiding/behandeling). Vanuit VDIP werd eveneens ingezet op de deskundigheidsbevordering van professionelen (voornamelijk op de eerste lijn) en de psycho-educatie van de persoon in kwestie en diens omgeving.

In 2012 werd het tweede Vlaams Actieplan Suïcidepreventie geïntroduceerd, waarbij de VDIP-werkingsgebieden werden verhoogd tot acht (hiermee is net geen twee derde van alle Vlaamse werkingsgebieden afgedekt). Bovendien werd gepolst naar de toepasbaarheid van deze methodiek naar andere doelgroepen. Zo werd aan de hand van een literatuurstudie, die werd gevoerd door de CGG, in samenwerking met externe experts, onderzocht of VDIP kan worden vertaald naar stemmingsstoornissen, eetstoornissen, middelenmisbruik en borderline persoonlijkheidsstoornissen. Daarnaast werden druk bijgewoonde studiedagen georganiseerd in het kader van deze verbreding.

Uit de literatuurstudie kwam naar voor dat een verbreding van de VDIP-methodiek mogelijk is op voorwaarde van een forse uitbreiding van capaciteit en werkmiddelen en de afbakening van een a-pathologiespecifieke at risk-groep in lijn met de recente wetenschappelijke ontwikkelingen rond staging en psychosegevoeligheid (waarbij bipolaire stemmingsstoornissen en borderline persoonlijkheidsstoornissen in beeld komen).

Eind juli 2017 lanceerde de Vlaamse overheid de CONNECT-template in functie van de realisatie van een programma vroegdetectie en -interventie naar kinderen, jongeren en jongvolwassenen (0 tot 23 jaar) met de eerste voorboden van een mogelijke psychische of psychiatrische problematiek. De specifieke acties en interventies in dit zorgprogramma dienden zich, conform het Vlaams Actieplan Geestelijke Gezondheid, te focussen op psychose, suïcide, eetstoornissen en verslaving.

De coördinatie van het vroegdetectie en vroeginterventie-aanbod werd (onder het programma-naam CONNECT) vanaf begin 2018 opgenomen binnen de netwerken GGZ Kinderen & Jongeren. In de concrete operationalisering van dit programma zitten tussen de verschillende provinciale netwerken wel wat verschillen (de leeftijdsafbakening varieert bijvoorbeeld) maar de focus op vroegtijdige detectie en interventie bij psychische kwetsbaarheid bij jongeren is wel structureel verankerd evenals het bewaken van het suïciderisico.

Bereik

In de periode 2014–2017 kregen de 8 VDIP-werkingen jaarlijks iets meer dan 800 aanmeldingen, waarvan meer dan één derde een verhoogd suïciderisico had bij aanmelding. Twee derde van de aanmeldingen was tussen de 18 en 25 jaar oud, 16% van de aanmeldingen was jonger dan 18 en 18% was ouder dan 25 jaar. Bij meer dan 70% van de aanmeldingen werd een vroeginterventie-traject opgestart.

Cijfers m.b.t. de CONNECT-werking werden opgevraagd bij de verschillende netwerken GGZ Kinderen en Jongeren. Systematische registratie ontbreekt echter, waardoor de aangeleverde

informatie erg fragmentarisch is en niet voor elk netwerk kon worden aangeleverd. Er werd dan ook beslist om deze data niet op te nemen in deze evaluatie.

VDIP werd in de loop van het tweede VAS geïntegreerd in de programma's van de netwerken GGZ Kinderen en Jongeren. Meer info over dit vroegdetectie/vroeginterventie aanbod is onder noemer CONNECT te vinden bij de provinciale netwerkcoördinatoren GGZ Kinderen & Jongeren.

4.4.4 Zorg voor nabestaanden

ORGANISATIE	VLESP (deelwerking Werkgroep Verder na een suïcide; vroeger: Werkgroep Verder)
AANVANG	2002
DOELGROEP	Nabestaanden

Onderbouwing

Een belangrijke doelgroep binnen suïcidepreventie zijn de nabestaanden. Dit zijn mensen die iemand in hun omgeving verloren zijn door zelfdoding. Op de eerste plaats zijn dit familieleden, maar ook vrienden, collega's, hulpverleners etc. kunnen hieronder worden geplaatst. Uit onderzoek blijkt dat deze groep een hoger risico heeft op het ervaren van suïcidaliteit (A. Pitman, Osborn, King, & Erlangsen, 2014; A. L. Pitman, Osborn, Rantell, & King, 2016). Daarenboven zijn de rouwreacties sterker bij nabestaanden van een suïcide. Ze voelen zich namelijk vaker verantwoordelijk voor het overlijden. Gevoelens van stigma, schaamte en verwarring nemen de bovenhand. In dit verband is het belangrijk in te zetten op het bevorderen van lotgenotencontact. Het blijkt namelijk dat nabestaanden van een suïcide minder de gelegenheid hebben te praten over hun verlies (P. Bartone, Bartone, Gileno, & Violanti, 2018). Een belangrijk gevolg van dit lotgenotencontact is dat nabestaanden meer controle krijgen over hun leven (P. T. Bartone, Bartone, Violanti, & Gileno, 2017). De zorg naar deze doelgroep toe ligt voornamelijk in handen van Werkgroep Verder, een organisatie die sinds 2019 een deelwerking van VLESP is.

Gespreksgroepen

Aangezien het lotgenotencontact een belangrijk gegeven is in de postventie, vormt dit een belangrijke basis in de werking van Werkgroep Verder na Zelfdoding. Zo worden er in Vlaanderen verschillende gespreksgroepen georganiseerd. Deze gespreksgroepen zetten enerzijds in op het contact met andere nabestaanden, maar heeft ook een meer psycho-educatieve rol, waarbij informatie over het rouwproces, zelfdoding en professionele hulpverlening kan worden meegegeven.

Er worden zowel open als gesloten groepen georganiseerd. Bij gesloten groepen wordt er gebruik gemaakt van vaste deelnemers, die ongeveer acht à tien keer samenkomen. Open gespreksgroepen daarentegen zijn niet beperkt in tijd. Deze groepen zijn laagdrempeliger van karakter, aangezien er geen vaste deelnames wordt verwacht. De groepen worden steeds begeleid door ervaren hulpverleners in combinatie met opgeleide ervaringsdeskundigen en deelname is pas mogelijk na een intakegesprek met deze begeleiders. Naast deze fysieke groepen worden ook online gespreksgroepen georganiseerd. De gespreksgroepen zijn in de meeste gevallen gemengd, waarbij oud en jong, man en vrouw bij elkaar zitten. Er zijn echter eveneens groepen die ook specifiek inzetten op een bepaalde doelgroep (bv. ouders die een kind verloren door zelfdoding of jongeren).

Hieronder kan het bereik van deze gespreksgroepen worden teruggevonden. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen de gespreksgroepen online en offline. Bij de eerste categorie is er een maandelijks contact gepland. Bij de gespreksgroepen offline varieert dit van groep tot groep.

Tabel 64: Aantal deelnemers online gespreksgroepen,

AANTAL DEELNEMERS ONLINE GESPREKSGROEP	
2012	60*
2013	60*
2014	60*
2015	29
2016	35
2017	66
2018	67
2019	56
2020 (AUG)	59

**De registraties voor de jaren 2012 t.e.m. 2014 moeten genuanceerd worden, aangezien deze cijfers niet werden geregistreerd. De cijfers die hierboven werden weergegeven zijn een schatting.*

Bron: VLESP

Tabel 65: Bereik offline gespreksgroepen, 2012-2019

	AANTAL GEORGANISEERDE GESPREKSGROEPEN	AANTAL BEREIKTE NABESTAANDEN VIA GESPREKSGROEPEN
2012	15	682
2013	15	598
2014	19	566
2015	17	558
2016*	19	117
2017	20	403
2018	22	462
2019	22	532
2020 (AUG)	23	542

**De cijfers m.b.t. 2016 dienen enkele duiding. Elke gespreksgroep in dat jaar (N=19) had tussen de twee en vijftien deelnemers. Cijfers van hoeveel nieuwe personen dit zijn en hoeveel maandelijkse deelnames er waren per persoon zijn niet bekend.*

Bron: VLESP

Online forum & herinneringssite

Naast de online gespreksgroepen wordt er eveneens verder ingezet op een online aanbod. Zo is er een **online forum** gericht naar nabestaanden, wat een anoniem ontmoetingsplaats is waar vragen en ervaringen kunnen worden uitgewisseld. Ook is er de **herinneringssite 'Ik draag je mee'**. Dit is een online herdenkingsplaats die een nabestaande kan aanmaken voor een overleden dierbare om herinneringen bij te houden en te delen met andere nabestaanden.

Tabel 66: Bereik online forum, 2012-2020

	AANTAL BEZOEKERS	AANTAL BERICHTEN
2012	1.272	6.744
2013	1.394	8.735
2014	1.597	11.984
2015	1.860	14.733
2016*	Tot 24/11: 1.933	87
2017	905	108
2018	941	146
2019	1.106	172
2020 (AUG)	1.058	194

**In 2016 werd het nieuwe forum gelanceerd via de portaalsite van Zelfmoord1813. Dit heeft duidelijk een lager bereik dan het vorige forum. Aan de hand van de nodenbevraging wordt een mogelijke verklaring hiervoor gezocht, waarmee bij de vernieuwing van Zelfmoord1813.be rekening zal worden gehouden.*

Bron: VLESP

Eind 2019 waren er 90 herinneringspagina's actief, in 2019 kwamen er 21 bij. In 2020 waren dit er 20 tussen januari en augustus.

Ontmoetingsdag & Meiwandeling

Vervolgens organiseert Werkgroep Verder na Zelfdoding sinds 2002 jaarlijks een 'Dag van de Nabestaanden, een dag waarop nabestaanden samenkomen om lezingen, workshops en gespreksgroepen te volgen. Sinds 2019 is het concept van deze dag wat veranderd en werd de dag omgedoopt tot '**Ontmoetingsdag Verder na Zelfdoding**'.

Een andere activiteit die jaarlijks wordt georganiseerd voor nabestaanden is de 1 mei-wandeling (sinds 2019 omgedoopt tot **Meiwandeling**). Hierbij worden nabestaanden, vrienden en sympathisanten bijeengebracht om samen te wandelen. De dag wordt afgesloten met een stil herdenkingsmoment.

Hieronder kan worden teruggevonden hoeveel deelnemers er jaarlijks waren aan de Dag van de Nabestaanden/Ontmoetingsdag. Een belangrijke opmerking hierbij is dat naast nabestaanden, ook vrijwilligers, hulpverleners en politieleiden deelnemen aan deze activiteit. Er zijn ook cijfers voorhanden van het aantal aanwezigen op de Meiwandeling. Cijfers voor 2020 ontbreken aangezien deze activiteiten niet konden plaatsvinden door de maatregelen inzake Covid-19.

Tabel 67: Bereik Dag van de Nabestaanden, 2012-2019

	AANTAL DEELNEMERS	AANTAL NABESTAANDEN
2012	418	267
2013	409	253
2014	269	168
2015	289	207
2016	272	181
2017	298	199
2018	362	242
2019	316	229

Bron: VLESP**Tabel 68: Bereik (1)Meiwandeling, 2012-2019**

	AANTAL DEELNEMERS
2012	30
2013	60
2014	50
2015	75
2016	86
2017	109
2018	106
2019	86

Bron: VLESP

Jaarlijks wordt de tevredenheid gemeten van de deelnemers van de Ontmoetingsdag. De evaluatie van de laatste editie (2019) toont aan dat ze dag als ondersteunend (gem. 7.7) en informatief (7.9) ervaren wordt door de deelnemers. Deze gegevens liggen in dezelfde lijn als de resultaten van 2018 (respectievelijk 7.9 en 8.1). Alle onderdelen (o.a. het herdenkingsritueel, de buddywerking, de kennismakingstafel, de herdenkingsmuur, de plenaire lezing, de praatgroepen en de workshops) werden in 2019 positief onthaald.

Uit de tevredenheidsmeting van de laatste editie van de Meiwandeling (2019) blijkt dat de deelnemers over het algemeen erg tevreden waren over de informatie, de afgelegde afstand, de locatie en het herdenkingsmoment. De wandeling scoorde gemiddeld 9,6/10, wat vergelijkbaar is met de voorgaande jaren (2018: 9.3; 2017: 9.5; 2016: 9.8).

Verspreiding van informatie

Tot slot speelt Werkgroep Verder na Zelfdoding ook een belangrijke rol in de **verspreiding van informatie**. Zo werd een folder opgemaakt waarin informatie kan worden teruggevonden over Werkgroep Verder, is er een folder met het vormingsaanbod van Werkgroep Verder, werd er brochure ontwikkeld die zich richt naar bedrijven en andere organisaties (Rouwen op de Werkvloer), en bracht Werkgroep Verder een praktische gids voor nabestaanden uit (Gids na Zelfdoding). Samen met andere organisaties en auteurs werkte Werkgroep Verder ook mee aan enkele boeken. Tot slot is Werkgroep Verder na Zelfdoding een belangrijke actor in de deskundigheidsbevordering. Deze informatie vind je dan ook terug onder hoofdstuk 4.3.1.D.

Tevredenheid

Voor de gespreksgroepen is er een algemeen evaluatieformulier met open vragen die de begeleiders vrijblijvend aan de groep kunnen aanbieden. Op basis van niet-systematische metingen worden de gespreksgroepen positief beoordeeld.

Effectiviteit

Op dit moment wordt de tevredenheid van de gebruikers van het online forum en de gebruikers van de herinneringssite nog niet gemeten. In 2017 vond er echter wel een gebruikersonderzoek plaats aangaande de vernieuwing van de herinneringswebsite en het online forum. Dit gebeurde aan de hand van een focusgroep en resulteerde in 2018 in enkele aanpassingen. Voor de herinneringswebsite werd de mogelijkheid gemaakt om de pagina privé te maken, zodat deze niet zichtbaar is in de zoekfunctie op de startpagina. Bij het online forum werd er een spamfilter toegepast bij registratie, krijgen deelnemers een mail bij een reactie op een forumbericht en werd er een fout verwijderd in de weergave van de paginanummering.

Van de verschillende acties die hierboven zijn vermeld werd er nog geen effectiviteit gemeten.

In 2020 organiseert VLESP een nodenbevraging bij zowel nabestaanden als bij hulpverleners die werken met nabestaanden. Naast het aangeven van hun noden wordt ook bevraagd of het huidige aanbod voldoende toereikend is. Op basis van de resultaten zal er in 2021 bekeken worden welke acties ondernomen kunnen worden of eventueel dienen te worden aangepast.

4.4.5 Huisartsen en apothekers

ORGANISATIE	Domus Medica & VLESP
AANVANG	2016
DOELGROEP	Huisartsen en apothekers

Onderzoek

Uit internationaal onderzoek blijkt dat zowel huisartsen als apothekers een risicogroep zijn wat betreft zelfdoding (Eneroth, Senden, Lovseth, Schenck-Gustafsson, & Fridner, 2014; Hawton, Agerbo, Simkin, Platt, & Mellanby, 2011; Rosta & Aasland, 2013; Skegg, Firth, Gray, & Cox, 2010). Om na te gaan of dit ook in Vlaanderen het geval is, werd in 2016 door Domus Medica een onderzoek gevoerd naar de prevalentie van suïcide bij (huis)artsen in Vlaanderen (Claessens, 2016). Over de periode van 2004 tot 2012 werden 44 suïcides opgetekend bij artsen in Vlaanderen. Gemiddeld zijn er jaarlijks 5.1 zelfdodingen bij artsen per jaar, waarbij 3.9 door mannen gebeuren en 1.3 door vrouwen. Dit geeft een gemiddelde suïciderate per jaar van 24.5 suïcides bij artsen per 100.000 beroepsactieve artsen over de periode van 2004 tot 2011, wat bijna identiek is aan de gemiddelde suïciderate in dezelfde periode bij de Vlaamse bevolking (25-65 jarigen).

Er blijkt echter wel een significant genderverschil te zijn. De suïciderate bij mannelijke artsen ligt onder de suïciderate bij Vlaamse mannen (25 versus 35.1 per 100.000). De suïciderate bij vrouwelijke artsen ligt echter hoger dan die bij Vlaamse vrouwen, tot (meer dan) het dubbele over de periode 2006-2011 (23.7 versus 14.1 per 100.000). De suïciderate bij vrouwelijke artsen benadert de suïciderate bij mannelijke artsen. Ten opzichte van andere vrouwen hebben vrouwelijke artsen in Vlaanderen dus een (sterk) verhoogd risico (Claessens, 2016)(Claessens, 2016).

Bij wijze van controlegroep werden in datzelfde onderzoek ook de suïcides bij apothekers onder de loep genomen. Hieruit blijkt dat de suïciderate bij apothekers 86.7/100 000 bedraagt, wat vijf keer hoger is dan de suïciderate van de algemene Vlaamse bevolking en opmerkelijk hoger dan bij artsen.

Risicofactoren die deze verhoogde suïciderate kunnen verklaren zijn de werk- en tijdsdruk van deze beroepsgroepen, de collegiale druk, veeleisende patiënten die als belastend ervaren worden, persoonlijkheidskenmerken zoals perfectionisme en faalangst, maar vooral hun kennis over en toegang tot medicatie die als zelfdodingsmiddel gebruikt kan worden. Onderzoek toont aan dat apothekers vijf keer vaker overlijden door vergiftiging (Skegg et al., 2010) (Skegg et al, 2010).

Acties

Naar aanleiding van bovenstaand onderzoek ontwikkelde Domus Medica in samenwerking met Dokters voor Dokters (D4D) een initiatief rond **co-artsen**. Een co-arts is eveneens huisarts en fungeert als steunfiguur. Bij die persoon kan je terecht met vragen en verhalen indien dit nodig is. Ook de hulpverlening kan gefaciliteerd worden. Daarnaast heeft CGG-SP in samenwerking met Domus Medica sinds 2001 ook een aanbod van **vormingen** inzake suïcidepreventie voor huisartsen.

Daarnaast werden er door VLESP reeds contacten gelegd met het Vlaams Apothekers Netwerk en de Algemene Pharmaceutische Bond en is er een samenwerkingsovereenkomst met Domus Medica.

De resultaten van het onderzoek kunnen worden opgevraagd bij Domus Medica of kunnen [hier](#) worden geraadpleegd.

4.4.6 INSIGHT-studie: Psychologische autopsiestudie bij suïcideslachtoffers van 45 tot 60 jaar

ORGANISATIE	EZO
AANVANG	2018
DOELGROEP	Beleidsmedewerkers

Onderzoeksopzet

De Gezondheidsdoelstelling blijkt gehaald te zijn voor de meeste leeftijdsgroepen, behalve voor mannen en vrouwen van 45 tot 60 jaar. Een onderzoek naar de omstandigheden, de aanleidingen en de risicofactoren van suïcide in deze doelgroep drong zich op.

Van december 2017 tot en met februari 2020 voerde de Eenheid voor Zelfmoordonderzoek, met de steun van de Vlaamse Overheid, een psychologische autopsiestudie met de naam Insight-studie uit onder 45- tot 60-jarige suïcideslachtoffers in Vlaanderen (van Landschoot, De Jaegere, et al., 2020). Deze methode wordt als een erg waardevolle methode beschouwd om oorzaken van suïcide te onderzoeken (Conner et al., 2012; Hawton et al., 1998).

Aan de hand van semi-gestructureerde interviews met nabestaanden die nauw contact hadden met de overledene (familie, vrienden en collega's) werd er informatie verzameld over de suïcide van hun naaste. 58 nabestaanden waren bereid hun verhaal te delen. Om de externe validiteit van de bevindingen te vergroten, werden er ook interviews afgenomen bij een controlegroep. In deze studie werd er gekozen voor een hoog-risicogroep, namelijk personen met een psychische problematiek (al dan niet met een voorgeschiedenis van suïcidaal gedrag). Deze personen waren eveneens 45 tot 60 jaar op het moment van het interview en werden qua geslacht gematched met de personen overleden door suïcide. 24 familieleden, vrienden en collega's werden eveneens geïnterviewd aan de hand van een semi-gestructureerd interview.

Resultaten

Uit de resultaten komt naar voor dat de meerderheid van de cases nooit of op een verdoken manier over suïcide heeft gesproken (60.4%). Bijna 80% van de cases uitte zich ooit eerder passief suïcidaal, zo gaven ze bijv. aan er niet meer te willen zijn of te willen sterven.

Uit het onderzoek blijkt eveneens dat in vergelijking met de controlegroep minder cases op het moment van het overlijden in behandeling waren (70.8% vs. 95.7%). Bij het zoeken naar hulp voor psychische problemen werden er ook drempels ervaren bij bijna alle cases (95.1%) én controles (94.4%).

25% van de cases was op het moment van overlijden niet tewerkgesteld, de meerderheid door werkloosheid. Het overgrote deel van de werkende cases (85.4%) ondervond matige tot ernstige problemen op het werk, problemen die significant meer waarschijnlijk zijn bij de cases dan bij de controlegroep (60.9%). 36.2% van de cases ondervond financiële problemen, 34% maakte zich hier zorgen over. 6 op de 10 cases voorzag financiële problemen in de toekomst, wat meer waarschijnlijk is bij de cases dan bij de controles (59% vs. 22.2%).

Aanbevelingen

Op basis van de resultaten uit de Insight-studie werden vanuit de Eenheid voor Zelfmooronderzoek (UGent), in samenwerking met het Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie (VLESP), UGent, verschillende aanbevelingen gedaan. Zo is het noodzakelijk dat de **gezamenlijke verantwoordelijkheid omtrent suïcidepreventie** verder uitgebouwd wordt. Suïcidepreventie beperkt zich namelijk niet enkel tot de gezondheidszorg en moet veeleer gezien worden als een taak van iedereen. Bovendien zouden **naasten nog meer betrokken moeten worden** bij de preventie van suïcide aangezien zij een sleutelrol kunnen vervullen in het herkennen en bespreekbaar maken van suïcidaliteit. Er wordt ook aanbevolen om **suïcidepreventie structureel in te bedden in de opleidingen van hulpverleners** zodat ze reeds in hun studieloopbaan leren over suïcidaal gedrag en hoe dit te detecteren en behandelen.

Aangezien het belangrijk is om in te zetten op het verlagen van drempels bij het zoeken van hulp voor psychische problemen en de beschikbaarheid van (online) hulp voor de suïcidepreventie beter bekend te maken, raden de onderzoekers aan om een **sensibiliseringscampagne** rond het versterken van mentaal welbevinden en coping op te zetten. Tenslotte wordt er geadviseerd om meer aandacht te besteden aan **mentaal welzijn en suïcide-preventie op het werk en de mogelijke invloed van een nadelige socio-economische situatie**.

Meer informatie over de het onderzoek kan geraadpleegd worden bij de Eenheid voor Zelfmoordonderzoek. De samenvatting van de resultaten vind je [hier](#).

4.4.7 Richtlijn en e-learningmodule over suïcidepreventie bij ouderen

ORGANISATIE	VLESP
AANVANG	2018
DOELGROEP	Hulpverleners

Onderbouwing

Ouderen, vooral oudere mannen, zijn een risicogroep wat betreft zelfdoding (Conwell, Van Orden, & Caine, 2011; Troya et al., 2019). Toch worden zelfmoordgedachten bij ouderen minder opgemerkt en behandeld (van Orden & Conwell, 2016). Om hulpverleners te ondersteunen bij het voorkomen, detecteren en behandelen van zelfmoordgedachten bij ouderen publiceerde VLESP in 2019 een [richtlijn met aanbevelingen voor suïcidepreventie bij ouderen](#) (Dumon, Aerts, Rotsaert, & Portzky, 2019). Bij deze richtlijn werd ook een [e-learningmodule](#) ontwikkeld binnen het *e-learningplatform* SP-reflex. De richtlijn is gebaseerd op een uitgebreide literatuurstudie en de ontwikkeling werd ondersteund door een stuurgroep van onderzoekers en praktijkexperten.

Bereik

De richtlijn en *e-learningmodule* werden gelanceerd in maart 2019 door middel van een studiedag waarop 96 hulpverleners aanwezig waren. Daarnaast werd de richtlijn ook voorgesteld op diverse congressen en studiedagen en verschenen er artikels over in diverse vaktijdschriften en online media. Eind 2019 waren er 1.652 gedrukte exemplaren van de richtlijn besteld via Zelfmoord1813 en meer dan 1000 exemplaren werden verspreid in Vlaanderen door de CGG-SP. De richtlijn werd 628 keer gedownload in 2019, in 2020 (t.e.m. augustus) 198 keer. De e-learningmodule werd in 2019 door 1038 hulpverleners gevolgd, t.e.m. augustus 2020 werden er 1.060 deelnemers geregistreerd. Bij het cijfer van 2020 werden data van externe zorginstellingen, die de module hebben ingebouwd in hun eigen platform, nog niet opgenomen.

In samenwerking met CGG-SP werd de bestaande, proactieve vorming voor hulpverleners in de ouderenzorg ook aangepast op basis van de richtlijn. Met deze vorming werden in 2019 127 hulpverleners bereikt in 6 vormingen. In 2020 vonden er 2 vormingen plaats in de maanden januari t.e.m. augustus, waarbij 18 deelnemers bereikt werden.

Er werden nog geen tevredenheids- en effectmetingen gedaan voor deze methodiek.

4.4.8 Suïcidaliteit bij LGBTQ+

ORGANISATIE	VLESP, i.s.m. Transgender Infopunt en çavaria
AANVANG	2015-2016
DOELGROEP	Professionelen LGBT+ jongeren

Onderbouwing

Het Vlaams Actieplan Suïcidepreventie II (Vandeurzen, 2012) beklemtoont dat holebi's en transgender personen kwetsbaar zijn voor het ontwikkelen van suïcidale gedachten en gedrag. In het actieplan ging dan ook specifieke aandacht uit naar deze doelgroep, onder meer aan de hand van onderzoek en ontwikkeling van nieuwe websites.

Als startpunt werd in 2015 door VLESP een uitwisselingsdag georganiseerd tussen çavaria en partners binnen suïcidepreventie. Dit resulteerde in afspraken en samenwerking wat betreft vormingen en in een verhoogde aandacht bij VLESP voor LGBT doelgroepen in onderzoek en de ontwikkeling van tools. Op zelfmoord1813.be werd ook een [factsheet](#) aangemaakt over het thema die jaarlijks geüpdated wordt.

VLESP nam vervolgens het initiatief om een masterproef aan dit thema te wijden. Samen met het Transgender Infopunt begeleidde VLESP de masterproef van Missiaen & Seynaeve (2016) die het psychisch welzijn bij Vlaamse holebi's en transgender personen in kaart bracht aan de hand van een online vragenlijst. Deze studie werd niet gefinancierd door de Vlaamse Overheid. De studie (N= 904) liet een hoge prevalentie zien van suïcidale gedachten en pogingen bij holebi's en transgenderpersonen en legde een aantal belangrijke risicofactoren bloot zoals het meemaken van holebifoob of transfoob geweld, omgaan met negatieve reacties van ouders op de seksuele oriëntatie of genderidentiteit en passieve coping strategieën. De volledige masterproef is op vraag bij VLESP verkrijgbaar (Missiaen & Seynaeve, 2016).

VLESP zette deze onderzoekslijn verder en bouwde een internationale samenwerking uit met universitaire partners uit het Verenigd Koninkrijk en Nederland die dezelfde online survey ook in deze landen organiseerden. Dit resulteerde in een uitgebreide dataset waar verschillende onderzoekers mee aan de slag gingen. Verschillende wetenschappelijke publicaties zijn momenteel *pending*.

Wat publicaties betreft schreef VLESP ook een hoofdstuk over zelfmoordpreventie bij LGBT personen dat werd opgenomen in het [Handboek Suïcidaal Gedrag](#) (van Heeringen, Portzky, de Beurs, & Kerhof, 2019).

Om verder te werken op de resultaten van het onderzoek en de samenwerking verder uit te bouwen, werkten çavaria, het Transgender Infopunt en VLESP samen een project uit dat liep van 2017-2019. In dit project werden twee websites ontwikkeld: lumi.be/lgbt (een subwebsite van www.lumi.be) en gendervonk.be (specifiek voor transgenderpersonen) met informatie en getuigenissen over psychisch welzijn en zelfmoordpreventie. De websites stelden als doel om holebi's en transgenderpersonen inzicht te bieden in stressfactoren en psychische klachten die zij kunnen ervaren; hoop te bieden aan de hand van getuigenissen; de drempel naar hulpverlening te verlagen. Er werd ook een websiteluik gebouwd specifiek voor ouders van holebi's en transgenderpersonen. De websites werden gelanceerd in september 2019 en breed bekendgemaakt. Op de portaalsite Zelfmoord1813.be werd een specifieke [doelgroepgerichte pagina](#) aangemaakt waarop o.a. wordt verwezen naar het onderzoek en de nieuwe websites. VLESP voerde tevens een evaluatie- en effectiviteitsstudie uit naar de websites (Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie, 2019b). Hieronder vind je meer informatie m.b.t. bereik, tevredenheid en effectiviteit.

Tot slot was VLESP betrokken bij de campagne '[Paars](#)', een jaarlijkse campagne van vzw JOEN (cfr. 'Spirit Day' in de V.S.) die scholen aanmoedigt om aandacht te geven aan LGBTQ+ jongeren (onder meer door jongeren een paars polsbandje te laten dragen). VLESP werkte voor deze campagne een beknopt evaluatie-instrument uit en volgt de evaluatie van de campagne ook mee op.

Bereik

Het websiteluik **Lumi.be/lgbt** had in 2019 (sept-dec) 4.245 unieke paginaweergaves en in 2020 (jan-aug) 10.834 unieke paginaweergaves.

Het websiteluik voor ouders **Lumi.be/ouders** had in 2019 764 unieke paginaweergaves en in 2020 1.559.

De website **Gendervonk.be** bereikte in 2019 (sept-dec) 1.387 unieke bezoekers en in 2020 (jan-aug) 2.199.

Tevredenheid & effectiviteit

De evaluatiestudie van de twee websites werd uitgevoerd door VLESP en bestond uit het invullen van twee online vragenlijsten: één voor het websitebezoek en één na het websitebezoek. De oproep tot deelname werd verspreid via de mediakanalen van VLESP, Zelfmoord1813, çavaria en het Transgender Infopunt. De studie (N=89) toonde dat holebi's en transgender personen de website heel relevant, herkenbaar en hoopgevend vonden. Na het bezoek aan de website bleek men bovendien meer open te staan om bij psychische klachten de stap naar professionele hulp te zetten (Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie, 2019b).

Het volledige onderzoeksrapport vind je [hier](#).

4.4.9 Awel-studie

ORGANISATIE	EZO, i.s.m. Awel
AANVANG	2012-2013
DOELGROEP	Professionelen

'Awel', de gratis hulplijn voor kinderen en jongeren, krijgt vaak oproepen waarin het thema suïcide ter sprake komt. Om een beter inzicht te krijgen in het profiel van deze jongeren en de aard van deze gesprekken werd een kwalitatief onderzoek opgestart dat beoogde bij te dragen aan het verbeteren van laagdrempelige hulpverlening via chat, e-mail en forum voor suïcidale jongeren. Het onderzoek werd gevoerd door de Eenheid voor Zelfmoordonderzoek van de Universiteit Gent.

Samenvattend kon gesteld worden dat jongeren met suïcidegedachten die bij Awel aankloppen, vaak zorgen hebben in hun thuissituatie en/of in hun relaties met vrienden. Ook het meemaken van pesten wordt dikwijls aangehaald. Daarbij gaat het niet zelden om pestincidenten uit het verleden die een langdurige impact hebben op de jongere. Jongeren met suïcidale gedachten voelen zich vaak depressief, eenzaam en/of angstig. Veel jongeren hebben het idee nergens terecht te kunnen en geven aan weinig steun te ervaren. Meer dan één op drie reageert op deze gevoelens met zelfbeschadigend gedrag (zoals krassen). Omdat vele jongeren beschaamd zijn over hun suïcidegedachten en bang zijn om ouders en omgeving teleur te stellen, hebben ze schrik om over die gedachten te praten.

Maar steun krijgen van de omgeving is net erg belangrijk. 'Er nog willen zijn' voor hun ouders en familie is een van de belangrijkste redenen voor jongeren om niet tot zelfdoding over te gaan. Ook steun van vrienden en leerkrachten kan een belangrijke buffer zijn.

Voor verdere resultaten en aanbevelingen, zie het [eindrapport](#). Het onderzoek genereerde veel persaandacht, leverde inzichten in suïcidaal gedrag van jongeren en onderstreepte het belang van het verder inzetten op online hulpverlening voor jongeren met suïcidegedachten (Dumon, Arnouts, Portzky, & Van Heeringen, 2013).

4.4.10 ABFT

ORGANISATIE	KU Leuven
AANVANG	2015
DOELGROEP	Hulpverleners, ouders en jongeren

Een volgende actie dat wordt besproken is ABFT of Attachment-Based Family Therapy. Dit is een therapie dat gericht is naar de gehechtheid binnen gezinnen. Uit enkele interpersoonlijke theorieën kan worden gesuggereerd dat de gehechtheidsrelaties in gezinnen een belangrijke rol spelen bij depressie en suïcidaliteit bij adolescenten. Volgens deze theorieën zijn depressieve en suïcidale adolescenten gestopt met het opzoeken van steun en zorg van de ouders door een verlies van vertrouwen en andere relationele teleurstellingen. ABFT speelt hierop in door te focussen op het versterken of herstellen van de gehechtheidsrelatie en het vertrouwen in de ouder-kindrelatie.

Deze actie heeft als doel om deze vorm van therapie te dissemineren en implementeren in België. Het is namelijk zo dat er momenteel weinig gezinsgericht aanbod is voor kinderen en jongeren die lijden aan depressie en suïcidaliteit. Indien er wel hulpverlening wordt aangeboden, is deze vaak weinig gebaseerd op theoretische modellen, weinig empirisch ondersteund, en eerder eclectisch van aard. Er werd met andere woorden een lacune vastgesteld in de hulpverlening gericht naar jongeren enerzijds, maar vooral ook naar de gezinnen toe. In dit verband kan ABFT deze lacune invullen, zodat deze therapie wordt aangeboden naast de reeds aanwezige hulpverlening. Op die manier kan worden voldaan aan de gradueel groeiende nood hieromtrent (Santens, Levy, et al., 2016).

De effectiviteit van ABFT wordt aangetoond in verschillende RCT-studies, waarbij een vermindering in depressieve symptomen en suïcidegedachten kon worden vastgesteld (Diamond, Russon, & Levy, 2016; Diamond et al., 2010). Ook in Vlaanderen zijn de voorlopige onderzoeksresultaten veelbelovend. Deze zijn gebaseerd op pre- en postdata en verzameld door Vlaamse thuisbegeleidingsdiensten die ABFT-begeleiding aanbieden. Er werd namelijk een significante daling teruggevonden bij de depressieve symptomen na het ontvangen van de behandeling (Santens, Devacht, Dewulf, Hermans, & Bosmans, 2016).

In Vlaanderen werd in 2017 het 'ABFT Belgium trainingscentrum' opgericht aan KU Leuven, waarbinnen 5 internationaal gecertificeerde ABFT-trainers en –supervisors actief zijn. In eerste instanties worden informatieve sessies georganiseerd om kennis te maken met de therapievorm (= kennismakingsaanbod). Een tweede fase is een vierdaagse introductieworkshop, waarbij deelnemers meer inzichten krijgen omtrent het gehechtheidskader, het emotiegericht werken en het ABFT-model met zijn verschillende taken, nl.: Relationele herformulering, Werkalliantie met de adolescent, Werkalliantie met de ouder, Gehechtheidstaak, en het Bevorderen van autonomie (Santens, De Winter, Heylen, De Raedt, & Bosmans, 2016). Na deelname krijgen deelnemers hiervan een attest "ABFT Level 1", hetgeen nodig is om deel te nemen aan de PEV ABFT verdiepingsopleiding, ABFT Level 2. Deze opleiding is eerder coachend in de concrete toepassing van het ABFT-model bij gezinnen in begeleiding. Deelnemers krijgen een PEV getuigschrift en kunnen zich ABFT Level 2-opgeleide hulpverlener noemen.

Bereik

In 2019 namen 65 deelnemers deel aan ABFT Level 1 in 3 verschillende opleidingsmomenten. In 2020 werden 104 deelnemers geregistreerd, waarbij 6 opleidingsmomenten werden georganiseerd.

Aan ABFT level 2, de verdiepingsopleiding aan KU Leuven, namen 44 personen deel verspreid over 3 academiejaren (2017-2018; 2018-2019 & 2020-2021).

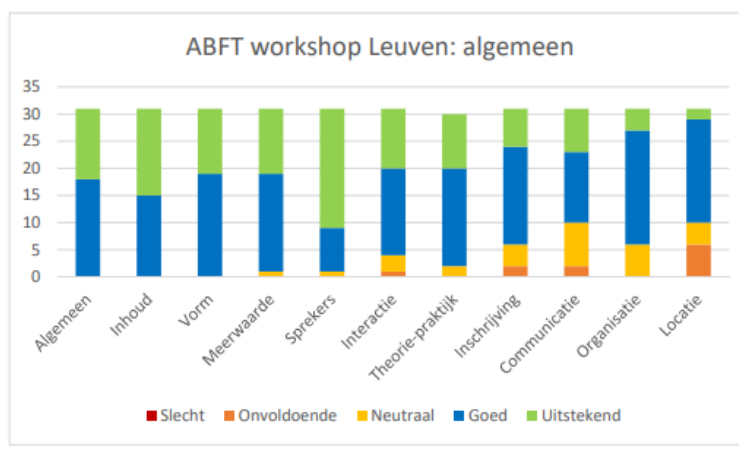
Daarnaast werd in 2020 ook de webinar-reeks "Special topics in ABFT" ontwikkeld. Eén webinar ging over het 'online aanbieden van ABFT in coronatijden' en één ging verder in op 'Attachment-Based Care voor teams'. Telkens waren zo'n 50-tal deelnemers aanwezig.

Vanaf 2021 zullen er structureel intervisie/supervisiegroepen georganiseerd worden (10 bijeenkomsten per jaar), zowel voor deelnemers die Level 1 afgerond hebben, als groepen die Level 2 afgerond hebben.

Tevredenheid

Uit feedback van deelnemers blijkt dat ze erg tevreden zijn over de ABFT opleiding, zowel inhoudelijk als vormelijk. Deelnemers geven aan dat het een meerwaarde is voor hun klinisch werk en dat de opleiding hen sterkt in het doelgericht, methodisch, gehechtheidsgericht, en emotiegericht werken met depressieve en suïcidale jongeren én hun gezin.

Figuur 37: evaluaties Leuven 2019

Grafieken: Leuven

Om ABFT ook in Nederland te verspreiden, ging de KU Leuven ook een structurele samenwerking aan met de opleidingsinstituten [RINO Zuid](#) en [PPO Groningen](#).

4.4.11 Etnische minderheden

ORGANISATIE	VLESP
AANVANG	2019
DOELGROEP	Sector suïcidepreventie

In 2019 startte VLESP met een inventaris van literatuur en good practices rond suïcidepreventie bij etnische minderheden, asielzoekers, vluchtelingen en migranten. De aanleiding hiervoor waren de infovragen en vormingsaanvragen die hierover binnen kwamen.

Er is onvoldoende informatie beschikbaar over de specifieke kwetsbaarheid van deze groepen m.b.t. suïcidaliteit. Daarnaast beschikken we niet over cijfers voor Vlaanderen die aantonen dat er specifieke interventies op vlak van suïcidepreventie nodig zijn voor etnische minderheden.

Een belangrijke conclusie uit deze inventaris is de grote heterogeniteit tussen groepen. Cultuursensitiviteit en een grote kennis van de doelgroep zijn dan ook noodzakelijk om preventiestrategieën op maat te ontwikkelen. Het betrekken van verschillende doelgroepen bij het ontwikkelen, implementeren en evaluatie van een methodiek zijn essentieel.

Meer informatie over deze inventaris is verkrijgbaar bij VLESP.

4.4.12 Gedetineerden

ORGANISATIE	Universiteit Gent
AANVANG	2019
DOELGROEP	Sector suïcidepreventie

De Universiteit Gent bestudeert in het kader van een doctoraatsonderzoek alle suïcides die in de Belgische gevangenissen plaatsvonden over de periode van 2000-2016. Gedurende deze 17 jaar overleden in België 262 gevangen door suïcide, dewelke één derde van alle overlijdens betrof. Gestandaardiseerd betekent dit 156.2 suïcides per 100.000 gedetineerden, hetgeen ongeveer 8 keer hoger ligt ten opzichte van de algemene bevolking. Risicofactoren zijn in eerste instantie gelijkaardig aan die van bij de algemene bevolking, waarbij de aanwezigheid van een psychiatrische stoornis en een voorgeschiedenis van suïcidepogingen meer voorkomt bij diegenen die komen te overlijden door suïcide. De periode vlak na de opsluiting, een transfer naar een andere gevangenis en justitiële gebeurtenissen vormen risicoperiodes. Opmerkelijk is dat 11% van alle suïcides plaatsvonden in een veiligheids- of isolatiecel en dat 40% van alle gedetineerden op het moment van de suïcide onder een maatregel van verhoogd toezicht waren geplaatst (Favril, Wittouck, Audenaert, & Vander Laenen, 2019).

In datzelfde doctoraatsonderzoek werd een survey afgenomen in 15 Vlaamse gevangenissen, hetgeen data van 1203 mannelijke gedetineerden opleverde. 1 op de 4 (41.3%) gedetineerde dacht ooit gedurende zijn leven aan suïcide, bijna een kwart van de gedetineerden (23.7%) dacht aan zelfdoding in het laatste jaar. Suïcidaliteit in het laatste jaar was significant gerelateerd aan verschillende klinische variabelen (druggebruik in de gevangenis, voorgeschiedenis van psychiatrische behandeling, een psychiatrische stoornis en psychotrope medicatie) en aan de criminologische factoren type van misdaad en de lengte van detentie (Favril, Vander Laenen, C., & Audenaert, 2017).

Voor ondersteuning in het opstellen van een suïcidepreventiebeleid in een gevangenis kan je terecht bij de Suïcidepreventiewerking van de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG-SP). Ook voor suïcidespecifieke training van gevangenispersoneel kan je bij CGG-SP terecht.

In dit verband is het ook interessant om de campagne '[Van gevangenis naar zorg](#)' te benoemen, dat de kennis over internering wil verbeteren. Tot slot is de Zelfmoordlijn ook toegankelijk vanuit de gevangenis.

4.4.13 Conclusie strategie 4

Binnen het VAS worden zowel hoogrisicogroepen als kwetsbare groepen bereikt. Zo zijn er verschillende acties die zich richten op **mensen die een suïcidepoging** hebben ondernomen. De (K)IPEO-instrumenten vormen de eerste opvang en evaluatie na een suïcidepoging, dewelke in 2020 werden verbreed. Het vernieuwde instrument is gebaseerd op het IPEO, maar zal zich eveneens richten op suïcidale personen. Op die manier wordt ook bij deze doelgroep een eerste inschatting gemaakt van de ernst van de suïcidaliteit en krijgen hulpverleners handvaten om een degelijke opvang te voorzien. Dit instrument zal in 2021 worden geïmplementeerd. Daarnaast worden jongeren na een suïcidepoging ook bereikt aan de hand van de 'toolkit jonge suïcidepogers', waaronder de methodiek On track again kan worden teruggevonden.

Naast de verschillende online methodieken en de telehulp werden in 2016 twee groepstrainingen gericht naar **suïcidale personen** onderzocht op effectiviteit. Binnen beide interventiegroepen bleek de training een gunstig effect te hebben op de ernst van de suïcidale gedachten (De Jaegere et al., 2018). De implementatie blijft echter wel een aandachtspunt. Onder deze strategie werd suïcidaliteit bij de **LGBTQ+-gemeenschap**, bij **huisartsen en apothekers** en bij **gedetineerden** eveneens in kaart gebracht, waarbij getracht wordt hen te bereiken aan de hand van verschillende acties.

Psychische gezondheidsproblemen bij kinderen en jongeren werden initieel aangepakt door de **VDIP-werking**. Sinds 2018 werd de vroegdetectie en -interventie bij deze doelgroep structureel verankerd onder het programma CONNECT bij de CGG. Momenteel richt het programma zich op jongvolwassenen van 14 tot 23 jaar. In tegenstelling tot de VDIP-werking worden 24-35-jarigen met psychische problemen niet bereikt met dit programma, wat wel leidt tot bezorgdheid. Interessant zou zijn om in dit kader de tevredenheid en effectiviteit te bestuderen. Ook de **ABFT-trainingen** kunnen een belangrijke rol spelen bij depressie en suïcidaliteit bij jongvolwassenen.

Door de werking van **Werkgroep Verder na zelfdoding** wordt de postventie in Vlaanderen georganiseerd. Nabestaanden worden bereikt door verschillende activiteiten die zich inzetten op lotgenotencontact en het verspreiden van informatie. Eind 2020 werden **nabestaanden** enerzijds en hulpverleners die werken met nabestaanden anderzijds bevraagd om hun noden in kaart te brengen. Op basis van deze resultaten zal de postventie in Vlaanderen al dan niet worden aangepast of uitgebreid. Aandacht naar tevredenheid en effectiviteit blijft hierbij belangrijk.

Uit de tussentijdse evaluatie van het VAS kwam naar voor dat het belangrijk is om aandacht te hebben voor de transformerende maatschappij, waarbij de aandacht werd gevestigd op de

migratieproblematiek. Omdat er verschillende vragen infovragen en vormingsaanvragen kwamen rond etnische minderheden, asielzoekers, vluchtelingen en migranten, startte VLESP in 2019 met een inventaris van literatuur en methodieken rond suïcidepreventie bij deze doelgroep. Hieruit kwam enerzijds dat er geen cijfers zijn voor Vlaanderen die aantonen dat er specifieke interventies op vlak van suïcidepreventie nodig zijn voor etnische minderheden. Anderzijds is het belangrijk om deze doelgroep, net zoals andere doelgroepen, te betrekken bij de ontwikkeling, implementatie en evaluatie van methodieken.

Uit de evaluatie van de gezondheidsdoelstelling (zie hoofdstuk 2) kan geconcludeerd worden dat de cijfers voor sommige leeftijdsgroepen ongunstig evolueerden doorheen de duurtijd van dit actieplan. In dit kader werd in 2018-2020 een **onderzoek gevoerd naar suïcide bij 45 tot 60-jarigen** en werd er een richtlijn ontwikkeld gericht naar hulpverleners die werken met **ouderen**.

In de opmaak van het derde VAS is het belangrijk om aandacht te hebben voor nieuwe ontwikkelingen van methodieken voor deze belangrijke risicogroepen en moeten nieuwe doelgroepen steeds in kaart worden gebracht. Hierbij is het belangrijk dat er recente epidemiologische informatie beschikbaar is op basis waarvan noden gedetecteerd worden. Momenteel ontbreken betrouwbare suïdecijfers bij etnische minderheden, maar ook op beroepsniveau (landbouwers, politie, etc.) zijn cijfers niet altijd voorhanden, waardoor vragen omtrent de nood aan acties niet altijd kan beantwoord worden.

Daarnaast is het belangrijk om ook voor de acties binnen deze strategie te blijven inzetten op onderzoek naar de effectiviteit van deze methodieken. Daarnaast moet ook blijvend aandacht zijn voor de duurzame implementatie van acties gericht op specifieke doelgroepen.

4.5 Strategie 5: De ontwikkeling en implementatie van aanbevelingen en hulpmiddelen voor de preventie van suïcide

Onder de laatste strategie worden enkele richtlijnen en aanbevelingen voorgesteld, die binnen suïcidepreventie een houvast kunnen bieden. Deze zijn:

- Aanbevelingen voor de preventie van suïcide (Euregenas)
 - Algemene aanbevelingen voor de preventie van suïcide
 - Aanbevelingen voor de preventie van suïcide in scholen
 - Aanbevelingen voor de preventie van suïcide op de werkvloer
- Aanbevelingen voor vroegdetectie, vroeginterventie en behandeling van suïcidaal gedrag (multidisciplinaire richtlijn)
- Aanbevelingen voor vroegdetectie, vroeginterventie en behandeling van suïcidaal gedrag bij ouderen
- Aanbevelingen voor ketenzorg voor suïcidale personen.

4.5.1 Aanbevelingen voor de preventie van suïcide (Euregenas)

ORGANISATIE	EZO i.s.m. Euregenas
AANVANG	2014
DOELGROEP	Professionelen

Onderbouwing

Onderzoek toont dat bepaalde suïcidepreventiestrategieën en methodieken effectief zijn in de preventie van suïcidaal gedrag (Zalsman et al., 2016). Het is echter niet altijd duidelijk op welke wijze bepaalde preventiestrategieën in de praktijk kunnen uitgewerkt worden en moeten toegepast worden. Daarom werden in het kader van het VAS een set richtlijnen en toolkits ontwikkeld binnen de context van verschillende settings die handvaten moeten bieden om suïcidepreventie in de praktijk te brengen.

De Eenheid voor Zelfmoordonderzoek (EZO) werkte hiertoe een set richtlijnen en toolkits uit in het kader van het Europese project EUREGENAS ('EUropean REGions ENforcing Actions against Suicide'), dat liep van 2012 tot eind 2014. Vier sets van richtlijnen en *toolkits* werden ontwikkeld en verspreid. Voor elke set werd telkens eerst een draftversie opgemaakt door EZO, gebaseerd op literatuur en *good practices*, en vervolgens feedback ingezameld en verwerkt van alle Euregenas partners, de *Scientific Board* van Euregenas en regionale stakeholders via *Regional network meetings*.

De vier eindproducten:

- **General Guidelines on Suicide Prevention** (NL: [Algemene richtlijnen voor suïcidepreventie](#)): een *toolkit* gericht op beleidsmakers (Dumon & Portzky, 2013).
- **Suicide Prevention Toolkit for Media Professionals**: een *toolkit* voor journalisten en andere media professionals. Deze *toolkit* werd niet vertaald naar het Nederlands aangezien in Vlaanderen reeds mediarijchtlijnen werden ontwikkeld (zie hoofdstuk 4.1.5.2). De Engelstalige versie van deze toolkit is verkrijgbaar bij VLESP.
- **School-based Suicide Prevention, Intervention and Postvention** (NL: [Toolkit Zelfmoordpreventie, interventie en postventie op school](#)). Deze *toolkit* is enerzijds bedoeld voor beleidsmakers en intermediairs in de schoolomgeving en anderzijds voor directeurs, leerkrachten en leerlingenbegeleiders op school. De *toolkit* biedt scholen achtergrondinformatie over suïcidaal gedrag, een overzicht van strategieën voor de

bevordering van geestelijke gezondheid en de preventie van zelfdoding op school, voorbeelden van goede praktijken en praktische instrumenten (Dumon & Portzky, 2014a).

- **Preventing and managing suicidal behaviour. A toolkit for the workplace** (NL: [Toolkit Zelfmoordpreventie, interventie en postventie op de werkvloer](#)). Deze *toolkit* richt zich op personen op de werkvloer die mee instaan voor de gezondheid van werknemers, zoals werkgevers, (HR) managers, preventie-adviseurs, bedrijfsgeneesheren, comités voor veiligheid en gezondheid op het werk, enz. De bedoeling is om achtergrondinformatie over suïcidaal gedrag, een overzicht van suïcidepreventiestrategieën voor de werkvloer, goede praktijken en praktische tools aan te reiken. De *toolkit* schetst daarmee hoe initiatieven op de werkvloer mogelijk kunnen bijdragen tot de preventie van suïcide (Dumon & Portzky, 2014b).

Bereik

Alle richtlijnen en *toolkits* werden vertaald in 9 talen en verspreid op zowel lokaal, nationaal als Europees niveau. Ze zijn te raadplegen op de [Euregenas website](#) en de websites van de betrokken partners. In vijf Euregenas regio's (waaronder ook Vlaanderen) werden de richtlijnen en *toolkits* verspreid via opgerichte regionale netwerken waarin relevante stakeholders zaten die de verdere verspreiding van de producten versterkten.

Op Researchgate (eind november 2020) werden de Algemene Richtlijnen 1.947 keer gelezen, de *Toolkit for Media Professionals* 345 keer, de *toolkit* gericht naar scholen 614 keer en de *toolkit* op de werkvloer 488 keer.

Op Euregenas-events, waaronder de slotconferentie, werden in totaal 320 exemplaren verspreid van de 'Algemene Richtlijnen', 140 van de *toolkit* omtrent media, 1845 exemplaren van de *toolkit* voor scholen en 540 van de *toolkit* voor de werkvloer. Verder werden de *toolkits* elektronisch verspreid naar ca. 400 stakeholders.

In Vlaanderen zijn de toolkits op Zelfmoord1813.be te downloaden en wordt naar de toolkits verwezen in infovragen en vormingen.

Tabel 69: Aantal downloads richtlijnen Euregenas, 2017 t.e.m. augustus 2020

	2017	2018	2019	2020
ALGEMENE RICHTLIJNEN	150	82	99	80
RICHTLIJNEN SCHOOL	169	163	173	152
RICHTLIJNEN WERKVLOER	82	94	111	94

Bron: VLESP***Evaluatie***

De richtlijnen en toolkits werden door de leden van de Regional Network Meetings positief geëvalueerd met betrekking tot helderheid, bruikbaarheid en relevantie. De resultaten hiervan en een uitgebreide evaluatie van het volledige Euregenas project gebeurde binnen werkpakket 3 en werd uitgevoerd door Romtens Foundation. Het volledige evaluatierapport is bij VLESP verkrijgbaar.

Intussen zijn de toolkits wel wat verouderd. In 2021 zullen ze een inhoudelijke update krijgen en meer aangepast worden aan de lay-out van Zelfmoord1813.

4.5.2 Aanbevelingen voor vroegdetectie, vroeginterventie en behandeling van suïcidaal gedrag (Multidisciplinaire richtlijn)

ORGANISATIE	VLESP
AANVANG	2014
DOELGROEP	Professionelen

Onderbouwing

Hoewel de deskundigheidsbevordering van intermediairs gezien wordt als één van de meest succesvolle preventiestrategieën (Zalsman et al, 2016), worden artsen, verplegend personeel en andere hulpverleners nog te weinig bereikt via klassieke face-to-face vormingen. Bovendien ontbrak er tot voor kort een *evidence-based* richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag in Vlaanderen. Ter voorbereiding van het tweede Vlaams Actieplan Suïcidepreventie kwam dan ook het initiatief om algemene aanbevelingen op te stellen waarin de verschillende mogelijkheden, strategieën en methodieken voor suïcidepreventie in de zorg worden verduidelijkt. Op die manier worden handvaten aangeboden om de preventie voldoende te kaderen (Vandeurzen, 2012).

Onderzoek toont dat implementatie van richtlijnen voor de preventie van suïcide kan zorgen voor een verhoging van de deskundigheid van professionele hulpverleners (de Beurs et al., 2015) (de Beurs et al., 2015) én een daling tewegg kan brengen in de suïcidecijfers (While et al., 2012). In de uitvoering van het tweede actieplan werd dan ook prioriteit gegeven aan het ontwikkelen van een multidisciplinaire richtlijn voor de detectie en behandeling van suïcidaal gedrag. Deze richtlijn werd ontwikkeld door VLESP, in samenwerking met een begeleidingscomité bestaande uit experts in de suïcidepreventie en vertegenwoordigers van de verschillende beroepsgroepen waarvoor deze richtlijn bedoeld was (Aerts, Dumon, et al., 2017). Deze [richtlijn](#) en de bijhorende [e-learningwebsite SP-reflex](#) werden gelanceerd op 30 maart 2017. Meer informatie over de SP-reflex kan je vinden in hoofdstuk 4.3.4. Bovendien lanceerde VLESP in 2019 een richtlijn met [aanbevelingen voor suïcidepreventie bij ouderen](#) (Dumon et al., 2019) (meer info: hoofdstuk 4.4.7).

Bereik

De richtlijn is te downloaden op de *e-learningwebsite* SP-reflex en kan in boekvorm aangekocht worden via uitgeverij Politeia. Daarnaast is er ook een [samenvatting van de richtlijn](#) die gedownload kan worden via Zelfmoord1813.

In totaal werden 106 boeken verkocht via Politeia en werden er 10.500 gedrukte exemplaren van de samenvatting verdeeld (5500 in 2017; 5000 in 2018). Downloads van de volledige richtlijnen werden niet geregistreerd. Hieronder vind je een overzicht van het aantal downloads van de samenvatting.

Tabel 70: Downloads samenvatting Multidisciplinaire Richtlijn

	2017 (VANAF APRIL)	2018	2019	2020
AANTAL DOWNLOADS SAMENVATTING MDR	501	654	682	552

Bron: VLESP

Tevredenheid & effectiviteit

De tevredenheid over en effectiviteit van de richtlijn werd nog niet gemeten, maar onder 4.3.4 is wel informatie terug te vinden m.b.t. de e-learningwebsite.

4.5.3 Leidraad Zorgcontinuïteit voor suïcidale personen

ORGANISATIE	VLESP
AANVANG	2017
DOELGROEP	Professionelen

Onderbouwing

De continuïteit van de zorg voor suïcidale personen is één van de belangrijkste knelpunten in de organisatie van de hulpverlening. Suïcidale patiënten krijgen door een gebrek aan sluitende afspraken niet altijd de juiste zorg. Daarenboven kunnen die transfermomenten tussen en binnen organisaties gezien worden als risicovolle momenten. Vanuit deze bezorgdheid, ontwikkelde VLESP in 2017 een leidraad met aanbevelingen voor zorgvuldige samenwerking in de hulpverleningsketen om de (na)zorg van de suïcidale patiënt te verbeteren, alsook de regionale samenwerking te versterken (Dumon, Aerts, Verhamme, & Portzky, 2018). Deze [richtlijn](#) werd gelanceerd op 5 oktober 2018.

Bereik

Er werden 500 gedrukte exemplaren van de richtlijn verspreid. Hieronder vind je een overzicht terug van het aantal downloads per jaar:

Tabel 71: Aantal downloads leidraad zorgcontinuïteit

	2018	2019	2020 (AUG)
Aantal downloads leidraad zorgcontinuïteit	344	469	178

Bron: VLESP

Voor de implementatie van de leidraad wordt vanuit VLESP samengewerkt met adjunct federaal coördinator geestelijke gezondheidszorg op de FOD Volksgezondheid. Zij stuurt de netwerkcoördinatoren aan waardoor actief aan de slag gegaan wordt met de leidraad zorgcontinuïteit suïcidale personen en waardoor dit een item wordt dat ze verplicht dienen op te

nemen in hun 'jaarplan'. De netwerkcoördinatoren werken hiervoor samen met de suïcidepreventiewerkers van de CGG die inhoudelijke ondersteuning bieden.

4.5.4 Conclusie strategie 5

In de loop van het tweede actieplan werd ingezet op de uitbouw en implementatie van verschillende richtlijnen. Deze richtlijnen hebben als doel om handvaten te bieden om suïcidepreventie in de praktijk te brengen en zijn sterk wetenschappelijk onderbouwd.

Naast de richtlijnen die in het kader van Euregenas werden ontwikkeld, ontwikkelde VLESP de Multidisciplinaire richtlijn die in 2017 werd gelanceerd (Aerts, Dumon, et al., 2017). Binnen deze richtlijn worden de verschillende mogelijkheden, strategieën en methodieken voor suïcidepreventie verduidelijkt. De samenvatting werd in gedrukte vorm 10.500 maal verdeeld, met daarenboven 1.500 downloads. De richtlijn vormt daarenboven een belangrijke basis voor de vormingen in het kader van deskundigheidsbevordering. In 2018 werd dan weer de richtlijn gelanceerd gericht op ouderen, aangezien deze een kwetsbare groep vormen (Aerts, Rotsaert, et al., 2017)(meer info: hoofdstuk 4.4.7)

Zorgcontinuïteit is een belangrijk gegeven in de preventie van zelfdoding (Zalsman et al., 2016). In dit verband werd door VLESP een leidraad ontwikkeld waarbinnen handvaten worden aangereikt om de samenwerking en informatie-uitwisseling tussen verschillende zorginstellingen te bewerkstelligen (Dumon et al., 2018). Momenteel zet VLESP in op de verdere implementatie van de leidraad door in samenwerking met de adjunct federaal coördinator GGZ netwerkcoördinatoren aan te sturen.

Een aandachtspunt bij de richtlijnen is de verdere implementatie bij de beoogde doelgroepen. Ook het in kaart brengen van de tevredenheid van de gebruikers en het onderzoeken van het effect van de richtlijnen wordt aanbevolen.

5. CONCLUSIE & AANBEVELINGEN

5.1 Gezondheidsdoelstelling

Wat betreft de gezondheidsdoelstelling “*het verminderen van het aantal suïcides met 20% in 2020 t.o.v. het referentiejaar 2000*” kan er op basis van **de suïdecijfers van 2018** besloten worden dat de gezondheidsdoelstelling **is gehaald**. In totaal, voor beide geslachten en over alle leeftijden heen, daalden de suïdecijfers met **26%**. Hierbij is de daling vrij gelijkend voor beide geslachten met een daling van 31% bij vrouwen en 26% bij mannen. Wanneer naar de verschillende leeftijdsgroepen wordt gekeken, kunnen enkele verschillen worden geobserveerd. Voor bijna alle leeftijdsgroepen werd de gezondheidsdoelstelling gehaald. Bij sommige leeftijdsgroepen betreft het zelfs een sterke daling waaronder vrouwen tussen 30-44 jaar (daling van 46%), jonge mannen tussen 16-29 jaar (daling 41%) en ook bij de ouderen zien we dalingen van 30% (vrouwen 75+) en 37% (mannen 75+). De dalingen bij de leeftijdsgroep 45-49 jaar (respectievelijk 18% bij vrouwen en 11% bij mannen) en jonge vrouwen tussen 16-19 jaar (16%) zijn niet voldoende om de gezondheidsdoelstelling van 20% te bereiken. Ook de daling 60-74 jarige mannen (19%) is net niet gehaald. De ongunstige evolutie in de leeftijdsgroep 45-59 jaar heeft geleid tot de Insight-studie (hoofdstuk 4.4.6) waarbij op zoek is gegaan naar specifieke risicofactoren voor deze leeftijdsgroep.

Globaal kan het behalen van de gezondheidsdoelstelling en de evolutie van 26% minder suïcides als positief beschouwd worden. Dit toont aan dat preventie werkt. **Een belangrijke aanvulling hierbij is dat uit internationale studies blijkt dat het merendeel van landen met een suïcidepreventie-plan hun doelstellingen (targets van dalingen in suïdecijfers) niet halen**; enkel Japan en de VS in de jaren '90 haalden de vooropgestelde doelstelling (Fox et al., 2020). Dat Vlaanderen de gezondheidsdoelstelling heeft gehaald, kan dus vanuit internationaal perspectief als positief en eerder uitzonderlijk worden beschouwd. **Wanneer de evolutie van de Vlaamse suïdecijfers wordt vergeleken met evoluties in andere landen** (Nederland: suïdecijfers tussen 2008 en 2017 met 40% gestegen; UK: in 2018 en 2019 hoogste cijfers sinds 2000; VS stijging van 37,8% tussen 2000-2018) **kan deze dalende trend in Vlaanderen als hoopvol worden beschouwd en vooral als indicatie dat preventie werkt**.

Echter, de cijfers tonen eveneens aan dat er nog steeds 3 zelfdodingen per dag in Vlaanderen zijn, alsook 27 suïdepogingen per dag in Vlaanderen. Dit betekent dat er **blijvend sterk moet ingezet worden op de verdere preventie van suïcidaal gedrag en dat suïcidepreventie in Vlaanderen blijvend als prioritair moet worden beschouwd**.

Daarnaast moet ook benadrukt worden dat de doelstelling in deze evaluatie geëvalueerd werd op suïdecijfers t.e.m. 2018, daar meer recente cijfers ontbreken. Naar de toekomst toe is het belangrijk om een beter zicht te hebben op de actuele cijfers, zodat er sneller kan ingespeeld worden op de actualiteit. Door de huidige gezondheidscrisis inzake COVID-19 krijgen de partnerorganisatie en de organisaties met terreinwerking vele verontrustende berichten dat er meer suïcides voorkomen. Deze bezorgdheid kan echter niet nog niet volledig gestaafd noch weerlegd worden door een gebrek aan recent cijfermateriaal wat betreft suïcide. Een monitoringsysteem om in te spelen op dergelijke actuele ontwikkelingen dringt zich op. Daarnaast is het ook belangrijk dat bijkomende data verzameld worden en dat onderzoek wordt verricht naar prevalentie, risico- en beschermende factoren bij specifieke beroepsgroepen, leeftijdsgroepen, etc. Het structureel inbedden van psychologisch autopsie-onderzoek zou in die zin een bijzonder waardevolle aanvulling zijn op het bestaande onderzoek, en zouden input kunnen geven wat betreft de noden aan bijkomende preventie-methodieken.

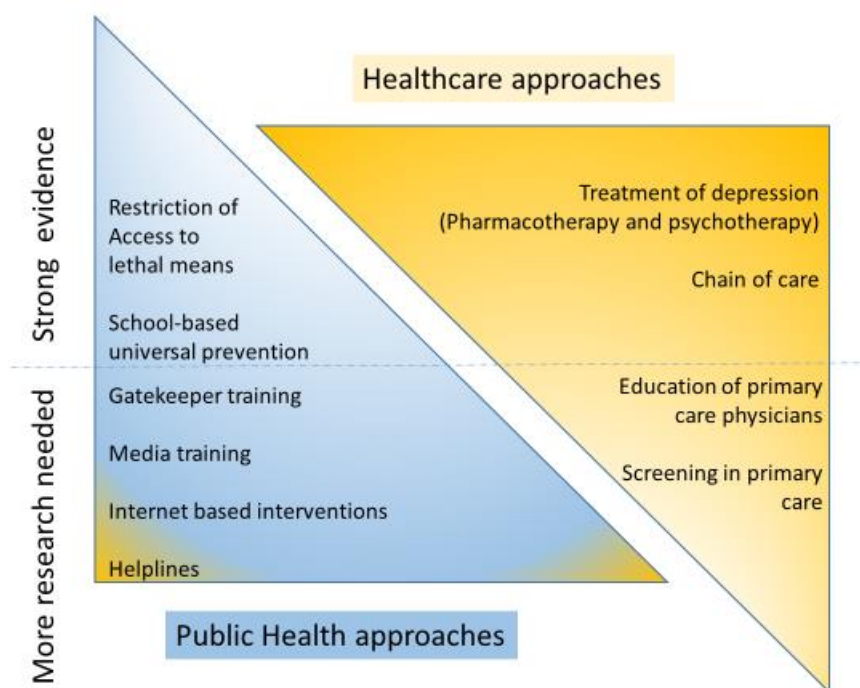
De **cijfers van de suïcidepogingen** tonen een significante daling van 20% in 2019 t.o.v. 2000. De incidentie van suïcidepogingen is niet mee opgenomen in de Gezondheidsdoelstelling maar het is toch belangrijk om ook op te volgen gezien suïcidepogingen de belangrijkste risicofactor zijn voor suïcide. Dat ook de cijfers van de suïcidepogingen een significante daling van 20% vertonen, kan dus ook als een positieve evolutie worden gezien. De cijfers van suïcidepogingen die door de Eenheid voor Zelfmoordonderzoek (UGent) worden verzameld in samenwerking met de Vlaamse ziekenhuizen zijn wel sneller beschikbaar en meer up to date waardoor het ook aan te bevelen is om deze registratie en monitoring verder te zetten. Daarnaast toont dit eveneens aan dat het blijven investeren in een kwaliteitsvolle opvang en zorg na een suïcidepoging als een prioriteit moet worden aanzien.

Cijfers inzake suïcidale ideatie zijn moeilijker op te volgen aangezien hier geen systematische registratie van gebeurt en dit louter zelfrapportage betreft. Voorzichtigheid is dan ook aangewezen bij de interpretatie van gegevens omtrent suïcidale ideatie. In de Gezondheidsenquête kan een zeer lichte stijging worden weerhouden in 2018 t.o.v. 2004, al is het onduidelijk of deze stijging significant is.

5.2 Strategieën binnen het Vlaams actieplan Suïcidepreventie II

In onderstaande Figuur 38 worden de meest recente evidence-based strategieën die internationaal ondersteund worden, weergegeven.

Figuur 38: Evidence-based strategieën in de preventie van suïcide



Bron: Zalsman et al., 2016

Wanneer hierbij de vergelijking wordt gemaakt met de strategieën binnen het VAS II dan kunnen we opmerken dat voornamelijk de strategie aangaande de **bepierking van toegang tot middelen** minder aan bod komt binnen het VAS II. De acties vanuit Infrabel kunnen hierbij een belangrijke bijdrage vormen, al zijn dit de enige gerichte acties voor één bepaalde methode. Tijdens de verdere uitvoering van VAS II werd door VLESP een inventarisatie gemaakt van mogelijke acties binnen deze strategie. De implementatie van deze acties is niet evident maar dit mag geen factor zijn om niet verder te investeren in deze belangrijke strategie. Er kan dan ook aanbevolen worden om naar de ontwikkeling van een 3^{de} VAS de verdere uitwerking van deze strategie mee te nemen en na te gaan waar in Vlaanderen verder kan ingezet worden op het beperken van de toegang tot middelen.

Ook wat **universele preventie gericht naar scholen** (*School-based universal prevention*) betreft, kunnen we stellen dat binnen het VAS II hier minder specifieke acties naar zijn gericht sinds het aflopen van het project preventiecoaches. Er worden wel vormingen georganiseerd naar

onderwijzend personeel toe en er zijn ook acties naar jongeren toe (zoals NokNok) maar een geïntegreerd aanbod van universele preventie naar scholen toe ontbreekt nog binnen het VAS II. De ontwikkeling van de serious game Silver kan hier wel gezien worden als een belangrijke methodiek binnen universele preventie. Aangezien deze methodiek pas op het eind van VAS II werd ontwikkeld, dient de verdere implementatie worden meegenomen in VAS III.

Naar **chain of care** toe is in VAS II vooral werk gemaakt van de ontwikkeling van de Leidraad voor Zorgcontinuïteit voor suïcidale personen. Dit kan gezien worden als een basis waarop hulpverleners zich kunnen richten om de zorgcontinuïteit te bewaken en te optimaliseren bij suïcidaliteit. Het belang van deze leidraad zit vooral in de verdere implementatie in de verschillende zorgnetwerken en netwerken in kader van het Project art. 107. Deze verdere implementatie dient ook meegenomen te worden in VAS III.

De aanpak naar **screening** wordt binnen het VAS II op een bredere manier ingevuld, nl. de detectie van suïcidaliteit. Voornamelijk binnen de multidisciplinaire richtlijn maakt detectie een belangrijk onderdeel uit. Ook binnen deskundigheidsbevordering wordt veel aandacht besteed aan detectie en signaalherkenning. Dit zijn belangrijke methodieken binnen suïcidepreventie die verder dienen gecontinueerd te worden in duurzame en brede implementatie.

De andere strategieën die in internationaal naar voor komen, zijn de **vormingen naar intermediairs** (gatekeeper training) en **artsen** (education of primary care physicians), **mediatraining**, **internet/online interventie** en **hulplijnen**. Deze strategieën worden in het tweede VAS zeer goed ingevuld en dienen verder te worden gecontinueerd in VAS III. Een aandachtspunt hierbij is de groep van artsen welke soms moeilijker te bereiken zijn voor vormingen.

5.3 Acties in functie van de realisatie van de strategieën

Alle acties die werden vooropgesteld bij de lancering van het 2^{de} Vlaams Actieplan zijn eind 2020 gerealiseerd. Enkel de actie rond de netwerkgroepen voor ouderen diende bijgestuurd te worden: de actie werd vervangen door de ontwikkeling van een richtlijn voor detectie en behandeling van suïcidaliteit bij ouderen, en een bijhorende e-learningmodule, aangezien de oorspronkelijk geformuleerde actie niet implementeerbaar bleek te zijn.

Het is belangrijk te vermelden dat bovenop de vooropgestelde acties die bij de lancering in 2012 werden opgenomen in het actieplan, er 23 nieuw ingestelde acties zijn ontwikkeld in de periode 2012-2020. Deze nieuwe acties kwamen tot stand op basis van nieuwe ontwikkelingen in de internationale suïcidepreventie, op basis van nieuwe wetenschappelijke evidentie of op basis van nieuwe noden in Vlaanderen. Dit is een belangrijk positief punt van het VAS II welke aangeeft dat er steeds oog is voor nieuwe ontwikkelingen en noden en dat hier ook door de Vlaamse Overheid de mogelijkheid wordt geboden om deze te ontwikkelen en te implementeren.

Wat de evaluatie van de verschillende acties betreft volgens de vier indicatoren onderbouwing, bereik, tevredenheid en effectiviteit, tonen de resultaten aan dat de indicatoren onderbouwing en bereik steeds voldoende konden worden ingevuld. De indicatoren tevredenheid en effectiviteit werden vaak niet gerealiseerd in de acties. In dit verband ontbreken bijgevolg vaak gegevens. Dit is dan ook een belangrijk aandachtspunt naar de toekomst toe.

5.4 SWOT - analyse

Op basis van de bevindingen in dit rapport en de eigen ervaringen stelde VLESP een SWOT-analyse op. In deze analyse werden de sterktes (strengths) en zwaktes (weaknesses) van het suïcidepreventiebeleid in Vlaanderen tegenover elkaar geplaatst, die gekoppeld werden aan enkele kansen (opportunities) en uitdagingen/bedreigingen (threats). Deze gegevens kunnen meegenomen worden in de uitbouw van een volgend actieplan.

STERKTES	ZWAKTES
Het Vlaams Actieplan Suïcidepreventie II is een breed actieplan gericht op evidence-based preventiestrategieën. Zowel acties gericht naar universele, selectieve en geïndiceerde preventie van zelfdoding werden opgenomen. Daarenboven is het actieplan innovatief, voornamelijk op vlak van online interventies. Op internationaal vlak vormt Vlaanderen een voorbeeld en trekker voor online methodieken. Zo vormt de portaalsite Zelfmoord1813 een succesfactor voor suïcidepreventie in Vlaanderen. De inhoud van de website blijft toenemen, het bereik stijgt over de jaren heen en de website wordt steeds bekender. Bovendien werden binnen dit actieplan als één van de eerste wereldwijd apps ontwikkeld voor suïcidale personen, nl. On Track Again en BackUp en de serious game Silver. Tot slot bereikt de e-learningmodule SP-reflex vele hulpverleners, zeker in vergelijking met andere internationale initiatieven. Het actieplan bestaat uit wetenschappelijk onderbouwde methodieken, met vaak eigen Vlaams effectiviteitsonderzoek hieraan gekoppeld. De focus ligt hierbij op de veiligheid voor suïcidale personen. Voornamelijk de methodieken ontwikkeld door VLESP en CPZ nemen deze zaken in acht.	Implementatie van goed ontwikkelde methodieken verloopt soms moeizaam. Duurzame en brede implementatie vormt hierbij een aandachtspunt. De verschillende acties moeten op regelmatige basis opgevolgd en geëvalueerd worden, waarbij het belangrijk is dat de beoogde doelgroep(en) voldoende worden bereikt. Indien dit niet het geval zou zijn, moeten implementatieplannen worden bijgesteld. Universele preventie blijft een belangrijke pijler in de preventie van zelfdoding. Uit de resultaten van het onderzoek naar de provinciale verschillen en de psychologische autopsie Insight-studie blijkt nogmaals dat het belangrijk is om het stigma rond geestelijke gezondheid te doorbreken en de oproep om hulp te zoeken verder te verspreiden. Momenteel zijn er te weinig of te beperkte acties die zich inzetten op deze eerste, brede strategie. Bovendien is het vaak moeilijker om de effectiviteit te onderzoeken, al is dit wel een belangrijk gegeven. Dit aandachtspunt zal meegenomen worden naar het derde Vlaams Actieplan. Te weinig of te beperkte acties richten zich momenteel naar de sector werk, zeker wanneer er rekening wordt gehouden met de resultaten uit de psychologische autopsiestudie (Insight-studie) en de

De mediarichtlijnen in Vlaanderen vormen ook een belangrijke gegeven in de preventie van suïcide. De laatste jaren is de bekendheid ervan sterk gegroeid en werd er ingezet op een jarenlange samenwerking met de media om de mediarichtlijnen na te volgen. Daarenboven is er een toenemend aantal stakeholders in suïcidepreventie (bijv. apothekers) die de partnerorganisatie of de organisaties met terreinwerking contacteren om mee betrokken te worden in preventie van zelfdoding in Vlaanderen. Dit geeft meer mogelijkheden naar brede implementatie van methodieken en het bereiken van doelgroepen. Sinds 2019 werden verschillende organisaties met terreinwerking samengevoegd bij de partnerorganisatie. Dit kan over het algemeen beschouwd worden als een positieve evolutie. Enerzijds wordt het suïcidepreventielandschap in Vlaanderen zo sterk vereenvoudigd, maar zorgt het ook voor een meer efficiënt inzetten van expertise en mensen.	mogelijke gevolgen van Covid-19. Dit is eveneens een belangrijke aanbeveling om op te nemen in het VAS III. Uit de evaluatie blijkt dat niet alle methodieken voldoende onderbouwd zijn, noch voldoende bereik of tevredenheid opleveren of dat deze indicatoren niet of onvoldoende worden gemeten. Dit moet een blijvend aandachtspunt zijn voor alle methodieken voor suïcidepreventie. Eén van de meest evidence-based preventiestrategieën is het beperken van middelen voor suïcidaal gedrag. Dit gegeven kwam te weinig aan bod in het VAS II. Ondanks het feit dat het geen gemakkelijke strategie is om concreet uit te werken (mede door de federale bevoegdheden rond medicatie), is het toch sterk aanbevolen dit mee te nemen naar het VAS III. Momenteel zijn er weinig mogelijkheden naar postventie-activiteiten. Er wordt bijvoorbeeld regelmatig de vraag gesteld om na een suïcide op het werk of op school snel te kunnen langskomen, maar momenteel ontbreekt deze mogelijkheid.
---	--

KANSEN	UITDAGINGEN / BEDREIGINGEN
Door de grotere interesse in suïcidepreventie is er sprake van een maatschappelijke bewustwording in verband met het belang en de noodzaak van de preventie van zelfdoding. Er is ook de mogelijkheid dat door de corona-crisis algemeen meer aandacht en bewustwording rond het belang van mentale gezondheid(sproblemen) en de preventie ervan ook inzake suïcidepreventie belangrijke elementen zijn. De groeiende bekendheid van suïcidepreventie in Vlaanderen opent deuren, wat kan zorgen voor een bredere stakeholdersgroep waarbij meer sectoren worden bereikt. Door een sterkere samenwerking met de Vlaamse Vereniging voor Journalistiek en het Kabinet van de Minister van Media kan het belang van goede communicatie en mediaberichtgeving o.v.v. suïcide nog verder groeien. Een succesfactor in het kader van bepaalde methodieken is de ondersteuning van de overheid m.b.t. de implementatie ervan (bijv. de communicatie rond SP-reflex en de opvolging door de inspectie).	In het kader van de huidige toestand inzake Covid-19 heerst er grote ongerustheid én onduidelijkheid over de impact op mentaal welbevinden en meer specifiek zelfdoding. Momenteel zijn de meest recente suïdecijfers die van 2018. Het gebrek aan actuele suïdecijfers zorgt voor een gevoel van 'blind varen'. Het is enerzijds moeilijk om in te spelen op de actuele situatie. Een voorbeeld hiervan is de huidige Covid-19 crisis, waarbij de impact op de suïdecijfers niet kan gemonitord worden. Er is dus nood aan een monitoringsysteem om in te spelen op dergelijke actuele ontwikkelingen. De partnerorganisatie en de organisaties met terreinwerking komen vaak in contact met burgers met goedbedoelde initiatieven. Deze initiatieven kunnen echter mogelijk een schadelijke impact hebben op zelfdoding, al blijkt het moeilijk om burgers hierin bij te sturen. Er is een blijvende alertheid nodig mbt dit soort goedbedoelde initiatieven. Op verschillende niveaus heersen er capaciteitsproblemen, waardoor mensen die de stap naar hulp willen zetten, er niet altijd meteen terecht kunnen. Vanuit Preventie is het doorbreken van het stigma en de schaamte rond psychische problemen een belangrijke strategie, alsook

	het aanmoedigen van het zoeken naar hulp. Door de capaciteitsproblemen binnen de zorg/GGZ wordt hier echter vaak op een muur gebotst en kunnen kwetsbare en/of hoogrisico personen niet voldoende snel de nodige hulp en zorg vinden. VLESP wordt vaak ingeschakeld in het kader van de mediarichtlijnen, vooral bij fictie, theater of documentairemakers. Er wordt vaak advies gevraagd aan de partnerorganisatie om hun steun te verlenen aan het project. Dit gebeurt echter vaak te laat, nl. wanneer alles reeds is uitgeschreven of opgenomen. Op die momenten is het moeilijk om te kunnen bijsturen, waardoor een stuk of documentaire mogelijks een schadelijke impact kan hebben. Het is als partnerorganisatie moeilijk om op deze manier te werken. Het thema zelfdoding is de voorbije jaren een thema geweest waarrond actoren zich vaak mediageniek willen profileren, bijv. aan de hand van theatervoorstellingen, documentaires, straffe cijfers... Voor de preventie van zelfdoding kan dit echter schadelijk zijn. De afstemming met andere beleidsdomeinen in het kader van specifieke acties en interventies die zich richten op de sector cultuur, media, onderwijs, werk is een belangrijke uitdaging in de uitbouw van een volgend actieplan.
--	---

5.5 Aanbevelingen

Hieronder worden aanbevelingen geformuleerd i.v.m. de strategieën en te continueren acties

Strategie 1. Geestelijke gezondheidsbevordering

De brede en omvattende strategie rond geestelijke gezondheidsbevordering blijft een belangrijke strategie in het Vlaams actieplan Suïcidepreventie. Uit recent onderzoek in Vlaanderen (Insight-studie en studie naar de provinciale verschillen) werd nogmaals aangetoond hoe belangrijk het is om te blijven inzetten op het doorbreken van stigma en het aanmoedigen van het zoeken van hulp bij psychische problemen. Ook het uitrollen van acties die zich richten op suïcidespecifieke beschermende factoren zoals coping blijft een aandachtspunt voor de toekomst.

De acties gericht op verantwoord berichtgeving over zelfdoding, de mediarijchlijnen en de aanbevelingen voor fictie, theater, etc. zullen ook de in de toekomst belangrijk blijven. De maatschappelijke aandacht voor de preventie van zelfdoding zorgt ervoor dat er heel wat initiatieven worden genomen om het thema zelfdoding bespreekbaar te maken. Een continue opvolging en stimulans van het correct toepassen van de richtlijnen blijft dan ook erg belangrijk.

Acties gericht op het beperken van middelen voor suïcide blijken slechts beperkt deel uit te maken van het Vlaams actieplan Suïcidepreventie. Het beperken van de toegang tot suïcidemiddelen blijkt uit onderzoek één van de meest effectieve preventiemiddelen. Het is dan ook belangrijk om in de toekomst ook in Vlaanderen meer werk te maken van acties die zich richten op het beperken van middelen.

Strategie 2. Laagdrempelige telefonische en online hulp

De strategie rond laagdrempelige en telefonische online hulp en de hierbij horende acties (o.a. het portaal Zelfmoord1813.be) kunnen beschouwd worden als één van de grote successen binnen het tweede VAS. De creatie van één centrale, zeer laagdrempelige toegangspoort voor informatie en hulp voor iedereen in Vlaanderen betekende een grote stap voorwaarts in de bereikbaarheid en toegankelijkheid van hulp voor mensen met zelfmoordgedachten, hun omgeving, nabestaanden, professionelen en het brede publiek. Doorheen de jaren werden heel wat nieuwe methodieken en online tools toegevoegd aan het portaal.

De continuering en verdere uitbouw van Zelfmoord1813 zal ook in de toekomst een belangrijk speerpunt van suïcidepreventie in Vlaanderen vormen. Hierbij blijft duurzame implementatie een belangrijk aandachtspunt. Ook blijft het een uitdaging om de veelheid aan tools en informatie

eenvoudig toegankelijk te maken voor alle geïnteresseerden. Ook de integratie van de online tools in de andere acties blijft een aandachtspunt.

Op dit moment is er onvoldoende aansluiting tussen het digitale portaal Zelfmoord1813 en ruimer de online tools en de reguliere hulpverlening. Om Zelfmoord1813 tot een nog groter succes te maken, verdient het dan ook de aanbeveling om werk te maken van de aansluiting tussen de laagdrempelige telefonische en online hulp en de reguliere hulpverlening.

Strategie 3. Deskundigheidsbevordering van professionelen en netwerkvorming

De strategie rond deskundigheidsbevordering en netwerkvorming werd sterk uitgebreid in het tweede VAS: de capaciteit van de vormingen werd uitgebreid, er werden nieuwe doelgroepen gedefinieerd. Daarnaast werden laagdrempelige tools ontwikkeld om hulpverleners en professionelen makkelijker toegang te geven tot handvatten voor suïcidepreventie. De SP-reflex, de digitale e-learning horend bij de Multidisciplinaire richtlijn voor detectie en behandeling van suïcidaliteit blijkt in die zin een groot succes.

Een belangrijk pijnpunt in de strategie rond deskundigheidsbevordering blijft het bereiken van alle doelgroepen: de cruciale doelgroep van huisartsen blijkt nog steeds niet makkelijk bereikbaar, ook minder evidente doelgroepen zoals professionelen in de bedrijfscontext worden nog te weinig bereikt met het huidige vormingsaanbod. Ook de lezingen voor het algemene publiek zouden ruimer geïmplementeerd moeten worden. De ervaringen met het aanbieden van online vormingen en webinars tijdens de coronapandemie kunnen hier mogelijks nieuwe inzichten voor implementatie bieden.

Strategie 4: Programma's gericht naar hoogrisicogroepen

Onder deze strategie werden heel wat acties ontwikkeld gericht naar zowel kwetsbare groepen (nabestaanden, LGBT, ouderen,...) als de hoogrisicogroep van personen die reeds in het suïcidaal proces zitten. Hierdoor werd dit een zeer brede strategie met zeer verschillende acties en doelgroepen. Het kan aanbevolen worden voor de toekomst om hierbij een opsplitsing te maken tussen kwetsbare groepen op basis van socio-economische of andere factoren versus de hoogrisicogroep van suïcidale personen.

Er is doorheen VAS II duidelijk geworden dat het niet mogelijk is om voor elke kwetsbare groep een aparte actie of methodiek op te zetten. Er moet steeds gekeken worden naar brede methodieken die voor verschillende doelgroepen kunnen ingezet worden, zoals deskundigheidsbevordering waarbij professionelen en intermediairs van verschillende doelgroepen bereikt worden. Daarnaast moet er wel aandacht zijn voor mogelijke specifieke

risicofactoren bij bepaalde doelgroepen (bv naar jongeren/ouderen toe), alsook communicatiestrategieën, alsook het inzetten van de juiste stakeholders in implementatie om de doelgroepen voldoende te bereiken. Dit aandachtspunt moet blijvend meegenomen worden naar de toekomst toe. Binnen het VAS II is er ook minder ingezet op specifieke methodieken voor jongeren. Er is wel de serious game ontwikkeld en er zijn ook (al sinds VAS I) specifieke methodieken voor jongeren na een suïcidepoging maar vanuit het GGZ-werkveld is reeds de nood aan specifieke methodieken voor suïcidale jongeren aangegeven (zoals de nood aan een specifieke richtlijn voor de detectie en behandeling van suïcidale jongeren, alsook de nood aan specifieke methodieken om suïcidaliteit bespreekbaar te maken bij jongeren).

Daarnaast is doorheen VAS II duidelijk geworden dat omtrent bepaalde mogelijke kwetsbare groepen die vanuit internationale literatuur en cijfers worden geïdentificeerd, er onvoldoende Vlaamse (of Belgische) suïdecijfers zijn die kunnen aantonen of dit ook voor Vlaanderen als een kwetsbare groep moet opgenomen worden. Zo zijn er weinig tot geen betrouwbare suïdecijfers mbt beroepsmatig functioneren. Doelgroepen die internationaal worden beschouwd als kwetsbare groepen zoals politie, landbouwers,...kunnen door het gebrek aan deze cijfers, niet geïdentificeerd worden voor Vlaanderen. Het kan dan ook aanbevolen worden om naar de toekomst toe over meer gedetailleerde suïdecijfers te kunnen beschikken.

Uit de evaluatie van VAS II blijkt ook dat er weinig acties zijn ontwikkeld gericht naar suïcidepreventie op het werk. Er zijn wel vormingen ontwikkeld maar de implementatie daarvan blijkt moeizaam te verlopen. Naar de toekomst toe wordt dan ook zeer sterk aanbevolen dat er meer acties ontwikkeld worden gericht naar suïcidepreventie op de werkvloer en dat wordt nagegaan welke noden er zijn en welke duurzame methodieken hiervoor kunnen ontwikkeld worden.

Wat de doelgroep nabestaanden betreft, is doorheen VAS II gebleken dat er te weinig mogelijkheden zijn voor snelle postventie-acties die na een suïcide kunnen uitgevoerd worden. Zowel de partnerorganisatie (met de deelwerking Werkgroep Verder) als de organisaties met terreinwerking krijgen regelmatig vragen binnen om snel na een suïcide te kunnen instaan voor onmiddellijke opvang (bv in scholen, opleidingen, op het werk) of om vorming te geven (bv in een PAAZ nadat een patiënt is overleden door suïcide). Er zijn hiervoor echter geen mogelijkheden voorzien binnen de huidige werking van deze organisaties waardoor aan deze nood weinig kan worden voldaan. Het kan dan ook aanbevolen worden om deze nood aan postventie-mogelijkheden mee te nemen naar een volgend VAS.

Wat de specifieke hoogrisicogroep van suïcidale personen betreft, toont de evaluatie van VAS II aan dat er heel wat goede, wetenschappelijk onderbouwde methodieken zijn ontwikkeld (BackUp,

Think Life, MBCT-S, Toekomstgericht Training, SP-Reflex, (K)IPEO,...) die verder moeten worden meegenomen naar VAS III. Hierbij dient verdere aandacht worden besteed aan brede, duurzame implementatie. Extra aandachtspunten hierbij blijft het bevorderen van zorgcontinuïteit voor suïcidale personen alsook het nog meer benadrukken van het betrekken van naasten bij de zorg voor suïcidale personen. Daarnaast wordt vanuit het klinisch werkveld ook aangegeven dat er

nood is aan kortdurende interventies voor acute suïcidale personen. Niet alleen de eerste psychosociale opvang is hierbij belangrijk, welke via de IPEO kan gebeuren, maar er is ook nood aan eerste kortdurende interventies. Hiervan dient werk te worden gemaakt in het volgend VAS.

Strategie 5: Multidisciplinaire Richtlijnen

De ontwikkeling en implementatie van de Multidisciplinaire richtlijn voor de detectie en behandeling van suïcidaal gedrag (met daarbij ook het specifieke onderdeel naar de doelgroep ouderen) tijdens VAS II kan algemeen als een succes worden beschouwd. Het e-learning platform SP-Reflex heeft hierbij een belangrijke rol gespeeld in de brede implementatie van de richtlijn, alsook de samenvatting van de richtlijn welke breed is verspreid onder hulpverleners in Vlaanderen. De verdere, duurzame implementatie van de richtlijn en de bijhorende e-learning tool moet dan ook worden meegenomen naar het volgend VAS.

De leidraad voor zorgcontinuïteit heeft voor het eerst handvaten gegeven aan hulpverleners om suïcidale patiënten niet te snel uit het oog te verliezen en te trachten in een netwerk de zorgcontinuïteit van suïcidale patiënten als aandachtspunt te zien. Voor de toekomst zal het van groot belang zijn om de zorgcontinuïteit verder te bestendigen en dit verder uit te werken in samenwerking met de zorgnetwerken/netwerken in kader van Project art.107.

Er kan wel de vraag gesteld worden of er naar de toekomst toe nog een aparte strategie rond Richtlijnen moet zijn. Richtlijnen en adviezen kunnen eerder gezien worden als specifieke methodieken naar bepaalde settings of risicogroepen toe. Er kan dan ook aanbevolen worden om deze strategie te schrappen maar de acties en methodieken eerder op te nemen in andere strategieën (zoals deskundigheidsbevordering en Strategieën gericht naar suïcidale personen).

5.6 Noden om mee te nemen naar VAS III

Samengevat uit de evaluatie van VAS II kunnen volgende noden gesignaleerd worden.

- Nood aan een aparte strategie welke het belang aantoont van snellere registratie van suïcidecijfers (bij voorkeur real-time monitoring) en blijvende registratie van de cijfers van suïcidepogingen, alsook blijvend belang van onderzoek naar risico-en beschermende factoren/doelgroepen;
- Nood aan specifieke methodieken voor suïcidale jongeren, waaronder een richtlijn voor de detectie en behandeling van suïcidale jongeren alsook methodieken om suïcidaliteit bespreekbaar te maken bij jongeren;
- Nood aan kortdurende interventiemethodiek voor acute suïcidale personen (bv na een poging)
- Nood aan meer aandacht en methodieken voor de setting Werk;
- Nood aan specifieke methodieken voor postventie om snel na een suïcide ondersteuning te kunnen bieden;
- Blijvend belang van het doorbreken van stigma en schaamte omtrent psychische problemen. Ook het bevorderen van hulp zoeken moet een blijvend aandachtspunt zijn binnen suïcidepreventie;
- Nood aan meer mogelijkheden in het beperken van middelen tot suïcidaal gedrag;
- Nood aan meer aandacht en methodieken om naasten te betrekken bij de zorg voor suïcidale personen;
- Nood en belang aan duurzame acties en een duurzaam suïcidepreventiebeleid. Het is aan te bevelen om een langetermijnvisie en beleid te hebben naar suïcidepreventie toe (zo gaf VAS II dat 8 jaar duurde meer mogelijkheden voor duurzame acties in vergelijking met VAS I dat slechts 4 jaar duurde). Het is daarbij echter wel belangrijk dat er regelmatig wordt geëvalueerd (zoals de tussentijdse evaluatie bij VAS II) om zo tijdig bij te sturen en blijvend alert te zijn voor nieuwe noden, alsook nieuwe ontwikkelingen van methodieken.

6. REFERENTIES

- Aerts, S., De Jaegere, E., & Portzky, G. (2016). *Ondersteuningsvaardigheden voor ouders bij het omgaan met suïcidale kinderen. Inventaris van initiatieven in Vlaanderen en beloftevolle internationale methodieken.*
- Aerts, S., Dumon, E., van Heeringen, K., & Portzky, G. (2017). *Detectie en behandeling van suïcidaal gedrag. Multidisciplinaire richtlijn voor hulpverleners in de gezondheidszorg: Politeia nv.*
- Aerts, S., Pauwels, K., & Portzky, G. (2018). *Inhoudelijk eindverslag project. "Ontwikkelen en lanceren van een campagne rond het herkennen van en reageren op signalen van psychische problemen en suïcidaliteit".* Retrieved from
- Aerts, S., Portzky, G., & Pauwels, K. (2018). *Evaluatierapport Help! Mijn kind denkt aan zelfmoord.* Retrieved from
- Aerts, S., Rotsaert, I., Pauwels, K., Portzky, G., De Roover, W., & Van Den Berge, K. (2017). *Geestelijke gezondheidsbevordering en suïcidepreventie bij ouderen door bevorderen van sociale aansluiting. Inventaris van interventies, methodieken en bestaande initiatieven in Vlaanderen.* Retrieved from
- Aguirre, R., McCoy, M., & Roan, M. (2013). Development Guidelines from a Study of Suicide Prevention Mobile Applications (Apps). *Journal of Technology in Human Services, 31*, 269-293.
- Bartone, P., Bartone, J. V., Gileno, Z., & Violanti, J. M. (2018). An exploration into best practices in peer support for bereaved survivors. *Death Studies.*
- Bartone, P. T., Bartone, J. V., Violanti, J. M., & Gileno, Z. M. (2017). Peer Support Services for Bereaved Survivors: A Systematic Review. *Journal of Death and Dying, 80*(1), 137-166.
- Beck, A. T., Kovacs, M., & Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: The Scale for Suicide Ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 47*(2), 343-352.
- Bergen, H., Hawton, K., Waters, K., Cooper, J., & Kapur, N. (2010). Epidemiology and trends in non-fatal self-harm in three centres in England: 2000-20007. *The British Journal of Psychiatry, 197*, 493-498.
- Braekman, E., Charafeddine, R., Demarest, S., Drieskens, S., Gisle, L., Hermans, L., & Van der Heyden, J. (2020). *Vierde Covid-19 Gezondheidsenquête. Eerste resultaten.* Retrieved from
- Braekman, E., Charafeddine, R., Demarest, S., Drieskens, S., Gisle, L., Hermans, L., & Vandevijvere, S. (2020). *Derde Covid-19 Gezondheidsenquête. Eerste resultaten.* Retrieved from
- Carroll, R., Metcalfe, C., & Gunnell, D. (2014). Hospital Presenting Self-Harm and Risk of Fatal and Non-Fatal Repetition: Systematic Review and Meta-Analysis. *PLOS ONE, 9*(2).
- Cavanagh, J. T. O., Carson, A. J., Sharpe, M., & Lawrie, S. M. (2003). Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychological Medicine, 33*(3), 153-160.

- CAW Groep. (2019). *CAW in beeld 2019*. Retrieved from <https://wp.assets.sh/uploads/sites/430/2020/05/cawgroep-jaarverslag-2019-digitale-versie.pdf>
- Centrum ter Preventie van Zelfdoding. (2012). *Rapportage 2012*. Retrieved from
- Centrum ter Preventie van Zelfdoding. (2016). Nieuwe tool leert je gepast reageren op online zelfmoordsignalen [Press release]
- Centrum ter Preventie van Zelfdoding. (2019). *Jaarverslag*. Retrieved from
- Cigularov, K., Chen, P. Y., Thurber, B. W., & Stallones, L. (2008). What prevents adolescents from seeking help after a suicide education program? *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 38(1), 74-86.
- Claessens, H. (2016). *Suïcidepreventie bij (huis)artsen*. Retrieved from
- Conner, K. R., Beautrais, A. L., Brent, D. A., Conwell, Y., Phillips, M. R., & Schneider, B. (2012). The next generation of psychological autopsy studies: Part 2: Interview procedures. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 42(1), 86-103.
- Conwell, Y., Van Orden, K., & Caine, E. D. (2011). Suicide in older adults. *The Psychiatric Clinics of North America*, 34(2), 451-468.
- Coppens, E., Scheerder, G., & Van Audenhove, C. (2011). *De evaluatie van het Vlaams Actieplan Suïcidepreventie (2006-2010)*. Retrieved from
- Coppens, E., Vermeulen, B., Neyens, I., & Van Audenhove, C. (2014). *Stigmatisering t.a.v. psychologische problemen. Ervaringen en attitudes in Vlaanderen*. Retrieved from
- Currier, G. W., Litts, D., Walsh, P., Schneider, S., Richardson, T., Grant, W., . . . Moscati, R. (2012). Evaluation of an emergency department educational campaign for recognition of suicidal patients. *Western Journal of Emergency Medicine*, 13, 41-50.
- de Beurs, D. P., de Groot, M. H., de Keijser, J., Mokkenstorm, J. K., van Duijn, E., de Winter, R. F. P., & Kerkhof, A. J. F. M. (2015). The effect of an e-learning supported Train-the-Trainer programme on implementation of suicide guidelines in mental health care. *Journal of Affective Disorders*, 17, 446-453.
- De Jaegere, E., Dumon, E., van Landschoot, R., van Heeringen, C., & Portzky, G. (2018). *Eindrapport Prospect-studie. Een onderzoek naar de effectiviteit van twee groepsinterventies voor suïcidale personen personen: Op mindfulness gebaseerde cognitieve training en Toekomstgerichte Training*. Retrieved from
- De Jaegere, E., Hoorens, V., Portzky, G., & Van Heeringen, C. (2014). *KIPEO Instrument voor psychosociale evaluatie en opvang van suïcidepogers (Kinderen en jongeren)*.
- De Jaegere, E., van Landschoot, R., van Heeringen, K., Kerkhof, A. J. F. M., & Portzky, G. (2019). Think Life: Een online interventie voor het leren omgaan met suïcidale gedachten. *Neuron*, 24(9).

- De Jaegere, E., van Landschoot, R., van Heeringen, K., van Spijker, B. A. J., Kerkhof, A. J. F. M., Mokkenstorm, J. K., & Portzky, G. (2019). The online treatment of suicidal ideation: A randomised controlled trial of an unguided web-based intervention. *Behaviour Research and Therapy*, 119.
- De Jaegere, E., Witvrouwen, B., & Portzky, G. (2021). *Ontwikkeling en evaluatie van de serious game Silver*.
- De Munck, S., Scoliers, G., Van Rijsselberghe, L., Portzky, G., & Van Heeringen, C. (z.j.). *IPEO. Instrument voor psychosociale evaluatie en opvang van suïcidepogers*.
- De Muynck, L. (2017). *Onderzoek naar de bekendheid en verspreiding laagdrempelige preventietool Zelfmoord1813: Implicaties voor preventiebeleid*. Universiteit Gent, Gent.
- Diamond, G. S., Russon, J., & Levy, S. (2016). Attachment-Based Family Therapy: A Review of the Empirical Support. *Family Process*, 55(3), 595-610.
- Diamond, G. S., Wintersteen, M. B., Brown, G. K., Diamond, G. M., Gallop, R., Shelef, K., & Levy, S. (2010). Attachment-Based Family Therapy for Adolescents with Suicidal Ideation: A Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(2), 122-131.
- Dienst Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg. (2012). Care for Suicide Attempters. Retrieved from <http://www.euregenas.eu/care-for-suicide-attempters/>
- Donker, T., Petrie, K., Proudfoot, J., Clarke, J., Birch, M. R., & Christensen, H. (2013). Smartphones for Smarter Delivery of Mental Health Programs: A Systematic Review. *Journal of Medical Internet Research*, 15(11). doi:UNSP e247
- 10.2196/jmir.2791
- Dumon, E. (2018). *Lezingen over suïcidepreventie voor een algemeen publiek. Effectiviteitsonderzoek*. Retrieved from
- Dumon, E., Aerts, S., Rotsaert, I., & Portzky, G. (2019). *Suïcidepreventie bij ouderen. Praktijkadviezen voor zorg- en hulpverleners*. Retrieved from
- Dumon, E., Aerts, S., Verhamme, N., & Portzky, G. (2018). *Zorgcontinuïteit voor suïcidale personen. Leidraad en tools*. Retrieved from
- Dumon, E., Arnouts, A., Portzky, G., & Van Heeringen, C. (2013). *Awel, ik zie het niet meer zitten. Een kwalitatieve analyse van chatgesprekken, e-mails en forumberichten met betrekking tot suïcide*. Retrieved from
- Dumon, E., & Portzky, G. (2013). *Algemene richtlijnen voor suïcidepreventie*. Retrieved from
- Dumon, E., & Portzky, G. (2014a). *Toolkit Zelfmoordpreventie, -interventie en -postventie op school*. Retrieved from
- Dumon, E., & Portzky, G. (2014b). *Toolkit. Zelfmoordpreventie, interventie en postventie op de werkvloer*. Retrieved from

- Eneroth, M., Senden, M. G., Lovseth, L., Schenck-Gustafsson, K., & Fridner, A. (2014). A comparison of risk and protective factors related to suicide ideation among residents and specialists in academic medicine. *BMC Public Health*, 271.
- Favril, L., Vander Laenen, F., C., V., & Audenaert, K. (2017). Suicidal ideation while incarcerated: Prevalence and correlates in a large sample of male prisoners in Flanders, Belgium. *International Journal of Law and Psychiatry*, 55, 19-28.
- Favril, L., Wittouck, C., Audenaert, K., & Vander Laenen, F. (2019). A 17-year national study of prison suicides in Belgium. *Crisis-the journal of crisis intervention and suicide prevention*, 40(1), 42-53.
- Fonds Gavoorgeluk. (2017). Warme Steden. Retrieved from <http://www.gavoorgeluk.be/warme-steden>
- Gisle, L., Drieskens, S., Demarest, S., & Van der Heyden, J. (2019). *Geestelijke gezondheid Gezondheidsenquête 2018*. Retrieved from
- Hawton, K., Agerbo, E., Simkin, S., Platt, B., & Mellanby, R. J. (2011). Risk of suicide in medical and related occupational groups: A national study based on Danish case population-based registers. *Journal of Affective Disorders*, 134(1-3), 320-326.
- Hawton, K., Appleby, L., Platt, S., Foster, T., Cooper, J., Malmberg, A., & Simkin, S. (1998). The psychological autopsy approach to studying suicide: A review of methodological issues. *Journal of Affective Disorders*, 50(2-3), 269-276.
- Hawton, K., Bergen, H., Cooper, J., Turnbull, P., Waters, K., Ness, J., & Kapur, N. (2015). Suicide following self-harm: Findings from the Multicentre Study of self-harm in England, 2000-2012. *Journal of Affective Disorders*, 175, 147-151.
- Hickey, L., Hawton, K., Fagg, J., & Weizel, H. (2001). Deliberate self-harm patients who leave the accident and emergency department without a psychiatric assessment: A neglected population at risk of suicide. *Journal of Psychosomatic Research*, 50(2), 87-93.
- Hoffberg, A. S., Stearns-Yoder, K. A., & Brenner, L. A. (2020). The effectiveness of crisis line services: a systematic review. *Frontiers in public health*, 7.
- Holt-Lunstad, J., Smith, T., Baker, M., Harris, T., & Stephenson, D. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: A meta-analytic review. *Perspectives on Psychological Science*, 10, 227-237.
- iMinds. (2015). DigiMeter 2015 Telefonie: Smartphone wordt steeds belangrijker. Retrieved from <http://www.iminds.be/nl/inzicht-in-digitale-technologie/digimeter/2015/telefonie>
- Joiner, T., Kalafat, J., Draper, J., Stokes, H., Knudson, M., Bermand, A., & McKeon. (2007). Establishing Standards for the Assessment of Suicide Risk Among Callers tot the National Suicide Prevention Lifeline. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 37(3).

- Jones, P. B. (2013). Adult mental health disorders and their age at onset. *The British Journal of Psychiatry*, 202.
- Jongeren en Gezondheid Universiteit Gent. (2019). *Factsheet Gezondheid en Welzijn*. Retrieved from https://www.jongeren-en-gezondheid.ugent.be/wordpress/wp-content/uploads/2019/09/HBSC201718_Factsheet_welzijn.pdf
- Kalafat, J., Gould, M. S., Munfakh, J. L. H., & Kleinman, M. (2007). Evaluation of crisis hotline outcomes. Part I. Non-suicidal crisis callers. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37.
- Kapur, N., House, A., Creed, F., Feldman, E., Friedman, T., & Guthrie, E. (1998). Management of deliberate self-poisoning in adults in four teaching hospitals: descriptive study. *British Medical Journal*, 316, 831-832.
- Kapur, N., House, A., Dodgson, K., May, C., & Creed, F. (2002). Effect of general hospital management on repeat episodes of deliberate self-poisoning: cohort study. *British Medical Journal*, 325, 866-867.
- Kirtley, O. J., Achterhof, R., Bamps, E., Janssens, J., Hiekkaranta, A. P., & Germeys, I. (2019). *Te Gek!? onder de loep*. Retrieved from
- Knapp, M., McDaid, D., & Parsonage, M. (2011). *Mental health promotion and mental health prevention: the Economic Case*. Retrieved from Department of Health, London:
- Larsen, M. E., Nicholas, J., & Christensen, H. (2016). A systematic assessment of smartphone tools for suicide prevention. *PLOS ONE*, 11.
- Larsen, T. K. (2009). *Early Intervention in Psychosis; The TIPS-Study*.
- Levräu, F., & Stevens, V. *Theoretische onderbouwing van het gebruik van zelfeducatie aan de hand van een zelfbeoordelingstest en van advies op maat als verdieping van de Vlaamse campagne "Fit in je hoofd-goed in je vel"*. Retrieved from
- Luxton, D. D., June, J. D., & Chalker, S. A. (2015). Mobile Health Technologies for Suicide Prevention: Feature Review and Recommendations for Use in Clinical Care. *Current Treatment Options in Psychiatry*, 2(4), 349-362.
- Luxton, D. D., June, J. D., & Kinn, J. T. (2011). Technology-Based Suicide Prevention: Current Applications and Future Directions. *Telemedicine and E-Health*, 17(1), 50-54. doi:10.1089/tmj.2010.0091
- McCrone, P., Knapp, M., Proudfoot, J., Ryden, C., Cavanagh, K., Shapiro, D. A., . . . Tylee, A. (2004). Cost-effectiveness of computerised cognitive-behavioural therapy for anxiety and depression in primary care: randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 185, 55-62.
- Merry, S. N., Stasiak, K., Shepherd, M., Frampton, C., Fleming, T., & Lucassen, M. F. G. (2012). The effectiveness of SPARX, a computerised self help intervention for adolescents seeking help for depression: randomised controlled non-inferiority trial. *British Medical Journal*.

- Mishara, B., Chagnon, F., Daigle, M., Balan, B., Raymond, S., Marcoux, I., ... Berman, A. (2007). Which helper behaviors and intervention styles are related to better short-term outcomes in telephone crisis intervention? Results from a silent monitoring study of calls to the U.S. 1-800-SUICIDE network. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 37.
- Missiaen, J., & Seynaeve, H. (2016). *Onderzoek naar het psychisch welzijn van Vlaamse holebi's en/of transgender personen*.
- Niederkröthaler, T., Braun, M., Pirkis, J., Till, B., Stack, S., Sinyor, M., ... Spittal, M. J. (2020). Association between suicide reporting in the media and suicide: systematic review and meta-analysis. *The British Medical Journal*.
- Oordt, M. S., Jobes, D. A., & Fonseca, V. P. (2009). Training Mental Health Professionals to Assess and Manage Suicidal Behavior: Can Provider Confidence and Practice Behaviors be Altered? *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 39(1), 21-32.
- Pauwels, K., Aerts, S., Muijzers, E., De Jaegere, E., van Heeringen, K., & Portzky, G. (2017). BackUp: Development and evaluation of a smart-phone application for coping with suicidal crises. *PLOS ONE*, 12(6).
- Pil, L., Pauwels, K., Muijers, E., Portzky, G., & Annemans, L. (2012). Cost-effectiveness of a helpline for suicide prevention. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 1-9.
- Pitman, A., Osborn, D., King, M., & Erlangsen, A. (2014). Effects of suicide bereavement on mental health and suicide risk. *Lancet Psychiatry*, 1(1), 86-94.
- Pitman, A. L., Osborn, D. P. J., Rantell, K., & King, M. B. (2016). Bereavement by suicide as a risk factor for suicide attempt: a cross-sectional national UK-wide study of 3432 young bereaved adults. *BMJ*
- Portzky, G., Audenaert, K., & Heeringen, K. (2005). Suicide among adolescents - A psychological autopsy study of psychiatric, psychosocial and personality-related risk factors. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40(11), 922-930. doi:10.1007/s00127-005-0977-x
- Portzky, M. (2015a). *Portzky's Palliatieve Palletschaal*. Amsterdam: Hogrefe Uitgevers.
- Portzky, M. (2015b). *VK+*. Amsterdam: Hogrefe Uitgevers.
- Preventiecoaches. (2012). *Eindrapport Project Preventiecoaches geestelijke gezondheid in het secundair onderwijs*. Retrieved from
- Preventiecoaches. (2014). *Eindrapport vervolgtraject preventiecoaches*. Retrieved from
- Quintyn, F., van Bokhoven, E., Vancayseele, N., & Portzky, G. (2018). *Mediarichtlijnen inzake zelfdoding als preventiestrategie: hoe doen we het in Vlaanderen? Een kwalitatieve studie naar de kwaliteit van de berichtgeving over suïcide in vier Vlaamse kranten*. (Master). Universiteit Gent, Gent.

- Ramberg, I., & Wasserberg, D. (2010). Benefits of Implementing an Academic Training of Trainers Program to Promote Knowledge and Clarity in Work with Psychiatric Suicidal Patients. *Archives of Suicide Research*, 8(4), 331-343.
- Reynders, A., Aerts, S., & Emmery, K. (2018). *Help! Mijn kind denkt aan zelfmoord. Kwalitatief onderzoek naar de noden en ervaringen van ouders van een suïcidaal kind en de ontwikkeling van een tool ter ondersteuning van deze ouders*. Retrieved from
- Reynders, A., Kerkhof, A. J. F. M., Molenberghs, G., & Van Audenhove, C. (2014). Attitudes and stigma in relation to help-seeking intentions for psychological problems in low and high suicide rate regions. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49, 231-239.
- Robinson, J. C., G., Bailey, E., Hetrick, S., Rodrigues, M., Fisher, S., & Herman, H. (2016). Social media and suicide prevention: a systematic review. *Early Intervention in Psychiatry*, 10, 103-121.
- Rode Kruis Vlaanderen. (2020). *Luister! Eerste hulp bij psychische problemen*. Mechelen: Rode Kruis Vlaanderen.
- Rosta, J., & Aasland, O. G. (2013). Changes in the lifetime prevalence of suicidal feelings and thoughts among Norwegian doctors from 2000 to 2010: a longitudinal study based on national samples. *Bmc Psychiatry*, 13. doi:Artn 322
- 10.1186/1471-244x-13-322
- Rotsaert, I., De Jaegere, E., & Portzky, G. (2020). *Rapport provinciale verschillen. Een onderzoek naar de verklarende factoren voor de regionale verschillen in suïdecijfers in Vlaanderen*. Retrieved from
- Santens, T., De Winter, S., Heylen, J., De Raedt, R., & Bosmans, G. (2016). Werken met gehechtheid in behandeling van kinderen en adolescenten. *Gedragstherapie*, 49(1), 72-87.
- Santens, T., Devacht, I., Dewulf, S., Hermans, G., & Bosmans, G. (2016). Attachment-Based Family Therapy. Between Magritte and Poirot: Dissemination Dreams, Challenges, and Solutions in Belgium. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 37, 240-250.
- Santens, T., Levy, S. A., Diamond, G. S., Braet, C., Vyvey, M., Heylboeck, E., & Bosmans, G. (2016). Exploring Acceptability and Feasibility of Evidence-Based Practice in Child Welfare Settings: A Pilot Study with Attachment-Based Family Therapy. *Psychologica Belgica*.
- Scheerder, G., Reynders, A., Andriessen, K., & Van Audenhove, C. (2010). Suicide intervention skills and related factors in community and health professionals. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 40(2), 115-124.
- Shand, F. L., Ridani, R., Tighe, J., & Christensen, H. (2013). The effectiveness of a suicide prevention app for indigenous Australian youths: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 14. doi:Artn 396

10.1186/1745-6215-14-396

- Skegg, K., Firth, H., Gray, A., & Cox, B. (2010). Suicide by occupation: does access to means increase the risk? *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*.
- Soyez, V., Vanlessen, N., & De Roover, W. (2019). *Team (Veer)Kracht*. Retrieved from
- Stanley, B., & Brown, G. K. (2012). Safety Planning Intervention: A Brief Intervention to Mitigate Suicide Risk. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(2), 256-264.
- Stanley, B., Brown, G. K., Brenner, L. A., Galfaby, H. C., Currier, G. W., Knox, K. L., . . . Green, K. L. (2018). Comparison of the Safety Planning Intervention With Follow-up vs Usual Care of Suicidal Patients Treated in the Emergency Department. *JAMA Psychiatry*, 75(9), 894-900.
- Steenhuyzen, S. (2018). *Evaluatie vorming Goed-Gevoel-Stoel 2018*. Vlaams Instituut Gezond Leven. Brussel.
- Taelemans, L., & De Smedt, N. (2016). *Eindrapport project preventiecoaches*. Retrieved from Logo Leieland:
- Terpstra, S., Beekman, A., Abbing, J., Jaken, S., Steendam, M., & Gilissen, R. (2018). Suicide prevention gatekeeper training in the Netherlands improves gatekeepers' knowledge of suicide prevention and their confidence to discuss suicidality, an observational study. *BMC Public Health*, 18.
- Thomas, S. H., Bevan, L., Bhattacharyya, S., Bramble, M. G., Chew, K., Connolly, J., . . . Bateman, D. N. (1996). Presentation of poisoned patients to accident and emergency departments in the north of England. *Human experimental Toxicology*, 15, 466-470.
- Troya, M. I., Babatunde, O., Polidano, K., Bartlam, B., McCloskey, E., Dikomititis, L., & Chew-Graham, C. A. (2019). Self-harm in older adults: systematic review. *The British Journal of Psychiatry*, 214, 186-200.
- van Beek, W., Kerkhof, A. J. F. M., & Beekman, A. T. F. (2008). Toekomstgerichte training voor mensen met suïcideideaties. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 50, 38.
- van der Gaag, M., Smit, F., Bechdolf, A., French, P., Linszen, D. H., Yung, A. R., . . . Cuijpers, P. (2013). Preventing a first episode of psychosis: meta-analysis of randomized controlled prevention trials of 12 month and longer-term follow-ups. *Schizophrenia Research*, 149(1-3), 56-62.
- van Heeringen, K., Portzky, G., de Beurs, D., & Kerhof, A. (2019). *Handboek Suïcidaal gedrag*.
- van Landschoot, R., Aerts, S., De Jaegere, E., Pauwels, K., & Portzky, G. (2020). *Eindrapport evaluatie EHBP-opleiding. Een gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek naar de effectiviteit van de opleiding 'Eerste hulp bij psychische problemen'*. Retrieved from
- van Landschoot, R., De Jaegere, E., Portzky, G., & van Heeringen, C. (2015). *Think Life. Een gerandomiseerde gecontroleerde studie naar de effecten van een online zelfhulp cursus voor het leren omgaan met zelfmoordgedachten*. Retrieved from

- van Landschoot, R., De Jaegere, E., Rotsaert, I., Witvrouwen, B., Dumon, E., van Heeringen, C., & Portzky, G. (2020). *Eindrapport Insight-studie. Een case-control psychologisch autopsie-onderzoek bij 45 tot 60-jarige suïcideslachtoffers in Vlaanderen*. Retrieved from
- van Landschoot, R., Portzky, G., & van Heeringen, K. (2017). Knowledge, Self-Confidence and Attitudes towards Suicidal Patients at Emergency and Psychiatric Departments: A Randomised Controlled Trial of the Effects of an Educational Poster Campaign. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(3).
- van Orden, K., & Conwell, Y. (2016). Issues in Reserach on Aging and Suicide. *Aging Mental Health*, 20(2), 240-251.
- Vancayseele, N., Portzky, G., & Van Heeringen, C. (2020). *De epidemiologie van suïcidepogingen in Vlaanderen 2019*. Retrieved from
- Vandendriessche, K., De Marez, L. (2019). *imec.digimeter 2019. Digitale mediatrends in Vlaanderen*. Retrieved from
- Vanderstraeten, E. (2016). *Prevalentie, risicofactoren en beschermende factoren van opzettelijk zelfbeschadigend gedrag bij Vlaamse adolescenten in 2000 en 2015*.
- Vandeurzen, J. (2012). *Gezondheidsdoelstelling 'Preventie van Zelfdoding' & Vlaams Actieplan 2012-2020*. Retrieved from
- Verhamme, N., Pauwels, K., & Portzky, G. (2019). *Rapport: Evalautie Deskundigheidsbevordering 2019*. Retrieved from
- Verhamme, N., Pauwels, K., & Portzky, G. (2020). *Rapport: Evaluatie Deskundigheidsbevordering 2019*. Retrieved from
- VIGeZ. (2012). *Effectiviteitsstudie Goed Gevoel Stoel*. Retrieved from
- VIGeZ. (2015). *Evaluatierapport 'Mijn veerkracht'*. Retrieved from
- Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie. (2016). Mediarichtlijnen voor kwaliteitsvol en correct berichten over zelfdoding. Retrieved from <https://www.zelfmoord1813.be/media/mediarichtlijnen-voor-kwaliteitsvol-en-correct-berichten-over-zelfdoding>
- Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie. (2019a). *Beperken van zelfmoordmiddelen als strategie voor suïcidepreventie*. Retrieved from
- Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie. (2019b). *Evaluatie LGBT website. Studierapport*. Retrieved from
- Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg. (2020). Persbericht - Nu ook publieke rapportering van zorgkwaliteit door Geestelijke Gezondheidszorg in Vlaanderen [Press release]
- Waterloo Region. Suicide Prevention Council. (s.d.). *After a Suicide Attempt: A Guide for Family and Friends*. Retrieved from

- While, D., Bickley, H., Roscoe, A., Windfuhr, K., Rahman, S., Shaw, J., . . . Kapur, N. (2012). Implementation of mental health service recommendations in England and Wales and suicide rates, 1997-2006: a cross-sectional and before-and-after observational study. *The Lancet*, 379(9820), 1005-1012.
- Williams, J. M. G., Fennel, M., Barnhofer, T., Silverton, S., & Crane, R. (2015). *Mindfulness and the transformation of despair: Working with people at risk of suicide*: Guilford Publications.
- Wittouck, C., De Munck, S., Portzky, G., Van Rijsselberghe, L., Van Autreve, S., & Van Heeringen, K. (2010). A Comparative Follow-up Study of Aftercare and Compliance of Suicide Attempters Following Standardized Psychosocial Assessment. *Archives of Suicide Research*, 14, 135-145.
- Zorg en Gezondheid. (2019a). Cijfers Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg. Retrieved from <https://www.zorg-en-gezondheid.be/cijfers-centra-voor-geestelijke-gezondheidszorg>
- Zorg en Gezondheid. (2019b). *Evaluatie doelstelling Zelfdoding: -20% in 2020*. Retrieved from Brussel: <http://www.zorg-en-gezondheid.be/Cijfers/Vorige Cijfers/>
- Zorg voor suïcidepogers. (2014). *Ontwikkeling en toetsing van een App als onderdeel van een toolkit voor jonge suïcidepogers*. Retrieved from