



Vlaams
Parlement

ingediend op **923** (2020-2021) – Nr. 1
7 september 2021 (2020-2021)

Verslag van de gedachtewisselingen

namens de Commissie voor Welzijn,
Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding
uitgebracht door Vera Jans en Piet De Bruyn

over het Vlaams Actieplan
Suïcidepreventie II 2012-2020 – Eindevaluatie

Samenstelling van de Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding:

Voorzitter: Stefaan Sintobin.

Vaste leden:

Koen Daniëls, Lorin Parys, Elke Sleurs, Tine van der Vloet, Katja Verheyen;

Immanuel De Reuse, Stefaan Sintobin, Suzy Wouters;

Maike De Rudder, Katrien Schryvers;

Freya Saeys, Maurits Vande Reyde;

Ann De Martelaer, Jeremie Vaneeckhout;

Freya Van den Bossche.

Plaatsvervangers:

Allessia Claes, Piet De Bruyn, Freya Perdaens, Sarah Smeyers, Annabel Tavernier;

Yves Buysse, Ilse Malfroot, Frieda Verougstraete-Deschacht;

Vera Jans, Kurt Vanryckeghem;

Gweny De Vroe, Emmily Talpe;

Johan Danen, Celia Groothedde;

Conner Rousseau.

Toegevoegde leden:

Lise Vandecasteele.

INHOUD

I.	Toelichting door professor dr. Gwendolyn Portzky, directeur, en Kirsten Pauwels, adjunct-directeur, Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie	5
1.	Vlaams Actieplan Suïcidepreventie II 2012-2020	5
2.	Methodologie en indicatoren	5
3.	Gezondheidsdoelstelling	6
4.	Basisstrategieën in vergelijking met internationale evidencebased strategieën	7
5.	Vooropgestelde acties in het tweede actieplan	8
6.	Nieuwe en bijkomende acties	8
7.	SWOT-analyse	9
7.1.	Sterktes	9
7.2.	Zwaktes	9
7.3.	Kansen	10
7.4.	Uitdagingen en bedreigingen	10
8.	Aanbevelingen	10
8.1.	Strategie 1: geestelijke gezondheidszorg en suïcideveilig maken ..	10
8.2.	Strategie 2: laagdrempelige telefoon- en onlinehulp	10
8.3.	Strategie 3: deskundigheidsbevordering en netwerkvorming	11
8.4.	Strategie 4: programma's gericht op hoogrisicogroepen	11
8.5.	Strategie 5: multidisciplinaire richtlijn	12
9.	Noden voor het derde actieplan	12
10.	Voorstel nieuwe strategieën derde actieplan	12
II.	Vragen van de leden	12
1.	Vragen van Vera Jans	12
2.	Vragen van Piet De Bruyn	14
3.	Vragen van Suzy Wouters	15
4.	Vragen van Jeremie Vaneeckhout	16
5.	Vragen van Freya Van den Bossche	17
6.	Vragen van Freya Saeys	18
7.	Vragen van Koen Daniëls	19

III. Antwoorden van professor dr. Gwendolyn Portzky.....	19
1. Cijfers	19
2. Doelgroepen.....	20
3. Stagnerende cijfers	20
4. Concrete doelstellingen.....	21
5. Beperken van de toegang tot dodelijke middelen	21
6. Naasten	21
7. Mediarichtlijnen	22
8. Zero suicide	22
9. Jongeren.....	22
10.Regionale cijfers	23
11.Psychologische autopsiestudie	23
12.Suïcidepogingen.....	23
13.Crisisopvang door de vertrouwde hulpverlener.....	23
14.Vormingen	23
15.Innovatie versus evidencebased.....	23
16.IPEO.....	24
17.Diversiteit in de aanpak	24
18.Longitudinaal onderzoek bij jongeren	24
IV. Antwoorden van Kirsten Pauwels	24
1. Beperken van de toegang tot dodelijke middelen	24
2. EHBP.....	25
3. Suïcidepreventie op het werk.....	25
4. Postventie	25
5. Vorming.....	26
V. Antwoord van minister Wouter Beke	26
VI. Replieken	26
Gebruikte afkortingen.....	28
Bijlagen: zie de dossierpagina van dit document op www.vlaamsparlement.be	

Op 20 april en 18 mei 2021 hield de Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding een gedachtewisseling over het Vlaams Actieplan Suïcidepreventie II 2012 – 2020 – Eindevaluatie.

Op 20 april 2021 werd de eindevaluatie toegelicht door professor dr. Gwendolyn Portzky, directeur, en Kirsten Pauwels, adjunct-directeur van het Vlaams Expertisecentrum Zelfmoordpreventie. De eigenlijke bespreking vond plaats op 18 mei 2021. Aan de tweede vergadering namen de twee hierboven genoemde sprekers deel, samen met Wouter Beke, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding.

De bijlagen zijn terug te vinden op de [dossierpagina](#) van dit document op www.vlaamsparlement.be.

(Deze commissievergaderingen werden als videoconferentie georganiseerd.)

I. Toelichting door professor dr. Gwendolyn Portzky, directeur, en Kirsten Pauwels, adjunct-directeur, Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie

1. Vlaams Actieplan Suïcidepreventie II 2012-2020

Gwendolyn Portzky meldt dat VLESP in opdracht van het kabinet van minister Wouter Beke de eindevaluatie van het Vlaams Actieplan Suïcidepreventie II 2012-2020 heeft uitgevoerd (*Parl.St.* VI.Parl. 2012-13, nr. 1814/1). Dit tweede actieplan werd in 2012 gelanceerd en had 2020 als officiële einddatum. Die einddatum betekent niet dat er inmiddels niet meer aan suïcidepreventie wordt gedaan want alle acties lopen door. Het is zaak na te gaan wat er inmiddels gerealiseerd is, wat er (minder) goed liep en hoe het derde actieplan eruit moet zien.

Het tweede actieplan streeft een gezondheidsdoelstelling na: tegen 2020 zijn er in Vlaanderen 20 percent minder suïcides tegenover het basisjaar 2000. Het tweede actieplan bestaat uit vijf grote basisstrategieën met daaronder telkens een reeks specifieke acties. De eerste basisstrategie beoogt de geestelijke gezondheidsbevordering en het suïcideveilig maken van de omgeving en overkoepelt acties als Fit in je Hoofd, TeGek!? en de mediarijchlijnen. De tweede basisstrategie omvat de laagdrempelige telefonische hulp en onlinehulp, met daaronder Zelfmoordlijn 1813. De derde basisstrategie verzamelt alles acties gericht op deskundigheidsbevordering en netwerkvorming. Onder de vierde strategie vallen de programma's gericht op hoogrisicogroepen. De vijfde strategie is de multidisciplinaire richtlijn.

2. Methodologie en indicatoren

De eindevaluatie is gebaseerd op de basismethodologie, ontworpen met het oog op de tussentijdse evaluatie van 2016 (*Parl.St.* VI.Parl. 2018-19, nr. 1995/1). Er is geëvalueerd aan de hand van verschillende indicatoren. De eerste belangrijke indicator is de gezondheidsdoelstelling. Daarnaast is er geëvalueerd op het niveau van de vijf basisstrategieën. Ze zijn vergeleken met wat internationaal naar voren wordt geschoven als evidencebased suïcidepreventiestrategieën.

Het grootste werk is op het niveau van de verschillende acties verricht. Zijn alle bij aanvang vooropgestelde acties gerealiseerd? Waarom zijn bepaalde acties niet gerealiseerd? Alle acties zijn op basis van vier criteria geëvalueerd: onderbouw, bereik, tevredenheid en effectiviteit. Was de actie voldoende onderbouwd vanuit zowel literatuur als praktijk? Hoeveel mensen zijn er bereikt? Is de doelgroep bereikt? Wat vinden de gebruikers van de acties? Heeft de actie het vooropgestelde doel bereikt?

Daarnaast is er onderzocht of er tussen 2012 en 2020 nog nieuwe en bijkomende acties gerealiseerd zijn. Dergelijke acties geven immers aan of er voldoende aandacht was voor nieuwe behoeften en ontwikkelingen. De nieuwe en bijkomende acties zijn eveneens op basis van de vier genoemde criteria geëvalueerd. Op basis van dat alles zijn actuele noden bepaald en aanbevelingen geformuleerd voor het volgende actieplan.

3. Gezondheidsdoelstelling

De gezondheidsdoelstelling bepaalt dat het aantal suïcides tegen 2020 20 percent lager moet liggen in vergelijking met 2000. De cijfers voor 2019 en 2020 zijn evenwel nog niet beschikbaar. Het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid heeft in het najaar van 2020 de cijfers voor 2018 bezorgd. Er is duidelijk behoefte aan recentere cijfers. Dat is belangrijk om de impact van de coronapandemie snel te kunnen inschatten. Er is de voorbije periode gezocht naar recentere bronnen, onder meer in samenwerking met de politie. Dat is meteen een aanbeveling voor het volgende derde actieplan.

In vergelijking met het referentiejaar 2000 tonen de cijfers voor 2018 aan dat er 26 percent minder suïcides zijn. Uit de direct gestandaardiseerde sterftcijfers op 100.000 inwoners blijkt dat in 2000 20,2 op 100.000 Vlamingen zijn gestorven door suïcide. In 2018 ging het om 14,9 per 100.000 inwoners. Er wordt niet met absolute cijfers gewerkt omdat het bevolkingsaantal evolueert waardoor vergelijken moeilijk wordt. In 2000 kende Vlaanderen 1174 zelfdodingen. In 2018 waren dat er 984.

Er is een klein verschil tussen mannen en vrouwen. Het cijfer voor de mannen daalt tussen 2000 en 2018 met 26 percent. Voor de vrouwen daalt het cijfer in dezelfde periode met 31 percent. Er zijn daarnaast verschillen tussen leeftijdsgroepen. De doelstelling is voor de verschillende leeftijdsgroepen (soms ruimschoots) gehaald. De sterkste daling wordt vastgesteld onder de jonge vrouwen tussen 30 en 44 jaar: min 46 percent. Voor de jonge mannen tussen 16 en 29 jaar daalt het cijfer met 41 percent. Het cijfer voor de +75-jarige mannen en vrouwen daalt respectievelijk met 37 en 30 percent.

Een aantal leeftijdsgroepen haalt de gezondheidsdoelstelling niet. Tijdens de tussentijdse evaluatie maakte men zich al zorgen over de mannen en vrouwen tussen 45 en 59 jaar. Uit de eindevaluatie blijkt een daling met 18 percent voor de vrouwen en 11 percent voor de mannen. De tussentijdse resultaten hebben aanleiding gegeven tot de psychologische autopsiestudie van de Eenheid voor Zelfmoordonderzoek. De jonge vrouwen tussen 16 en 29 jaar blijven met een daling van slechts 16 percent zorgen baren, net zoals de mannen tussen 60 en 74 jaar, waar de daling 19 percent bedraagt.

De gezondheidsdoelstelling beoogt een daling van het aantal suïcides. Voor VLESP zijn ook het aantal suïcidepogingen belangrijk omdat een suïcidepoging ondernomen hebben de belangrijkste risicofactor blijft. Op basis van cijfers van de Eenheid voor Zelfmoordonderzoek van het jaar 2019 blijkt een significante daling van 20 percent.

De conclusie luidt dat de gezondheidsdoelstelling algemeen gesteld gehaald is. Er moet evenwel rekening worden gehouden met de vaststelling dat een aantal leeftijdscategorieën de gezondheidsdoelstelling niet halen. Het is opmerkelijk dat de meeste landen hun doelstelling niet halen. Enkel Japan kent een gunstige evolutie, die vanwege corona evenwel lichtelijk wijzigt. De Verenigde Staten haalden in de jaren 90 ook hun doelstelling. De Vlaamse evolutie is internationaal gezien hoopvol en positief, en wijst erop dat preventie werkt. De Verenigde Staten kenden tussen 2000 en 2018 een stijging met 37,6 percent. Nederland zag tussen 2008 en 2017

zijn suïdecijfer met 40 percent stijgen. Het is belangrijk te vermelden dat Nederland toen pas is gestart met een nationaal preventieplan. Dat lijkt vruchten af te werpen omdat het suïdecijfer de voorbije twee jaar daalt. Het Verenigd Koninkrijk kende in 2018 en 2019 zijn hoogste suïdecijfer sinds 2000.

Daartegenover staat evenwel Vlaanderen nog steeds bijna drie zelfdodingen en 27 pogingen per dag kent. Suïcidepreventie werkt maar blijft noodzakelijk.

De slides 7 tot en met 17 bevatten telkens een grafiek per leeftijd. De volle lijn geeft de evolutie van het suïdecijfer weer. De stippellijn stemt overeen met de gezondheidsdoelstelling. Slide 18 geeft het aantal pogingen weer.

4. Basisstrategieën in vergelijking met internationale evidencebased strategieën

Gwendolyn Portzky baseert zich voor deze vergelijking op het artikel van Zalsman et al. van 2016 dat een onderscheid maakt tussen suïcidepreventiestrategieën waarvoor er sterke wetenschappelijke evidentie is, en andere waarvoor er evidentie is maar bijkomend onderzoek mogelijk is. Ten tweede wordt er een onderscheid gemaakt tussen de 'public health'-aanpak en zorg.

Beperken van de (toegang tot) middelen om tot suïcidaal gedrag over te gaan is een voorbeeld van sterke evidencebased suïcidepreventie. Daarnaast is er universele preventie gericht op scholen: acties bedoeld om de geestelijke gezondheid en het mentaal welzijn van alle jongeren te bevorderen.

Voorbeelden van zorg zijn de behandeling van depressie door medicatie of psychotherapie, en zorgcontinuïteit dankzij de ketenzorg. Vorming is een strategie waarvoor bijkomend onderzoek aangewezen is. Een voorbeeld daarvan is het trainen van poortwachters die signalen opmerken en naar zorg doorverwijzen. Daarnaast zijn er alle acties die verband houden met de media, de online-interventies en hulplijnen. Andere belangrijke strategieën zijn de vorming van eerstelijnsmedewerkers, meer bepaald huisartsen, om ook op de eerste lijn suïcidaliteit te detecteren.

De algemene conclusie van de eindevaluatie luidt dat het merendeel van de internationale strategieën zijn opgenomen in het tweede actieplan. Daarbij moeten evenwel enkele opmerkingen geformuleerd worden. Het beperken van de toegang tot middelen valt onder de bevordering van de geestelijke gezondheid en het suïcideveilig maken van de omgeving. Op niveau van de acties is dat slechts beperkt aan bod gekomen in het tweede actieplan. Het is een moeilijk in de praktijk om te zetten actie. Er is de voorbije jaren vruchtbaar samengewerkt met Infrabel. Daarnaast ging het eerder om lokale initiatieven om gevaarlijke plekken te beveiligen. Hetzelfde geldt voor medicatie dat een federale bevoegdheid is. Dit punt is een aanbeveling voor het derde actieplan. Een andere aanbeveling voor het volgende actieplan is het beperkte aantal specifieke acties gericht op universele preventie in scholen.

De behandeling van depressies is niet opgenomen in het tweede actieplan maar valt wel onder de multidisciplinaire richtlijn voor de detectie en behandeling van suïcidaal gedrag. Het is niet afzonderlijk benoemd omdat de focus op suïcidepreventie ligt. Het blijft moeilijk om hulpverleners ervan te overtuigen suïcidaliteit als een aparte problematiek te beschouwen. Het is niet zo dat een depressie behandelen er in de praktijk automatisch toe leidt dat suïcidaliteit verdwijnt. Uit voorzichtigheid is op één problematiek gefocust. De keuze om dit niet expliciet te benoemen wijkt af van internationale strategieën.

Ketenzorg is opgenomen in het tweede actieplan. Er is evenwel pas in de laatste jaren werk van gemaakt dankzij de leidraad voor zorgcontinuïteit. Er wordt thans volop op ingezet door deel te nemen aan de netwerken. Er zijn enkele belangrijke stappen gezet maar dit moet een vervolg kennen in het volgende actieplan.

Screening maakt deel uit van het tweede actieplan. Het wordt breder ingevuld en omvat bijvoorbeeld ook detectie. Het is een belangrijk onderdeel van de multidisciplinaire richtlijnen en de vorming voor hulpverleners. Er worden flinke inspanningen geleverd zodat ook de brede bevolking de signalen kan herkennen.

Vorming is goed opgenomen in het tweede actieplan. Er is veel vorming georganiseerd voor een brede groep van intermediairs, hulpverleners en poortwachters. Omdat sommige groepen moeilijk bereikbaar zijn, verdient dit verdere aandacht in het volgende actieplan.

De vraag rijst of de vijfde strategie, gericht op multidisciplinaire richtlijnen, een aparte strategie moet blijven. Deze richtlijnen zijn eerder een methodiek die in de andere strategieën kunnen worden toegepast.

5. Vooropgestelde acties in het tweede actieplan

Kirsten Pauwels gaat na in welke mate de verschillende acties in het tweede actieplan gerealiseerd zijn. Bij de opmaak van het actieplan in 2012 zijn tal van vaak vooraf bepaalde acties opgenomen. De acties die toen zijn opgenomen, zijn op één uitzondering allemaal gerealiseerd. De uitzondering is de creatie van ondersteunende netwerkgroepen rond (voornamelijk alleenwonende) ouderen. Er is een traject gestart met het toenmalige VIGeZ. Bij gebrek aan een structuur om dit in heel Vlaanderen uit te rollen en omdat deze actie suïcidepreventie overstijgt, is internationaal gezocht naar goede praktijken. In overleg met de overheid is uiteindelijk een methodiek gecreëerd om hulp- en zorgverleners te ondersteunen in het herkennen van signalen van suïcidaliteit bij ouderen. Dat alles is uitgemond in de richtlijn voor detectie en behandeling van suïcidaal gedrag bij ouderen en een e-tool voor hulp- en zorgverleners.

Slide 24 toont een overzicht van de acties die bij de opmaak van het tweede actieplan zijn vooropgesteld. Ze zijn met uitzondering van de netwerkgroepen voor ouderen gerealiseerd. De lancering van het serious game 'Silver' volgt op korte termijn.

6. Nieuwe en bijkomende acties

Belangrijker dan de realisatie van de vooropgestelde acties, is het feit dat er 23 nieuwe acties zijn ontwikkeld en uitgevoerd tussen 2012 en 2020. Deze acties zijn het gevolg van noden die uit de cijfers naar voren kwamen of op vraag van bepaalde doelgroepen. Het volstaat te verwijzen naar de specifieke tool voor lgbtqi. Andere nieuwe acties zijn het gevolg van internationale ontwikkelingen of nieuwe wetenschappelijke evidentie. VLESP beschouwt die nieuwe acties als een sterk punt van het tweede actieplan. Er was ruimte om nieuwe acties te ontwikkelen die inspelen op nieuwe noden, vaststellingen en onderzoeksresultaten in combinatie met de langetermijnvisie en -planning.

Slide 26 toont een overzicht van alle acties die in de loop van het tweede actieplan zijn ontwikkeld.

Het is daarnaast belangrijk om na te gaan wat er dankzij die acties aan activiteiten en initiatieven zijn gerealiseerd. Onderbouwing en bereik zijn doorgaans goed ingevuld en bijgehouden. Alvorens een actie te ontwikkelen wordt zowel de impact als het effect ervan onderzocht. Er wordt gezocht naar wetenschappelijke evidentie. Ook

over het bereik is er goede informatie. Bepaalde acties hebben een gigantisch bereik. De beoogde doelgroepen zijn bij de actie betrokken. Het blijft moeilijker om over elke actie feedback te krijgen over tevredenheid en effectiviteit. Dat was een advies in de tussentijdse evaluatie. Er is een effectiviteitsonderzoek gevoerd naar een aantal acties die de voorbije jaren zijn ontwikkeld. Er is onderzocht of acties het beoogde doel bereiken en suïcidaliteit bij de deelnemers afneemt. Bij veel acties is er nog onvoldoende zicht op de effectiviteit. Er moet blijvend worden ingezet op constant onderzoek naar de effectiviteit. Ook na de implementatie moet er continu onderzocht worden of de acties goed werken.

Bestaande methodieken en acties moeten soms in vraag gesteld worden. Er voltrekken zich immers constant grote maatschappelijke ontwikkelingen. Regelmatige evaluatie, gebruikersonderzoek of effectiviteitsonderzoek blijven belangrijk.

Er wordt vaak projectmatig gewerkt. Er gaat veel aandacht naar de uitbouw en de eerste implementatie van een methodiek. Ook de blijvende implementatie verdient alle aandacht. Er is een groot aanbod aan suïcidepreventie. Het is belangrijk dat al deze methodes de doelgroepen blijven bereiken. Dat moet onderdeel zijn van de werking van de verschillende organisaties. Hieraan moet in het volgende actieplan de nodige aandacht besteed worden.

7. SWOT-analyse

7.1. Sterktes

Het tweede actieplan is een breed actieplan met strategieën en acties gericht op universele, selectieve en geïndiceerde preventie. Literatuur en onderzoek tonen aan dat op de drie niveaus gewerkt moet worden om impact te hebben.

Er wordt bovendien innovatief gewerkt. In vergelijking met het buitenland heeft Vlaanderen de voorbije jaren grote stappen gezet op het vlak van online-interventies. De wetenschappelijke onderbouw aan de hand van (effectiviteit)onderzoek is stevig.

Implementatie en bereik van de mediarijchlijnen vormen eveneens een sterkte, al zijn er op dit vlak nog verbeterpunten. Het is van belang dat de hulplijnen vermeld worden maar ook de inhoudelijke richtlijnen moeten worden gevolgd. De samenwerking met de media loopt steeds beter.

Suïcide en suïcidepreventie zijn als thema maatschappelijk gegroeid. Er gaat meer aandacht naar. De interesse bij stakeholders om iets op te zetten groeit. Deze sterkte biedt nog een aantal kansen.

Het tweede actieplan heeft het landschap vereenvoudigd. In VLESP zijn een aantal organisaties met terreinwerking geïntegreerd. Dankzij het portaal Zelfmoord 1813 is de achterliggende structuur van minder belang.

7.2. Zwaktes

De duurzame implementatie loopt soms moeizaam. Het is vaak zoeken welke acties gericht op universele preventie uitgerold zullen worden. Uit onderzoek onder de 45- tot 49-jarigen blijkt dat de sector werk onvoldoende wordt bereikt. In het derde actieplan moet daar structureel op worden ingezet. Er zijn niet altijd voldoende mogelijkheden om aan postventie te doen, namelijk het ondersteunen van wie in contact is gekomen met zelfdoding in de onmiddellijke omgeving. Er is het waardevolle aanbod van de Werkgroep Verder maar dat volstaat niet om kort op de bal te spelen. Zowel VLESP al de organisaties met terreinwerking krijgen

geregeld vragen van scholen, werkgevers of lokale overheden om na een suïcide voor ondersteuning te zorgen. Dat aanbod is er thans niet.

7.3. Kansen

Door de maatschappelijke bewustwording kunnen andere stakeholders bereikt worden. Bij een aantal acties, zoals de multidisciplinaire richtlijn voor detectie en behandeling, was er steun van de overheid om bijvoorbeeld zorginstellingen ervan te overtuigen deze richtlijn te volgen.

7.4. Uitdagingen en bedreigingen

Er is onrust over de impact van COVID-19 op korte, middellange en lange termijn. Deze onrust wordt versterkt door het gebrek aan actuele suïdecijfers. Door de groeiende maatschappelijke bewustwording dreigen initiatieven gelanceerd te worden met mogelijks schadelijke impact. Suïcidepreventie blijft een moeilijke evenwichtsoefening.

Suïcidepreventie kan niet zonder zorg, die onder andere in de geestelijke gezondheidszorg met capaciteitsproblemen kampt. Suïcidepreventie probeert zorg, stakeholders en het brede publiek bewust te maken, maar dat impliceert dat het mogelijk is om op korte termijn de stap naar hulp te zetten.

Het thema is tot op zekere hoogte mediageniek wat aanleiding geeft tot straffe cijfers of uitspraken die snel opgepikt worden, een eigen leven beginnen te leiden en mogelijks schadelijk zijn voor kwetsbare groepen. Ten slotte moet erop worden toegezien dat suïcidepreventie in de toekomst een opdracht wordt van elk beleidsdomein.

8. Aanbevelingen

Op basis van de evaluatie van de gezondheidsdoelstelling, de evidencebased strategieën en de verschillende acties formuleert Kirsten Pauwels een reeks aanbevelingen per strategie.

8.1. Strategie 1: geestelijke gezondheidszorg en suïcideveilig maken

Geestelijke gezondheidsbevordering blijft belangrijk, en dan vooral alles wat verband houdt met het doorbreken van het stigma. Ook het aanmoedigen van hulpzoekend gedrag blijft belangrijk. De psychologische autopsiestudie en de studie naar provinciale verschillen geeft aan dat die schaamte verschilt van regio tot regio.

Het is belangrijk dat de richtlijnen voor media, fictie en theater steeds correct worden toegepast. Dat maakt een groot verschil voor wie aan zelfdoding denkt.

Er zijn meer acties mogelijk gericht op het beperken van middelen. Het derde actieplan moet acties bevatten gericht op deze effectieve preventiemethodiek. Daar toe kan worden samengewerkt met apotheken, lokale besturen of Infrabel.

8.2. Strategie 2: laagdrempelige telefoon- en onlinehulp

Deze strategie is de voorbije jaren het verst ontwikkeld. De portaalsite Zelfmoord1813.be is een belangrijk baken in de suïcidepreventie. Er moet blijvend op ingezet worden zodat veel mensen hun weg blijven vinden naar dit portaal. Alle onlinemethodieken en -tools bevatten een schat aan informatie die snel vindbaar en toegankelijk moet blijven.

Ook de Zelfmoordlijn 1813 heeft grote stappen gezet door de capaciteitsuitbreiding van de telefonische hulp, de samenwerking met Tele-Onthaal of de uitbreiding van de chat. Er is nog ruimte voor hulpverlening. Dit blijft een belangrijk speerpunt in het toekomstige actieplan.

De uitdaging zal zijn om vanuit de laagdrempelige tools door te verwijzen naar de reguliere hulpverlening. Er is samenwerking met de CGG's gestart om rechtstreekse aanmelding mogelijk te maken.

8.3. Strategie 3: deskundigheidsbevordering en netwerkvorming

Het vormingsaanbod is uitgebreid. Er worden nieuwe doelgroepen bereikt. Er zijn extra tools. Tijdens de pandemie wordt volop gewerkt aan de hand van webinars en onlinevorming waardoor nieuwe mensen bereikt worden. Hoewel er veel vooruitgang is geboekt, blijft verbetering mogelijk.

Huisartsen, die een cruciale rol spelen, blijven moeilijk bereikbaar. Er is nauwelijks vorming in de bedrijfscontext. Sedert een tweetal jaar worden lezingen georganiseerd voor het brede publiek. Er is nog marge om dit uit te rollen zodat ooit vrijwel iedereen weet hoe best gereageerd wordt op zelfdoding. Veel zaken moeten gecontinueerd worden. Bepaalde settings en contexten verdienen extra aandacht.

8.4. Strategie 4: programma's gericht op hoogrisicogroepen

Deze strategie omvat in het tweede actieplan veel acties omdat het zowel over kwetsbare groepen gaat als om hoogrisicogroepen. Het voorstel luidt om dat in het derde actieplan op te splitsen in overeenstemming met het USI-model: selectieve preventie gericht op de kwetsbare groepen en geïndiceerde preventie voor wie suïcidaal is.

Het is niet steeds mogelijk en haalbaar om voor elke kwetsbare groep een afzonderlijke actie of methodiek op te zetten. Het blijft streven naar brede methodieken die op verschillende groepen toepasbaar zijn en tegelijk aandacht besteden aan specifieke risicofactoren. Doelgroepen moeten communicatief soms op een andere manier benaderd worden. Zo volgt er op korte termijn een nieuwe actie gericht op mannen om hen ervan te overtuigen om hulp te zoeken. Het wordt zaak de aangewezen stakeholders te vinden om meer mannen te bereiken.

Het klinische werkveld dringt aan op een specifieke richtlijn voor de detectie en behandeling van suïcidaal gedrag bij jongeren.

Naast een gebrek aan actuele cijfers ontbreken vaak cijfers om te verifiëren of doelgroepen die in internationaal onderzoek als kwetsbaar worden omschreven dat ook in Vlaanderen zijn. Er wordt vaak gevraagd naar cijfers over bepaalde beroepsgroepen. Op basis van de overlijdenscertificaten kan Vlaanderen geen uitspraak doen over beroepsgroepen.

Ten slotte zijn er onvoldoende acties ontwikkeld gericht op de werksetting. Daarop moet volop geïnvesteerd worden. Daarnaast zijn er onvoldoende mogelijkheden voor snelle postventie van nabestaanden.

Onder het tweede actieplan zijn veel wetenschappelijk onderbouwde acties gerealiseerd voor de hoogrisicogroep van suïcidale personen. Die moeten absoluut worden voortgezet. Het wordt zaak die blijvend en zo breed mogelijk te implementeren. Het bevorderen van de zorgcontinuïteit blijft een aandachtspunt. De naasten moeten betrokken worden. Familie en naaste omgeving geven dit vaak zelf aan. Ook hulpverleners weten niet altijd hoe ze naasten kunnen betrekken. Het klinische werkveld wijst op de nood aan kortdurende interventies voor acuut

suïcidale personen. IPEO zorgt voor de eerste psychosociale opvang van wie een poging heeft ondernomen. Daarna zouden er een drietal gesprekken moeten kunnen volgen om de acute suïcidaliteit gericht aan te pakken.

8.5. Strategie 5: multidisciplinaire richtlijn

Samen met de SP-reflex is de multidisciplinaire richtlijn eigenlijk een succes. Het volstaat te verwijzen naar het aantal hulpverleners dat dankzij e-learning vorming heeft gekregen. Dat moet duurzaam geïmplementeerd worden in het volgende actieplan.

Er zijn handvaten voor zorgcontinuïteit en ketenzorg. De implementatie is ook voor hulpverleners niet altijd evident. Dat moet worden gecontinueerd in samenwerking met de zorgnetwerken en de artikel 107-netwerken.

Richtlijnen kunnen ten slotte beter als methodiek in plaats van een aparte strategie opgenomen worden.

9. Noden voor het derde actieplan

Er is nood aan een aparte strategie om suïcidecijfers sneller te registreren, om pogingen blijvend te registreren, en ten slotte om risicogroepen en doelgroepen blijvend te onderzoeken. Er zijn specifieke methodieken nodig voor jongeren. Het werkveld vraagt een kortdurende interventiemethodiek voor acute suïcidale personen. Er moet aandacht gaan naar de werksetting en postventie. Het stigma op psychische problemen doorbreken blijft belangrijk. Mensen moeten aangemoedigd worden om hulp te zoeken. Er zijn meer acties nodig die de toegang tot middelen voor suïcidaal gedrag beperken. Vervolgens is er de aansluiting tussen laagdrempelige telefonische hulp, onlinehulp en reguliere hulpverlening. De naasten moeten nauwer betrokken worden bij de zorg voor suïcidale personen. Ten slotte wordt het belang beklemtoond van een duurzaam suïcidepreventiebeleid met dito acties. In het volgende actieplan moet een langetermijnvisie uitgetekend worden wat meer duurzame acties mogelijk maakt. Uiteraard moet op regelmatige basis geëvalueerd en bijgestuurd worden. Men moet daarbij alert blijven voor nieuwe noden en behoeften.

10. Voorstel nieuwe strategieën derde actieplan

Inmiddels zijn de voorbereidingen van het derde actieplan van start gegaan op basis van deze evaluatie, internationale literatuur en internationale actieplannen. Daarnaast zijn de werkgroepen rond universele preventie, selectieve preventie en geïndiceerde preventie aan de slag. Er worden zes strategieën naar voren geschoven waaronder de specifieke acties gekoppeld en ontwikkeld zullen worden: suïcidepreventie bij de hele bevolking, deskundigheidsbevordering bij professionals en sleutelfiguren, suïcidepreventie bij kwetsbare groepen, preventie bij suïcidale personen en ondersteuning van naasten, postventie na suïcide en ondersteuning van nabestaanden, en ten slotte onderzoek, monitoring van de cijfers en evaluatie van de actieplannen.

II. Vragen van de leden

1. Vragen van Vera Jans

Vera Jans zegt dat het beleid een belangrijke rol en verantwoordelijkheid heeft in het terugdringen van het aantal zelfdodingen. Elke (poging tot) zelfdoding is een trauma dat generaties lang gevolgen kan hebben voor naasten en nabestaanden.

Uit de laatste tellingen blijkt dat de gezondheidsdoelstelling is gehaald, wat een stimulans is om nog harder in te zetten op alle mogelijke acties.

De registratie is een werkpunt. De statistiek van officiële doodsoorzaken is bekend maar bevat cijfers van enkele jaren terug waardoor het niet mogelijk is snel in te spelen op tendensen en evoluties. Er wordt vaak gezegd dat de coronacrisis mogelijks impact heeft, maar bij gebrek aan recente cijfers kan die uitspraak niet in een juist kader geplaatst worden. Er is inmiddels toegang tot de gegevens van de federale politie voor 2020 maar die cijfers bevatten enkel de gevallen waar er een politie-interventie was. Actuele data over suïcide(pogingen) zijn nodig om met het beleid, dat lijkt te werken, accuraat te kunnen inspelen op de situatie.

Het valt te betreuren dat niet alle ziekenhuizen registreren. Kan er een initiatief genomen worden om van alle ziekenhuizen cijfers te krijgen? Welke mogelijkheden zijn er om de officiële sterftecertificaten sneller te verwerken? Uit de toelichting blijkt een gestage daling sedert 2000. In 2017 en 2018 nam de daling af. Hoewel één jaar mogelijks te kort is om tot een conclusie te komen, vreest Vera Jans mede door corona een stagnatie van de dalende trend.

De tendensen verschillen per leeftijdsgroep. Zo blijkt de groep tussen 45 en 59 jaar moeilijk bereikbaar met de interventiestrategieën. Ondanks de positieve algemene resultaten mag het beleid geen versnelling lager schakelen. Zal het derde actieplan opnieuw een concrete gezondheidsdoelstelling vooropstellen? Op basis van welke overwegingen zal die doelstelling worden vastgelegd? Zet de dalende tendens zich aan hetzelfde tempo verder?

Het lijkt niet de bedoeling voor elke doelgroep een aparte preventiestrategie op te stellen, al wordt er voor jongeren een uitzondering gemaakt. Welke indicatoren bepalen of er voor een bepaalde leeftijdsgroep een gerichte strategie wordt opgesteld?

In welke mate wordt er met deze evaluatie rekening gehouden bij het opstellen van het derde actieplan? Zo was er volgens de evaluatie onvoldoende aandacht voor preventie op school. Vera Jans is het volledig eens met deze vaststelling. Wordt er overlegd met het onderwijs om dit op te nemen in het derde actieplan?

In de literatuur worden enkele typische risicogroepen naar voren geschoven. Holebi's worden vaak naar voren geschoven als doelgroep die een verhoogd risico loopt. Bij een gebrek aan registratie is het onduidelijk of dat ook voor Vlaanderen geldt. Hoe meer er gemeten wordt, hoe gemakkelijker het is om het beleid toe te spitsen op bepaalde doelgroepen. Moet Vlaanderen dat eveneens registreren? Waarom kan Vlaanderen met dergelijke informatie geen rekening houden?

Tijdens de coronacrisis wordt er veel gesproken over een toename van het aantal suïcides, van het suïcidegevaar en van suïcidale gevoelens in de creatieve sector. Depressie en burn-out zouden ook toenemen onder zelfstandigen. Ook studenten en landbouwers worden vermeld. In welke mate zal het beleid zich op dergelijke doelgroepen richten of geniet een zo breed mogelijke strategie de voorkeur?

De toegang tot dodelijke middelen belemmeren is een evidencebased maar moeilijke preventiestrategie. Er zijn samen met Infrabel al grote inspanningen geleverd. Vera Jans wil vernemen of deze inspanningen lonen?

Hoewel niet alle risicofactoren duidelijk omschreven kunnen worden, blijft het opmerkelijk dat wat verband houdt met suïcidale gedachten wordt gelinkt met bijvoorbeeld depressie. Sommige mensen plegen suïcide zonder dat depressie als diagnose wordt gesteld. Het is belangrijk de bewustmaking hierover in de samenleving of op school te vergroten.

In de evaluatie wordt aangegeven dat steun uit de omgeving een groot verschil betekent. Het derde actieplan zal inzetten op de ondersteuning van naasten in de zorg voor suïcidale personen. Vera Jans is van oordeel dat veel gezondheidswinst geboekt kan worden met deze prioriteit. EHBP van het Rode Kruis is een goede manier om iedereen te leren omgaan met mensen die niet het standaardantwoord geven op de vraag hoe het met hen gaat. Is het verbreden van dit instrument aan te bevelen? Zijn er nog andere handvaten? De openheid in de samenleving om hiermee om te gaan is groot. Wat is er nodig om de ondersteuningsvaardigheden van mensen in het algemeen of uit de naaste omgeving te vergroten?

Kunnen er al conclusies getrokken worden uit de website van 'Help! Mijn kind denkt aan zelfmoord'? Wordt dat geëvalueerd? Wat is het bereik? Bereikt de website de juiste mensen?

Er wordt sedert 2004 actief gewerkt aan mediarijclijnen. Aanvankelijk waren die richtlijnen voornamelijk op de klassieke media gericht waardoor het eenvoudig was om hierover af te stemmen met journalisten. Dankzij de aangehouden inspanning zijn er stappen vooruitgezet. De laatste tijd is het zaak de mediarijclijnen te verbreden. Naar aanleiding van de serie '13 Reasons Why' is een richtlijn afgesproken over fictie op televisie. Hoe verloopt de samenwerking met streamingdiensten of zijn deze diensten even toegankelijk als bijvoorbeeld Facebook en TikTok?

In Denemarken is er een gedragscode voor influencers. Ook in Vlaanderen wordt er werk van gemaakt. De bereidheid van influencers om daaraan mee te werken blijkt groot. Het beleid probeert vaak foutieve communicatie recht te zetten, wat heel arbeidsintensief is. Is het houdbaar om telkens te overleggen met een individuele influencer? Influencers spelen vaak luisterend oor. Veel jongeren volgen tal van mediaplatformen waar zaken soms bespreekbaar worden. Toch moet erop worden toegezien dat wie professionele hulp zoekt, niet uitsluitend terecht kan bij mensen die daar niet de juiste handvaten voor kunnen aanbieden. Wat is de ervaring ter zake? Wat is er nog meer mogelijk dan vandaag? Hoe is de ervaring met influencers, moderne media, grote netwerken en dito platformen? Moet er dwingend worden opgetreden? Een deontologisch kader zou al een eerste stap betekenen waarmee veel mensen geholpen zijn.

2. Vragen van Piet De Bruyn

Piet De Bruyn uit zijn erkentelijkheid over alle betrokken partners die al vele jaren het beste van zichzelf geven. Ze bundelen de krachten, werken innovatief, bereiken professionals, brengen vermaatschappelijking van de zorg in de praktijk en betrekken een grote groep vrijwilligers bij tal van professioneel omkaderde projecten. Ook over de professionele wijze waarop vrijwilligers werken drukt hij zijn waardering uit.

Er is respect voor het tweede Vlaamse actieplan dat er met de verschillende strategieën en acties voor heeft gezorgd dat de suïdecijfers zijn gedaald. Er is een gezondheidsdoelstelling vooropgesteld. Er zijn mensen en middelen vrijgemaakt. Met deze aanpak is resultaat geboekt. Omdat het voor dit beleidsdomein nooit goed genoeg kan zijn, moet de lat voor het derde actieplan nog hoger gelegd worden. De toelichting bevat daartoe voldoende aanzetten.

De spreker blijft gecharmeerd door de resolute keuze om evidencebased te werken. Waar initiatieven aanvankelijk gebaseerd waren op een aanvoelen en een beroep deden op het empathisch vermogen, was evidencebased werken duidelijk de basis in het tweede actieplan. Dat moet ook in het derde actieplan het geval zijn.

Er is een kader nodig om het suïcidepreventiebeleid op af te stemmen. In dat opzicht is een grondige evaluatie van het tweede actieplan aangewezen alvorens met een derde van start kan worden gegaan. Tegelijk is er bezorgdheid over het vacuüm tussen de twee actieplannen. Het is geruststellend te vernemen dat lopende strategieën en acties worden voortgezet. Tegelijk moet er alles aan worden gedaan om het derde plan in tijd te laten aansluiten op het tweede.

De vraag over algemene preventie en doelgroeppreventie is oud. De spreker toont begrip voor de terughoudendheid om voor elke doelgroep specifieke preventie te ontwikkelen. Daartegenover staat dat bepaalde doelgroepen specifieke kenmerken vertonen. Wat zijn de kritische succesfactoren als aan de hand van algemene preventie resultaat moet worden geboekt bij deze doelgroepen?

In het Vlaamse regeerakkoord 2019-2024 wordt de lat terecht hoog gelegd met een streven naar 'zero suïcide'. Iedereen is het erover eens dat zo weinig mogelijk zelfdodingen de doelstelling moet zijn, maar het concept 'zero suïcide' roept vragen op bij het werkveld. De spreker vraagt dit te duiden.

Er is duidelijk behoefte aan actuele cijfers over het aantal suïcides en suïcidepogingen. Welk model hebben de sprekers voor ogen? Zijn er goede voorbeelden die het mogelijk maken om in te spelen op tendensen?

Er is onderzoek gevoerd naar efficiëntie en bereik van bepaalde acties en strategieën. Dat onderzoek legt evenwel geen verband met de ingezette middelen. De spreker benadrukt dat de bedoeling van dergelijk onderzoek niet is om minder geld uit te geven aan suïcidepreventie maar om na te gaan hoe de middelen het efficiëntst ingezet worden. Het blijft moeilijk om zicht te krijgen op het totale bedrag dat Vlaanderen besteedt aan suïcidepreventie. De spreker meent dat het de administratie of het kabinet toekomt op deze opmerking te antwoorden.

Hoe verloopt de samenwerking met de apothekers om samen de toegang tot middelen te beperken?

3. Vragen van Suzy Wouters

Suzy Wouters vindt het hoopvol dat Vlaanderen de doelstelling uit het tweede actieplan haalt. Naast de vooropgestelde acties zijn er nog 23 extra gerealiseerd. In vergelijking met de evolutie in andere landen kan de dalende trend in Vlaanderen als hoopvol beschouwd worden. Het is een indicatie dat preventie werkt. Tegelijk tonen cijfers aan dat Vlaanderen nog steeds 3 zelfdodingen en 27 pogingen per dag meemaakt. Er moet blijvend ingezet worden op preventie. Suïcidepreventie moet – zeker gezien de mogelijke impact van COVID-19 – een prioriteit blijven.

Een belangrijke beperking is het gebrek aan recente cijfers. De recentste volledige cijfers dateren van 2018. Waarom zijn er geen recentere cijfers beschikbaar? Dat moet een aandachtspunt worden in het volgende actieplan.

Er heerst een groot taboe op zelfdoding. Het is zaak dit taboe te doorbreken. Hulpverleners hebben training en informatiekkanalen nodig want ook zij hebben vragen over hoe om te gaan met suïcidedgedachten. Hoe kan hierop harder worden ingezet?

Het mentaal welzijn van jongeren wordt een belangrijk aandachtspunt voor het derde actieplan. Ze moeten weerbaarder worden. Projecten als het serious game Silver spelen een belangrijke rol omdat jongeren er leren dat zich slecht voelen bij het leven hoort. Acties rond het mentaal welzijn op school zijn een belangrijk aandachtspunt. Hoe staan de sprekers tegenover het idee om mentaal welzijn op te nemen in het lessenpakket?

Tijdens de coronacrisis is het belang van hulplijnen duidelijk geworden. Hierop blijven inzetten biedt meerwaarde omdat aldus laagdrempelige hulp wordt geboden. De toegang tot voorzieningen en hulpverlening moet breder. Het kan niet dat iemand enkele weken moet wachten op hulp of een opname. De wachtlijsten in de geestelijke gezondheidszorg zijn problematisch lang. Wie op zorg moet wachten, loopt het risico dat zijn klachten toenemen. De nulde- en eerstelijnszones zijn onvoldoende uitgerust om de toegenomen zorgvragen te beantwoorden. Investeren in geestelijke gezondheidszorg moet een prioriteit zijn. Zorgcontinuïteit is een belangrijk knelpunt van de huidige hulpverlening.

Naast preventie en detectie is ook opvolging en monitoring van wie een suïcidepoging heeft ondernomen belangrijk. Het Vlaams Belang kijkt uit naar de voorstelling van het derde Vlaamse actieplan op 19 november 2021, en is benieuwd naar de doelstellingen die vooropgesteld zullen worden.

4. Vragen van Jeremie Vaneckhout

Jeremie Vaneckhout drukt zijn waardering uit voor het werk dat VLESP voor zijn rekening neemt en dat op het terrein wordt verricht. De toelichting die werd afgerond met enkele krachtlijnen voor het nieuwe actieplan bevat tal van zaken waarover iedereen het eens is en waarmee een antwoord kan worden geboden op de huidige uitdagingen. Dat laatste weliswaar in de veronderstelling dat er voldoende middelen en ruimte worden vrijgemaakt.

Wie een beginpunt vergelijkt met een twintig jaar later te behalen eindpunt, neemt de periode ertussen niet in ogenschouw. Uit een grafische voorstelling van de jaarlijkse resultaten, blijkt de grafiek pieken en dalen te vertonen. Op sommige vlakken is er een structurele daling maar op andere is dat niet het geval. Door het ontbreken van cijfers voor 2019 en 2020 is het moeilijk om het geheel te interpreteren en eenduidig te communiceren dat de cijfers dalen en de doelstellingen gehaald zijn. Zonder te ontkennen dat er een daling is in algemene termen, blijft de spreker bezorgd over de cijfers van 2019 en 2020 voor bepaalde doelgroepen.

De cijferregistratie wijst op onbehoorlijk bestuur. Niemand kan zich voorstellen dat de economische relance gebaseerd zou zijn op cijfers voor 2018. Hoe kan het beleid met de realiteit connecteren als het zich moet baseren op cijfers die twee jaar oud zijn? Als het de bedoeling is evidencebased te werken, moet dit de belangrijkste krachtlijn worden. Vanaf 2021 mag men nog maximum één jaar achteruitkijken en moeten er actuele cijfers beschikbaar zijn die in de diepte zijn uitgewerkt per doelgroep, socio-economische achtergrond of regio.

Jeremie Vaneckhout ziet een spanningsveld tussen universele preventie en settingsgericht werken. In de toelichting kwam de werkvloer bijvoorbeeld naar voren. Hij wil vernemen welke acties daar mogelijk zijn. Tegelijk vraagt hij om de intentie om voor elke doelgroep afzonderlijk beleid te ontwikkelen niet te hard te relativiseren. Bij landbouwers is de context zodanig belangrijk dat er een link moet worden gezocht met de algemene preventieve aanpak en de relevante context. Ook jongeren en hoogerisicogroepen worden doelgroepgericht benaderd. De spreker suggereert na te gaan welke andere doelgroepen afgebakend moeten worden, en wijst op het belang van diepgravend onderzoek daarnaar. In het actieplan moeten bijstellingen mogelijk zijn zodra het onderzoek accurater is.

Het is vooralsnog onduidelijk hoe de toegang tot middelen beperkt kan worden. Welke mogelijkheden ziet VLESP? Moet daarover overlegd worden met andere beleidsniveaus?

Dat een minderjarig meisje na een suïcidepoging naar huis wordt gestuurd omdat er geen plaats is in een voorziening, is een welvaartsstaat onwaardig. Is het bekend

hoeveel middelen, mensen en ruimte er nodig zijn om dergelijke zaken op te vangen? Dezelfde vraag geldt voor het specifieke traject dat met hoogrisicogroepen kan worden afgelegd. Volstaat het een plan op te stellen of zijn er meer middelen en capaciteit nodig? Dit is voor VLESP het aangewezen moment om Vlaams Parlement en Vlaamse Regering aan te geven wat er nodig is in een ideale wereld. Het komt de politiek toe hierover de nodige beslissingen te nemen.

5. Vragen van Freya Van den Bossche

Freya Van den Bossche drukt haar waardering uit voor het werk dat dag na dag wordt geleverd om het aantal suïcides en suïcidepogingen te verminderen.

Bij gebrek aan recente cijfers is het vaak blind varen. Het is goed dat er naar samenwerking wordt gezocht met de federale politie om al een indicatie te krijgen. Iedereen lijkt het erover eens dat Vlaams minister Wouter Beke dit dringend moet aanpakken. Wordt er overwogen om in het volgende actieplan ook rekening te houden met het aantal suïcidepogingen bij het bepalen van de doelstellingen?

Zodra men merkt dat de daling zich bij specifieke doelgroepen minder snel doorzet of tot stilstand komt, moeten er middelen worden ingezet om die doelgroep te bereiken. Boeren op een Kruispunt is daar een goed voorbeeld van. Dat kan bovendien complementair zijn aan universele preventie. Voor bepaalde groepen is de situatie dermate specifiek dat een specifieke aanpak zinvol is.

Toont de psychologische autopsiestudie aan dat bepaalde 'life events' zoals verlies van werk of een relatiebreuk, mee kunnen leiden tot een suïcidepoging? Is het nodig na te denken over specifieke strategieën voor 'life events' die de kwetsbaarheid verhogen?

Zorgcontinuïteit en ketenzorg zijn belangrijke preventiestrategieën. Moeten CGG's en andere welzijnsvoorzieningen ook een crisiswerking opzetten? Is het aangewezen na te denken over een vorm van crisiswerking die ingebed is in de reguliere zorg? Doordat die diensten 's avonds of tijdens het weekend niet bereikbaar zijn, is het vertrouwde aanspreekpunt niet altijd bereikbaar wanneer iemand een crisis meemaakt. Nu wordt iemand bij een suïcidale crisis vaak gedwongen opgenomen in de psychiatrie. Freya Van den Bossche meent dat dit niet altijd de meest aangewezen hulpverlening is.

Is het aangewezen om risicovolle plaatsen aan te pakken zoals indertijd is gebeurd met de zogenaamde zwarte punten voor het fietsverkeer? Kan er in kaart worden gebracht waar het risico groot is? Op die manier kan de bevoegde minister daarmee aan de slag.

In welke mate zijn tutorials en bijscholingen online en gratis beschikbaar? Dat hulpverleners moeten betalen voor bijscholing kan een drempel betekenen. Hoe kunnen huisartsen beter bereikt worden? Kan daarover worden overlegd met Domus Medica? Het is opvallend dat zij als spilfiguur en aanspreekpunt weinig bijscholing volgen.

De gevolgde strategieën zijn stevig onderbouwd. Loopt Vlaanderen op bepaalde punten voorop? Laat Vlaanderen bepaalde zaken wetenschappelijk begeleiden zodat andere eruit kunnen leren? Zijn daar genoeg middelen voor?

Is VLESP bereid om postventie – zowel voor individuen als voor groepen – uit te bouwen? Wordt daarvoor samengewerkt met de slachtofferhulp van de politie? Hoe zou snelle postventie voor mensen die achterblijven na een suïcide eruitzien?

Wordt er al gewerkt met de richtlijnen en methodiek voor het 'safety plan' voor kinderen en jongeren? Op welke manier is men daarmee aan de slag? Wat is de nagestreefde aanpak?

6. Vragen van Freya Saeys

Voor *Freya Saeys* is het ontbreken van recente cijfers een groot probleem. Het is al enkele jaren bekend dat één op zes lesbische tienermeisjes een suïcidepoging onderneemt. De resolutie over geweld en discriminatie tegen lgbtqi+-personen (*Parl.St.* VI.Parl. 2020-21, nr. 761/6) beveelt aan om toe te kijken op de uitvoering van het suïcidepreventiebeleid waarin lgbtqi+-personen als risicogroep zijn erkend. Welke aandachtspunten mogen niet uit het oog worden verloren om deze risicogroep optimaal te bereiken? Is er voldoende onderzoek naar het mentaal welbevinden van deze doelgroep? Welke aspecten zijn eventueel onderbelicht gebleven in dit onderzoek? Een ander aspect is migratieachtergrond in combinatie met culturele en religieuze factoren.

Huisartsen en specialisten zijn een onderbelichte doelgroep. Arts in nood neemt reeds initiatieven maar artsen zijn niet altijd de beste patiënten. Ze zoeken niet snel hulp. Welke initiatieven zijn er reeds genomen of worden er gepland voor deze doelgroep?

Er is veel bekend over het bereik van de maatregelen. Tegelijk zijn er veel acties waarvan bij gebrek aan onderzoek niemand weet of ze effectief zijn. Welke acties moeten in het volgende actieplan onderzocht worden?

Voor de leeftijdscategorie tussen 45 en 59 jaar is suïcidepreventie op het werk belangrijk. Welke acties zijn er mogelijk? Wie moet die organiseren: de bedrijfsarts of de externe dienst voor preventie en bescherming op het werk? Kennen zij de werknemers voldoende om hun geestelijke toestand te kunnen inschatten? Beschikken zij over de nodige kennis om dit probleem aan te pakken? De bedrijfscontext blijkt moeilijk bereikbaar. Wat kan daaraan worden verholpen?

Uit een studie van Zorgnet-Icuro blijkt dat mensen vaak geen psychologische hulp zoeken omdat ze ervan overtuigd zijn dat ze alles zelf kunnen oplossen, en niet zozeer vanwege het stigma of de financiële toegankelijkheid. Wat is de visie van de sprekers daarop? Hoe kan dat worden aangepakt?

Het belang van preventie is benadrukt. Scholen en bedrijven vragen bijstand maar op al die vragen ingaan blijkt moeilijk te zijn. Hoeveel capaciteit is er nodig om op deze vragen te kunnen ingaan?

Veel mensen worden met een suïcide geconfronteerd in hun familie of gezin. Krijgen zij voldoende nazorg? Freya Saeys ziet tal van verbeterpunten. Welke oplossing achten de sprekers mogelijk?

Zorgcontinuïteit is belangrijk. Niet alle ziekenhuizen gebruiken IPEO wanneer iemand na een suïcidepoging op de spoedgevallen terechtkomt. Vaak is er geen nazorg wanneer die mensen uit het ziekenhuis ontslagen worden. Hun huisarts is vaak niet op de hoogte. Moet de huisarts hierin een centrale rol spelen?

Hoe moeten onlinehulp en telefonische hulp zich verhouden tot de reguliere zorg? Is dat afhankelijk van de noden van de betrokkene? Kan nazorg online of telefonisch verstrekt worden?

Het nieuwe actieplan zal streven naar duurzaam beleid en dito acties. Zullen lopende acties die als effectief zijn geëvalueerd in regulier beleid omgezet worden? Welke tijdelijke acties zullen zeker in structureel beleid omgezet worden?

7. Vragen van Koen Daniëls

Koen Daniëls zegt dat er na een suïcidepoging een interventie volgt. In een aantal gevallen stopt het na een poging maar in een aantal andere gevallen gaan de mensen alsnog over tot suïcide. Zijn er indicaties hoe dit traject bij bepaalde profielen kan worden onderbroken? In de aanbevelingen wordt bijvoorbeeld verwezen naar de omgeving van de betrokken personen.

Dat het niet vanzelfsprekend is om suïdecijfers te verzamelen doet de spreker vermoeden dat cijfers over suïcidepogingen bijhouden nog moeilijker is. Hoe wordt dat aangepakt?

De inleidende toelichting bevat een overzicht van alle middelen in de strijd tegen suïcide, de wetenschappelijke aanpak en bijkomende acties. Omdat wat voor één persoon werkt en laagdrempelig is dat niet hoeft te zijn voor iemand anders, staat er een breed gamma ter beschikking. Zorgt dat brede palet er niet voor dat het onduidelijk is waar men precies terecht kan? Er wordt gefocust op de persoon die suïcidaal is maar veelal is het voor zijn of haar omgeving onduidelijk.

Toont longitudinaal onderzoek aan dat wie in zijn jeugd iets meemaakt op langere termijn en in gelijkaardige omstandigheden opnieuw een suïcidepoging onderneemt? Mensen geven er de voorkeur aan informatie over een suïcidepoging in hun jeugd geen leven lang met zich mee te moeten dragen. Moeten leerkrachten geïnformeerd worden over een suïcidepoging van een nieuwe leerling? Bestaat het risico dat ze zonder die informatie bepaalde signalen niet merken?

III. Antwoorden van professor dr. Gwendolyn Portzky

1. Cijfers

Gwendolyn Portzky deelt de verontwaardiging over de vertraging op de cijfers en vermoedt dat de frustratie daarover door de coronacrisis alleen maar duidelijker is geworden. Het is belangrijk om een onderscheid te maken tussen de registratie van overlijdens door suïcide en van suïcidepogingen. De grootste vertraging zit op de registratie van overlijdens door suïcide. De cijfers op basis van de overlijdenscertificaten geanalyseerd door het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid dateren van 2017. Tijdens de evaluatie van het tweede actieplan in het najaar van 2020 zijn na enig aandringen de ruwe cijfers van 2018 ter beschikking gesteld. Na overleg met het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid blijkt het niet evident om sneller over cijfers te beschikken vanwege de complexe en vaak nog papieren procedure die samen met de lokale overheden en het parket moet worden gevolgd. Pogingen om deze procedure te digitaliseren zijn niet gelukt. Hierover is een aanbeveling geformuleerd, en zoeken naar snellere registratie wordt een strategie in het volgende actieplan. Dankzij de cijfers van de federale politie is er enig maar geen volledig zicht op de impact van de coronacrisis. Nederland slaagt er ondanks een even complexe procedure wel in om snel te registreren, onder meer door samen te werken met de wetsgeneesheren. Er is informatie opgevraagd om na te gaan of dit model in Vlaanderen haalbaar is.

De registratie van suïcidepogingen is nog wat complexer omdat die pogingen niet officieel geregistreerd worden. De Eenheid voor Zelfmoordonderzoek werkt daarvoor al jaren samen met de ziekenhuizen met behulp van de IPEO. Het is de bedoeling dat hulpverleners niet louter cijfers bijhouden maak ook voor de gepaste opvang zorgen en zo snel mogelijk na opname al een eerste gesprek voeren. In de loop van het voorjaar zijn de cijfers van het voorgaande jaar beschikbaar. Een aantal ziekenhuizen bezorgt wekelijks cijfers. In het nieuwe actieplan zal aan de

36 meewerkende Vlaamse ziekenhuizen gevraagd worden om maandelijks cijfers te bezorgen.

Er is enkel zicht op de medisch aangemelde suïcidepogingen door ziekenhuizen. Van de pogingen die niet tot spoedopname leiden is er geen beeld. Hoewel het maar om een beperkt deel van de pogingen gaat, is de spreker ervan overtuigd dat dit cijfer een duidelijke indicatie geeft.

IPEO wordt aangepast en verbreed. Ziekenhuizen moeten niet langer uitsluitend de pogingen registreren maar elke aanmelding na een suïcidale crisis. Mensen met acute zelfmoordgedachten die nog niet tot een poging zijn overgegaan zullen bijgevolg ook geregistreerd worden. Deze belangrijke informatie blijft vooralsnog onder de radar. Het is de bedoeling om dit nieuwe model in de loop van 2021 te implementeren in de ziekenhuizen.

2. Doelgroepen

De primaire doelstelling blijft zo breed mogelijk werken en zo veel mogelijk mensen bereiken omdat het moeilijk is om voor elke doelgroep een aparte strategie en afzonderlijke acties op te zetten. Het digitale platform Zelfmoord 1813 en de Zelfmoordlijn zijn er voor alle Vlamingen met vragen over suïcidepreventie. Het is niet haalbaar om voor elke doelgroep een afzonderlijk digitaal platform te ontwikkelen of een eigen telefonische hulplijn te organiseren. Daartegenover staat dat voor bepaalde doelgroepen wel degelijk nodig is. Het is belangrijk om per doelgroep te onderzoeken hoe het bereik is, of een andere aanpak aangewezen is, en of eigen communicatie nodig is. Het is immers zo dat bepaalde specifieke omgevingsfactoren spelen in het bereik van de verschillende doelgroepen.

Het derde actieplan wordt ontwikkeld in drie grote werkgroepen, opgedeeld volgens het USI-model. Geïndiceerde preventie richt zich tot wie al suïcidaal is. Selectieve preventie is gericht op groepen die een verhoogd risico lopen. Het is in de selectieve preventie dat de verschillende doelgroepen vertegenwoordigd zijn. Universele preventie gaat breed.

In de werkgroep voor selectieve preventie zitten tal van organisaties en experts. Die werkgroep probeert zo veel mogelijk doelgroepen in rekening te brengen. Er zijn de jongeren (met zowel scholieren als studenten) en ouderen. Een aantal experts focust op de werksetting. Cavaria is er voor de lgbt-doelgroep. ILVO en Boeren op een Kruispunt nemen het op voor de landbouwers. Een andere doelgroep zijn de gedetineerden. Deze werkgroep zoekt per doelgroep naar specifieke noden en gaat na waar er accenten moeten worden gelegd. Tegelijk zal met brede strategieën worden gewerkt: vorming van omgeving en hulpverleners geldt voor de verschillende doelgroepen.

Naast snellere zijn ook meer gedetailleerde cijfers van doen. Het ontbreekt aan informatie om te kunnen bepalen of bijvoorbeeld artsen een verhoogd risico op suïcide lopen. De rubriek 'Beroep' wordt niet altijd nauwkeurig ingevuld. Een term als 'vrij beroep' kan bijvoorbeeld veel betekenen. Het vernieuwde IPEO zal ook meer gedetailleerde cijfers registreren.

3. Stagnerende cijfers

Er is opgemerkt dat de cijfers lijken te stagneren tussen 2017 en 2018. Volgens Gwendolyn Portzky geeft een vergelijking van jaar tot jaar geen duidelijk beeld. Omdat er vaak schommelingen zijn, is het aangewezen om over een langere termijn van bijvoorbeeld drie jaar te kijken. Dat de cijfers in 2018 niet verder zijn gedaald is van weinig betekenis. Het is uitkijken naar de cijfers voor 2019 om de evolutie voor corona te kennen.

Er is bezorgdheid over de impact van de coronacrisis. De internationaal gevolgde hypothese is dat de cijfers voor 2020 nog zullen meevallen. Er wordt gevreesd voor de langetermijneffecten in 2021 en 2022. Op dat ogenblik zullen de socio-economische gevolgen duidelijk merkbaar zijn. In het volgende actieplan moet er bijgevolg rekening worden gehouden met een stijging van de cijfers in de eerste jaren eerder dan een daling.

4. Concrete doelstellingen

De vraag of het derde actieplan opnieuw met een concrete gezondheidsdoelstelling zal werken, is een belangrijke vraag. Een gezondheidsdoelstelling bepalen is afhankelijk van meerdere factoren. Daarvoor wordt samengewerkt met gezondheids-economen die het effect en de impact berekenen van de voorgestelde acties. Er is al een en ander bereikt waardoor het volgende actieplan niet meer van nul kan beginnen. Een eerste uitdaging is het beginpunt vastleggen.

Een andere belangrijke vraag, waarop het kabinet van minister Wouter Beke zal moeten antwoorden, is de duur van het actieplan. Het tweede actieplan heeft meer gerealiseerd omdat het over een periode van 8 jaar heeft gelopen. Het eerste actieplan gold slechts voor een periode van 4 jaar. De ervaring leert dat dit te kort was voor grondige en duurzame acties. Gwendolyn Portzky geeft de voorkeur aan een langetermijnplan om duurzame acties te realiseren.

5. Beperken van de toegang tot dodelijke middelen

Het beperken van de toegang tot dodelijke middelen is een van de sterkste evidencebased preventiestrategieën. Daartegenover staat dat het een van de moeilijkst te realiseren strategieën is. Uit de evaluatie blijkt dat deze strategie beperkt is uitgewerkt in het tweede actieplan. Het is geen gemakkelijke strategie waarvoor meer moeite moet worden gedaan.

Infrabel is lid van de werkgroep voor universele preventie. Apothekers, die een belangrijke doelgroep zijn, zijn bereid om nauwer betrokken te worden. Ze zijn een belangrijke schakel die individuele afspraken kan maken. Huisarts, patiënten en apotheek kunnen overeenkomen om medicatie wekelijks af te halen. Medicatiebeheer is een belangrijk element in het veiligheidsplan van suïcidale personen. Het is eveneens de bedoeling intenser samen te werken met de Logo's. Dankzij hun contact met de lokale besturen kan worden gezocht naar gevaarlijke plaatsen die beter beveiligd moeten worden.

Het ontbreekt Vlaanderen op dit vlak aan informatie. Enkel Infrabel kan hotspots in kaart brengen. Uit de cijfers van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid blijkt dat de meeste suïcides thuis gebeuren. Slechts een klein aandeel gebeurt op openbare plaatsen. Er is echter geen concrete informatie over waar precies. De samenwerking met de lokale besturen kan bijkomende mogelijkheden bieden.

6. Naasten

Het derde actieplan wil harder focussen op de naasten. Er zijn op dit vlak meerdere mogelijkheden. EHBP van het Rode Kruis werkt want het verbetert kennis en attitude bij de naasten. Het geeft hun meer zelfvertrouwen om het gesprek te durven aangaan.

EHBP is een belangrijke methodiek om breed toe te passen. Hoe meer mensen de signalen herkennen en durven in gesprek te gaan, hoe beter. Zowel hulpverleners als naasten van patiënten uit de zorg vragen om nauwer betrokken te worden. In het traject ter voorbereiding van het derde actieplan wordt nagegaan op welke wijze dat kan. Daarbij moet rekening worden gehouden met de vertrouwensband

tussen hulpverlener en patiënt, en met het beroepsgeheim van de hulpverlener. Ten slotte maakt de Zelfmoordlijn op dit ogenblik werk van een forum voor naasten.

7. Mediarichtlijnen

Het voorbije decennium vond de omschakeling plaats van klassieke naar sociale media, waardoor een en ander niet evidentier is geworden. Dankzij de samenwerking met de klassieke media zijn er belangrijke stappen gezet. De grote uitdaging zit in de sociale media. Sedert kort zijn er specifieke richtlijnen voor influencers. Voor de lancering van het serious game Silver is voor het eerst samengewerkt met influencers omdat de doelgroep zo beter bereikt kan worden. Andere partnerorganisaties en organisaties met terreinwerking hebben ook de boodschap meegekregen om rekening te houden met influencers met het oog op een maximaal bereik.

Wanneer de communicatie minder goed verloopt is het rechtzetten van foutieve berichten zeer intensief. De media hebben een steeds groter impact op de werking van VLESP. De mediarichtlijnen zijn slechts één aspect van de brede suïcidepreventie maar nemen veel tijd in beslag. Het doel is om suïcidaliteit op een veilige manier bespreekbaar te maken onder de brede bevolking. Samen met Vlaams minister Benjamin Dalle wordt werk gemaakt van een gedragscode voor influencers.

8. Zero suicide

Zero suicide is een internationale beweging die streeft naar nul zelfdodingen aan de hand van een brede aanpak. In elke somatische afdeling van elk ziekenhuis zou elke arts moeten vragen naar suïcidaliteit. De spreekster is gewonnen voor de brede aanpak omdat het belangrijk is dat zo veel mogelijk mensen en hulpverleners aandacht hebben voor psychische gezondheid, depressie en suïcidaliteit, maar waarschuwt voor de gebruikte term zero suicide die hard binnenkomt bij nabestaanden en de verwachting schept dat een samenleving zonder zelfdoding mogelijk is. Het is aangewezen ervan uit te gaan dat dit niet haalbaar is.

9. Jongeren

De nood aan aandacht voor het mentaal welzijn van jongeren is altijd al hoog geweest. Daarbovenop komt dat het vooral jongeren zijn die geraakt worden door de coronacrisis. Het nieuwe actieplan bevat heel wat nieuwe acties gericht op jongeren die in de zorg zitten. VLESP bereidt zich al voor op de richtlijn voor de detectie en behandeling van jongeren. Daarnaast zijn er enkele behandelingsmethodieken die in het tweede actieplan zijn ontwikkeld. De toekomstgerichte groepstraining is reeds onderzocht voor volwassenen. Ze zal worden aangepast voor jongeren na onderzoek van veiligheid en effectiviteit. Daar is vraag naar onder hulpverleners die graag in groep werken met jongeren.

Het onlinezelfhulpprogramma Think Life is reeds onderzocht voor volwassenen. Er volgt onderzoek naar hoe het kan worden aangepast om ook voor jongeren over laagdrempelige tools te beschikken. Het recent gelanceerde serious game Silver wordt de komende jaren zo breed mogelijk geïmplementeerd in scholen.

Gwendolyn Portzky is er voorstander van om mentaal welzijn al vanaf de kleuterschool op te nemen in het lessenpakket. Jongeren worden veel vaardigheden aangeleerd maar niet om op een vaardige manier in het leven te staan en met problemen om te gaan. Mentaal welzijn is geen aantrekkelijk welzijn. Het serious game Silver is een tool om dit thema tijdens de lessen te behandelen. Het is een serious game waardoor jongeren er mogelijk niet zelf spontaan mee beginnen te spelen. Voorts is er een lessenpakket voor leerkrachten en scholen om hiermee

aan de slag te gaan. Silver is bedoeld als een aangename methodiek om jongeren bewust te maken van mentale gezondheid.

10. Regionale cijfers

De regionale cijfers worden eveneens uit de overlijdenscertificaten gehaald. VLESP is terughoudend om erover te communiceren in de media. Op lokaal niveau gaat het soms over kleine aantallen waardoor de cijfers niet altijd betrouwbaar zijn. VLESP houdt regionale cijfers bij en merkt dat de cijfers in West- en Oost-Vlaanderen hoger blijven.

11. Psychologische autopsiestudie

Uit de psychologische autopsiestudie blijkt het belang van de werksetting voor 45- tot 59-jarigen bij life-events. De angst om hun werk te verliezen en het financieel moeilijk te krijgen werd significant vaak vermeld. In het derde actieplan krijgt de werksetting veel aandacht.

12. Suïcidepogingen

VLESP vindt het belangrijk dat ook de suïcidepogingen worden meegenomen in het actieplan. Het suïcidale proces evolueert van gedachte over poging tot zelfdoding. Een suïcidepoging blijft de grootste risicofactor voor suïcidaal gedrag. Een laag aantal mensen dat meerdere pogingen onderneemt geeft aan dat opvang en nazorg goed verlopen.

13. Crisisopvang door de vertrouwde hulpverlener

De vraag naar crisisopvang door de vertrouwde hulpverlener is een terechte vraag. Het safety plan is een belangrijk tool voor hulpverleners. Met elke individuele suïcidale patiënt moet worden afgesproken welke stappen gezet moeten worden in geval van crisis. Het geeft ook aan welke signalen aangeven dat een crisis dreigt. Hulpverlener en patiënt moeten goede afspraken maken over open communicatie.

Daartegenover staat dat andere vormen van crisisopvang nodig zullen blijven. Hulpverleners met meerdere patiënten kunnen onmogelijk continu beschikbaar zijn. Net daarom is het belangrijk om goede afspraken vast te leggen in het safety plan, want aldus kan het aantal gedwongen opnames afnemen.

Het derde actieplan zal brede vorming over het safety plan naar voren schuiven. Hoe pakken hulpverleners dit aan als de patiënt er niet voor openstaat?

14. Vormingen

Een aantal vormingen wordt gratis aangeboden. De richtlijn voor detectie en behandeling en de e-learningtool op Zelfmoord 1813 zijn volledig gratis. Elke hulpverlener kan verschillende modules volgen en er een certificaat voor krijgen. Het is de bedoeling om zo veel mogelijk hulpverleners te bereiken met een laagdrempelige werking. Dat is niet haalbaar voor vormingen in kleine groepen.

15. Innovatie versus evidencebased

Het tweede actieplan is op een aantal punten innovatief tewerkgegaan. Voorbeelden daarvan zijn laagdrempelige onlinetools zoals Back Up, Think Life en de e-learningtools. Deze innovatieve methodieken zijn steeds gekoppeld aan onderzoek. Er is steeds onderzocht of deze methodieken veilig en effectief zijn. Een aantal zaken is in de reguliere werking geïntegreerd maar voor de intensieve onderzoeken

zijn bijkomende middelen gezocht. Het is de bedoeling om ook in de toekomst innovatief te werken.

16. IPEO

Er zijn verschillen in de manier waarop ziekenhuizen met IPEO werken. Voor sommige ziekenhuizen is suïcidepreventie een prioriteit, wat blijkt uit hun registratie. Er wordt kwaliteitscontrole gedaan op de spoedopnameregisters, waaruit blijkt dat sommige ziekenhuizen de informatie minder goed doorgeven. Daarvoor wordt samengewerkt met de suïcidepreventiewerking van de CGG's. Zij bezoeken de ziekenhuizen en proberen ze te motiveren.

De vernieuwde IPEO biedt de gelegenheid om dit opnieuw te bekijken met alle ziekenhuizen. Op dit ogenblik werkt ongeveer 70 procent van de ziekenhuizen mee. Het is de bedoeling om dit cijfer te verhogen.

17. Diversiteit in de aanpak

Wie doelgroepgericht werkt, moet zijn aanpak richten op de context en het individu. Daarnaast is het belangrijk erop toe te zien dat iedereen zijn weg blijft vinden. Zelfmoord 1813 bevat veel informatie voor veel verschillende doelgroepen. In 2020 is een gebruikersonderzoek uitgevoerd waaruit blijkt dat 87 procent van de respondenten vonden wat ze zochten.

Uit het werkveld komt geregeld het signaal dat familie niet altijd zijn weg vindt en daardoor niet weet wat er voorhanden is. Dit punt blijft in de aandacht. De werkgroepen gaan na wat er beter kan.

18. Longitudinaal onderzoek bij jongeren

Longitudinaal onderzoek zou zowel klinisch als wetenschappelijk veel informatie opleveren en een goed beeld geven van het suïcidale proces. Het zou kunnen aantonen hoe dit proces evolueert en welke factoren uit de context van belang zijn. Tegelijk is bekend dat langdurige opvolging niet evident is.

Aan hulpverleners wordt steeds de boodschap gegeven dat ze, ongeacht de reden voor de aanmelding, de voorgeschiedenis van elke patiënt in kaart zouden moeten brengen. Ook als iemand jaren geleden een suïcidepoging heeft ondernomen, moeten hulpverleners daar zonder deterministisch te worden alert voor zijn. Hoewel het merendeel van de suïcidale processen gelukkig goed afloopt, blijft het een verhoogd risico.

Buiten de hulpverlening, bijvoorbeeld op school, botst dit op de privacy. Hulpverleners kunnen patiënten en hun ouders erop wijzen dat het aangewezen is de school te betrekken, maar het komt de ouders en hun kind toe daarop in te gaan.

IV. Antwoorden van Kirsten Pauwels

1. Beperken van de toegang tot dodelijke middelen

De werkgroep voor universele preventie bekijkt de toegang tot dodelijke middelen grondig in voorbereiding op het derde actieplan. Het is voor *Kirsten Pauwels* aangenaam om vast te stellen dat de apothekers bereid zijn hierin een rol te spelen naar analogie met hun samenwerking met de CAW's. Ook de mutualiteiten bieden aan om te onderzoeken welke rol zij kunnen spelen op het vlak van medicatiegebruik en -beheer.

Ook Infrabel neemt initiatieven op dit vlak. Die aanpak illustreert hoe bepaalde plaatsen suïcideveilig gemaakt kunnen worden. Risicoplekken beter afschermen is een effectieve vorm van preventie. Er wordt onderzocht hoe op basis van die ervaring onderbouwd advies kan worden verleend aan lokale besturen. Tegelijk moet te veel aandacht voor risicoplaatsen vermeden worden omdat dit tot ongewenste effecten zou kunnen leiden.

2. EHBP

De naasten betrekken is een belangrijke strategie die beter uitgerold moet worden. Omdat de omgeving een belangrijke rol speelt in de detectie krijgt het brede publiek sedert enkele jaren handvaten om signalen op te pikken en om daarover in gesprek te treden. Vanwege de coronaepidemie verloopt dit online, wat er evenwel toe leidt dat met deze laagdrempelige informatie een brede groep wordt bereikt.

Zelfmoord 1813 heeft een forum voor wie zelf aan zelfdoding denkt. Er is een platform voor nabestaanden. Die groep heeft vaak het gevoel uit de boot te vallen. Omdat er een grote nood is, wordt daarnaast werk gemaakt van een forum voor naasten. In het najaar van 2021 wordt een proefproject opgestart. Na onderzoek en evaluatie kan dit forum breder uitgerold worden.

'Help mijn kind denkt aan zelfmoord' telt maandelijks 500 unieke gebruikers. De uitdaging blijft om alle methodieken op Zelfmoord 1813 onder de aandacht te brengen van de verschillende doelgroepen. Met de vernieuwing van dit platform moeten mensen nog beter vinden wat ze zoeken.

3. Suïcidepreventie op het werk

De werkvloer wordt op dezelfde wijze benaderd als scholen en de brede maatschappij, namelijk aan de hand van universele, selectieve en geïndiceerde preventie. Universele preventie omvat initiatieven die zorgen voor een gezond en open werkklimaat waar mensen rekening houden met elkaar, het gevoel hebben een verschil te maken en hun werk zelf kunnen organiseren. Deze initiatieven omvatten meer dan alleen suïcidepreventie. Leidinggevendenden moeten zich ervan bewust zijn dat mensen veel tijd doorbrengen op hun werk. Wie merkt dat het niet goed gaat, kan de rol van naaste spelen, de eerste signalen oppikken en mensen stimuleren om de stap naar hulp te zetten.

Geïndiceerde preventie heeft ook een plaats op de werkvloer, maar dan meer in hoofde van HR-medewerkers die voor begeleiding kunnen zorgen in geval van problemen. Op dit ogenblik ziet de werkvloer zich nog niet als een plaats waar aan suïcidepreventie kan worden gewerkt. Het wordt eerder als een privéaangelegenheid beschouwd terwijl werk een rol speelt in het complexe samengaan van factoren. Doordat mensen veel tijd doorbrengen op hun werk, is het een unieke plaats om signalen op te merken. Eerder dan preventie wordt sensibiliseren de grote uitdaging.

4. Postventie

Bij een suïcide op school, in de jeugdbeweging of op het werk gaat een hulpverlener ter plaatse om gericht te spreken met vrienden of collega's, om toelichting te geven of ondersteuning te bieden. Door meteen ter plaatse te gaan, speelt men kort op de bal. Suïcidepreventie moet daartoe niet onmiddellijk een nieuwe werking uitbouwen. Slachtofferhulp van de politie of de dienst Sociale interventies van het Rode Kruis kunnen die rol op zich nemen hoewel ze mogelijks niet over alle specifieke vaardigheden en expertise beschikken. Het komt de professionals van de suïcidepreventie toe hen daarin te ondersteunen.

5. Vorming

Hoewel veel vorming (vrijwel) gratis wordt aangeboden, zou zelfs die drempel er niet mogen zijn. Zo veel mogelijk mensen moeten de nodige kennis en vaardigheden krijgen. Verschillende actoren zijn bereid en vragen om van suïcidepreventie een structureel onderdeel te maken in de opleiding van hun hulpverleners.

V. Antwoord van minister Wouter Beke

Minister *Wouter Beke* zegt dat in 2020 1.315.756 euro is uitgetrokken voor suïcidepreventie en in 2019 1.308.000 euro. Dat budget stijgt want in 2015 bedroeg het nog 860.000 euro, in 2016 862.000, in 2017 903.000 euro en in 2018 915.000 euro.

De opmerkingen over de cijfers zijn terecht. Samen met het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid wordt onderzocht hoe de achterstand in de cijfers voor 2018 en 2019 kan worden ingehaald. De reden voor de achterstand is de coronaepidemie. Alle beschikbare capaciteit is aan de bestrijding van deze crisis besteed. Tegelijk moet worden bekeken hoe de huidige complexe en tijdrovende procedures kunnen worden aangepakt.

Dit evaluatierapport is dienstbaar met het oog op het nieuwe actieplan dat in het najaar van 2021 wordt voorgesteld.

VI. Replieken

Koen Daniëls ziet hoe in onderwijs drie debatten door elkaar worden gevoerd. Inzetten op welbevinden wordt gelijkgesteld met zo weinig mogelijk weerstand. Maar in de praktijk worden kinderen niet gelukkig omdat alle weerstand wordt weggenomen. Wie het debat over mentale gezondheid op school wil aangaan, moet zich bewust zijn van het onderscheid. Hij pleit er in tegendeel voor om jongeren opnieuw op alle mogelijke manieren weerbaarder te maken.

Zo veel mogelijk hulpverleners moeten op de hoogte zijn van het suïciderisico dat bepaalde mensen lopen. Die mensen gaan allicht langs bij verschillende apotheken. Er is evenwel het medische dossier waarin heel wat informatie zit. Het onderwijs kent het leerlingdossier. Moet daarin de nodige informatie worden opgenomen? Enerzijds is het belangrijk dat de informatie beschikbaar is, maar anderzijds wil niemand een leven lang met bepaalde zaken uit zijn jeugd geconfronteerd worden.

Jeremie Vaneeckhout heeft het moeilijk met het weerbaarheidsdiscours. Werken aan veerkracht en leren omgaan met imperfectie omschrijven als weerbaarheid laat uitschijnen dat de mens vroeger sterker en weerbaarder was terwijl toen veel verborgen bleef. Kwetsbaar durven zijn daarentegen maakt de mens veerkrachtiger.

Koen Daniëls ziet weerbaarheid als veerkracht. Een 'dislike' mag geen reden zijn om aan zichzelf te twijfelen. Hij wil in de eerste plaats onderscheid maken tussen welbevinden, mentale weerbaarheid en gezondheid.

Gwendolyn Portzky wil dat suïcidale mensen in de zorgverlening of na een spoedopname niet uit de boot vallen. Er moet snel aansluiting worden gezocht met bijvoorbeeld ambulante zorg of opname. Daartoe zijn al stappen gezet in het tweede actieplan maar dat moet verder worden uitgewerkt. De regionale netwerken van de geestelijke gezondheidszorg volgen bijvoorbeeld suïcidale patiënten op. Ook op de eerste lijn worden ketens gevormd. Verbreding is moeilijk. Er is een vaste apotheek die gegevens kan bijhouden. Apothekers zouden tot individuele afspraken

moeten komen met de personen in kwestie over medicatiebeheer. Ook de huisarts kan daarbij betrokken worden. Het is van belang toe te zien op gegevensdeling.

Het serious game Silver moet scholen helpen basisinzicht te krijgen in de link tussen gedachten, gevoelens, gedrag en sociale situaties. Het is belangrijk om dit basisinzicht op zo jong mogelijke leeftijd mee te geven zodat kinderen zelf kunnen stilstaan bij hun gevoelens en emoties, en in staat zijn om over hun geestelijke gezondheid te spreken. Therapeuten merken vaak dat volwassenen niet over die vaardigheid beschikken.

Stefaan SINTOBIN,
voorzitter

Vera JANS
Piet DE BRUYN,
verslaggevers

Gebruikte afkortingen

CAW	Centrum Algemeen Welzijnswerk
CGG	centrum voor geestelijke gezondheidszorg
COVID-19	'CO' staat voor de virusgroep corona waartoe de ziekte behoort; 'VI' verwijst naar virus; 'D' staat voor 'disease'; en 19 duidt op het jaartal waarin het nieuwe virus uitbrak: 2019
EHBP	eerste hulp bij psychische problemen
ILVO	Instituut voor Landbouw-, Visserij- en Voedingsonderzoek
IPEO	Psychosociale Evaluatie en Opvang van volwassen suïcidepogers
Igbtqi	lesbian, gay, bisexual, transgender, questioning, intersex
Logo	loco-regionaal gezondheidsoverleg en -organisatie (verkorte naam = lokaal gezondheidsoverleg)
SP-reflex	suïcidepreventiereflex
SWOT	strengths, weaknesses, opportunities, threats
USI-model	Universal, Selective, Indicated
VIGeZ	Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie
VLESP	Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie