

ingediend op **1815** (2022-2023) – Nr. 2
18 oktober 2023 (2023-2024)

Verslag

namens de Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid,
Gezin en Armoedebestrijding
uitgebracht door Freya Perdaens

over de nota van de Vlaamse Regering

ingediend door viceminister-president Hilde Crevits

Gezondheidsdoelstelling Suïcidepreventie
en Vlaams Actieplan Suïcidepreventie III.
2022-2030

Documenten in het dossier:

1815 (2022-2023) – Nr. 1: Nota van de Vlaamse Regering



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

Voorzitter: Stefaan Sintobin.

Vaste leden:

Koen Daniëls, Veerle Geerinckx, 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, Freya Perdaens, Sarah Smeyers, Annabel Tavernier, Jeroen Tiebout;

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.	Uiteenzetting door Hilde Crevits, viceminister-president van de Vlaamse Regering en Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin	5
II.	Uiteenzetting door prof. dr. Gwendolyn Portzky, directeur Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie, Eenheid voor Zelfmoordonderzoek, UGent.....	6
1.	Traject naar het derde Vlaams Actieplan Suïcidepreventie: eerste fase	6
1.1.	Evaluatie van het tweede Vlaams Actieplan Suïcidepreventie	6
1.2.	Evaluatie van de gezondheidsdoelstelling na het tweede actieplan.....	6
1.3.	SWOT-analyse van het tweede actieplan	7
1.4.	Nieuwe strategieën voor het derde actieplan	7
2.	Traject naar het derde Vlaams Actieplan Suïcidepreventie: volgende fases	7
2.1.	Bijeenkomst van de werkgroepen, wetenschappelijke evaluatie en gezondheidseconomische analyse	7
2.2.	Afstemming met andere beleidsdomeinen	8
2.3.	Gezondheidsconferentie	8
III.	Uiteenzetting door Kirsten Pauwels, adjunct-directeur van het Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie.....	8
1.	Concretisering van de acties.....	8
2.	Strategie 1: suïcidepreventie bij de hele bevolking	9
3.	Strategie 2: deskundigheidsbevordering bij professionals en intermediairs	9
4.	Strategie 3: suïcidepreventie bij kwetsbare groepen.....	9
5.	Strategie 4: laagdrempelige informatie en hulp aanbieden	10
6.	Strategie 5: postventie na een suïcide en ondersteuning van nabestaanden.....	10
7.	Strategie 6: onderzoek naar suïcidaliteit, monitoring van cijfers en evaluatie actieplan	10
8.	Strategieoverschrijdende aandachtspunten	10
IV.	Uiteenzetting door Eva Vande Gaer, codirecteur van het Centrum ter Preventie van Zelfdoding	11
1.	Uitvoering van het derde actieplan	11
2.	Al opgestarte (nieuwe) acties	11
3.	Kanttekeningen	11
4.	Speerpunten voor 2024	11

V.	Bespreking.....	12
1.	Vragen van Vera Jans.....	12
2.	Vragen van Ann De Martelaer.....	13
3.	Vragen van Freya Van den Bossche.....	13
4.	Vragen van Freya Saeys	14
5.	Vragen van Suzy Wouters	15
6.	Vragen van Freya Perdaens.....	15
7.	Antwoorden van minister Hilde Crevits	17
8.	Antwoorden van Gwendolyn Portzky.....	18
9.	Antwoorden van Kirsten Pauwels	21
10.	Antwoorden van Eva Vande Gaer	22
VI.	Stemming	23
	Gebruikte afkortingen.....	24
	Bijlage: zie de dossierpagina van dit document op www.vlaamsparlement.be	

De Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding besprak de nota van de Vlaamse Regering Gezondheidsdoelstelling Suïcidepreventie en Vlaams Actieplan Suïcidepreventie III. 2022-2030 tijdens haar vergadering van 10 oktober 2023.

Aan de bespreking namen de volgende sprekers deel:

- Hilde Crevits, viceminister-president van de Vlaamse Regering en Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin;
- prof. dr. Gwendolyn Portzky, directeur Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie, Eenheid voor Zelfmoordonderzoek, UGent;
- Kirsten Pauwels, adjunct-directeur Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie;
- Eva Vande Gaer, codirecteur Centrum ter Preventie van Zelfdoding (CPZ).

Artikel 18, §2, van het Preventiedecreet van 21 november 2003 bepaalt dat de door de Vlaamse Regering aanvaarde voorstellen van nieuwe of te herziene Vlaamse gezondheidsdoelstellingen ter goedkeuring worden voorgelegd aan het Vlaams Parlement. Na afloop van de bespreking keurt de commissie de nieuwe gezondheidsdoelstellingen goed.

De presentatie van de sprekers is terug te vinden op de [dossierpagina](#) van dit document op www.vlaamsparlement.be.

I. Uiteenzetting door Hilde Crevits, viceminister-president van de Vlaamse Regering en Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

Minister *Hilde Crevits* verwijst naar de gezondheidsconferentie van 19 november 2021, waar een nieuwe gezondheidsdoelstelling en een bijbehorende strategie werden voorgesteld. In het natraject is een nieuw, intussen al het derde, Vlaams actieplan geconcretiseerd. Dat schetst een kader voor de uitvoering van de strategieën die als doel hebben om het aantal zelfdodingen in 2030 met 10 procent te doen dalen ten opzichte van het referentiejaar 2020. Hoewel de minister een grotere daling zou wensen, is dit een doelstelling die probeert de realiteit te benaderen.

Minister Hilde Crevits schetst het beleidskader. De nieuwe gezondheidsdoelstelling is door de Vlaamse Regering definitief goedgekeurd op 30 juni 2023. In Vlaanderen zijn de suïdecijfers historisch hoog in vergelijking met andere landen. Vlaanderen voert daarom al langer een specifiek beleid gericht op het verminderen van suïcide. Het decreet van 21 november 2003 betreffende het preventieve gezondheidsbeleid regelt het formuleren van Vlaamse gezondheidsdoelstellingen.

In 2002 is de eerste gezondheidsconferentie over de preventie van zelfdoding georganiseerd. Men is nu toe aan de goedkeuring van het derde plan. De minister kan een aantal dalende cijfers voorleggen, evenwel zonder euforisch te zijn. Er is nog veel werk aan de winkel. Het nieuwe actieplan is het resultaat van een uitgebreid participatief traject, met sterke nadruk op 'health in all policies' door concrete linken te leggen met belangrijke levensdomeinen of settings zoals onderwijs, media en werk. Deze bespreking beoogt de goedkeuring door het Vlaams Parlement van de nieuwe gezondheidsdoelstelling over suïcidepreventie en het Vlaams Actieplan Suïcidepreventie 2022-2030.

II. Uiteenzetting door prof. dr. Gwendolyn Portzky, directeur Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie, Eenheid voor Zelfmoordonderzoek, UGent

1. Traject naar het derde Vlaams Actieplan Suïcidepreventie: eerste fase

Gwendolyn Portzky schetst het ontstaan van het voorgestelde derde actieplan. Er werd een grondig traject afgelegd waarbij zoveel mogelijk actoren werden betrokken. Elk actieplan is gekoppeld aan een gezondheidsdoelstelling. De twee vorige gezondheidsdoelstellingen werden gehaald. Omdat Vlaanderen gedurende ongeveer zeventien jaar aan suïcidepreventie doet, kon worden vertrokken van een stevig fundament.

1.1. Evaluatie van het tweede Vlaams Actieplan Suïcidepreventie

Gwendolyn Portzky merkt op dat er al gestart is nog voor het tweede actieplan was afgelopen. In september 2020 is men begonnen met de eindevaluatie van het tweede actieplan, dat een belangrijke basis vormt voor het nieuwe actieplan. Die evaluatie is gebaseerd op vier belangrijke criteria om te zien wat het tweede actieplan heeft teweeggebracht en wat de goede en minder goede punten waren. Een eerste criterium is de gezondheidsdoelstelling. Daarnaast heeft men gekeken naar de strategieën of grote kapstukken die in het tweede actieplan zaten, bijvoorbeeld laagdrempelige zorg. Onder elke strategie zitten concrete acties. Men heeft eerst gekeken of die strategieën in vergelijking met het buitenland toereikend zijn, en of er eventueel andere accenten moeten worden gelegd. Vervolgens is men meer concreet op alle acties ingegaan. Eerst werd gekeken of de acties die in het begin van het tweede actieplan werden vooropgesteld, uitgevoerd en gehaald werden. Daarnaast waren er een dertigtal nieuwe acties, opgezet in functie van nieuwe noden, opvolgingen of internationale acties. Van al die acties werd gekeken hoeveel mensen ze bereikten, hoe tevreden de doelgroep is en of de acties effectief gewerkt hebben. Ten slotte heeft men een brede SWOT-analyse gemaakt van het tweede actieplan. De hele evaluatie heeft twee zaken opgeleverd: waar zitten er nog noden en hiaten, wat liep er goed en welke acties moet men verderzetten?

1.2. Evaluatie van de gezondheidsdoelstelling na het tweede actieplan

Gwendolyn Portzky gaat in op de evaluatie van de gezondheidsdoelstelling, namelijk tegen 2020 een daling van 20 procent in het aantal zelfdodingen in Vlaanderen tegenover het referentiejaar 2000. Men heeft 2000 gekozen omdat op dat moment niet structureel aan suïcidepreventie werd gedaan in Vlaanderen. Men ziet een daling van bijna 29 procent. Er is weinig verschil tussen mannen en vrouwen. Voor het merendeel van de leeftijdsgroepen zijn de cijfers gedaald en heeft men 20 procent gehaald. Bij jonge mannen is er een daling van bijna 50 procent. Bij vrouwen tussen 30 en 44 jaar is er een daling van bijna 45 procent. Dat zijn hoopvolle evoluties. Maar bij jonge vrouwen tussen 15 en 29 jaar is de daling van 20 procent niet gehaald, en ook niet bij mannen tussen 45 en 59 jaar, een leeftijdsgroep waarover men zich in het tweede actieplan zorgen heeft gemaakt. In de suïcidepogingen is er een significante daling van 25 procent.

Men kan concluderen dat er een aantal hoopvolle evoluties zijn. De gezondheidsdoelstelling is gehaald maar men moet wel rekening houden met een aantal leeftijdsgroepen, zeker de jonge vrouwen en de mannen tussen 45 en 59 jaar.

Er werd gekeken hoe uitzonderlijk of gewoon het is om de doelstellingen te halen in vergelijking met andere landen. Internationaal is Vlaanderen de uitzondering. In veel landen werd een daling van 20 procent beoogd maar het merendeel haalt dat niet. Het is niet evident om met een breed plan te komen en die hoopvolle evolutie

te zien. Men is hoopvol maar er is nog heel wat werk aan de winkel. Vlaanderen blijft met hoge cijfers zitten. Er zijn nog steeds elke dag drie zelfdodingen en nog elke dag worden 25 mensen opgenomen na een suïcidepoging. In vergelijking met het Europese gemiddelde heeft Vlaanderen nog altijd 1,35 keer hogere cijfers. Daarom is suïcidepreventie nog hard nodig.

1.3. SWOT-analyse van het tweede actieplan

Een sterkte is dat men breed werkt omdat men zich baseert op zowel universele, als selectieve en geïndiceerde preventie. Men richt zich niet op wie al suïcidaal is maar grijpt zo vroeg mogelijk in. Er is een wetenschappelijk onderbouwd plan. Er wordt telkens onderzocht of de acties veilig zijn, en of ze werken vooraleer ze in Vlaanderen verspreid worden. Er zitten heel wat innovatieve elementen in. Zo is 'Silver' wereldwijd het eerste 'serious game' dat werd ontwikkeld om te proberen jongeren te bereiken om aan mentale gezondheid te werken.

Gwendolyn Portzky haalt ook enkele zwaktes aan. Er zijn mooie initiatieven maar het is vaak zoeken om die zo breed mogelijk verspreid en geïmplementeerd te krijgen. Men moet vooral kijken naar partners om mee samen te werken. Rond universele preventie moet er nog meer gebeuren. De sector werk was in de eerste twee actieplannen weinig aanwezig. Dat waren noden en hiaten die men moet meenemen in het derde actieplan.

Na de evaluatie rees de idee dat er meer initiatieven moeten komen voor suïcidale jongeren. Ook de hulpverlening vraagt specifieke handvatten om te kunnen omgaan met suïcidale jongeren. Ook aan de setting werk moet meer aandacht worden besteed.

1.4. Nieuwe strategieën voor het derde actieplan

Bij het opstellen van het derde actieplan is men vertrokken van deze noden, waarop de zes nieuwe strategieën werden gebaseerd. Gwendolyn Portzky noemt een eerste strategie waarbij men zich universeel en breed wil richten op de hele bevolking, bijvoorbeeld door het stigma rond psychische problemen verder te doorbreken. Een tweede strategie is het meer bevorderen van deskundigheid bij professionals, hulpverleners en intermediairs door hun aan te leren hoe ze signalen van suïcidaliteit kunnen herkennen, hoe ze het gesprek kunnen aangaan en hoe ze dat kunnen aanpakken. Een derde strategie richt zich tot kwetsbare groepen. Bij de vierde strategie richt men zich tot wie suïcidaal is en zijn omgeving, en biedt men ondersteuning aan de naasten. De vijfde strategie is de postventie, waarbij men vooral het belang benadrukt van het ondersteunen van de nabestaanden. Met de zes strategieën wil men vooral het belang benadrukken van de evaluatie, het blijven monitoren en tijdig over cijfers beschikken.

2. Traject naar het derde Vlaams Actieplan Suïcidepreventie: volgende fases

2.1. Bijeenkomst van de werkgroepen, wetenschappelijke evaluatie en gezondheidseconomische analyse

Met dit voorstel is men aan de tweede fase begonnen, waarbij men zo breed mogelijk is gegaan en zoveel mogelijk actoren en organisaties heeft willen betrekken. Men is met drie werkgroepen aan de slag gegaan. Er is gewerkt op universele, selectieve en geïndiceerde preventie. Er is geprobeerd om zoveel mogelijk mensen te betrekken, waarbij men de noden vanuit het tweede actieplan heeft voorgelegd en gevraagd of zij nog andere noden hadden. Daarnaast zijn vanuit de werkgroepen de voorstellen voor de acties gekomen die in de drie werkgroepen verder werden geëvalueerd.

In het begin was er een honderdtal voorstellen. Daar zaten heel wat gemeenschappelijke zaken in. Men heeft gevraagd aan de actoren om samen te werken en gezamenlijke actievoorstellen te maken. Zo eindigde men met ongeveer vijftig actievoorstellen die aan een aantal evaluaties werden onderworpen. VLESP heeft daar een wetenschappelijke studie naar verricht om te kijken welke acties evident zijn en van welke acties men weet dat ze werken en veilig zijn. Daarnaast heeft een team van gezondheidseconomen gekeken naar de kosteneffectiviteit.

Voor de wetenschappelijke evaluatie is VLESP vertrokken van de prioriteiten die uit de werkgroepen zijn gekomen. De werkgroepen hadden al een evaluatie gemaakt van de haalbaarheid van de acties, hoeveel mensen er mee werden bereikt en hoe groot de nood is om iets te doen. VLESP heeft met een specifiek systeem gekeken naar de wetenschappelijke literatuur om na te gaan hoe sterk de evidentie is en waar er onderbouwing is. Dat betekent niet dat nieuwe innovatieve acties niet hoog kunnen scoren want die kregen een extra score voor het innovatieve karakter.

Op basis daarvan is een top 3 per strategie opgesteld. Gezondheidseconomen hebben vervolgens onderzocht welke acties er als beste uitkomen, rekening houdend met de middelen die eraan besteed moeten worden en het effect dat kan worden bereikt. Dat alles vooral om prioriteiten te kunnen afbakenen in de vijftig acties.

2.2. Afstemming met andere beleidsdomeinen

Gwendolyn Portzky vindt het een sterkte van dit actieplan dat met veel andere beleidsdomeinen werd afgestemd, onder andere met de setting werk, onderwijs, jeugd en media, om te ontdekken waar men kan samenwerken.

2.3. Gezondheidsconferentie

Op 19 november 2021 werd het voorstel gedaan op de gezondheidsconferentie. De gezondheidsdoelstelling is om 10 procent minder suïcides in 2030 te kunnen bereiken ten opzichte van het jaar 2020, en dat aan de hand van de zes strategieën.

III. Uiteenzetting door Kirsten Pauwels, adjunct-directeur van het Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie

1. Concretisering van de acties

Kirsten Pauwels start met de genese van het actieplan. Er zijn veel continuerende acties omdat een van de zwaktes van het vorige actieplan de duurzame implementatie was. Op basis van een evaluatie zijn een aantal deugdelijke acties meegenomen die permanent zullen worden geëvalueerd en indien nodig geüpdatet.

De nieuwe acties zijn geselecteerd uit de voorstellen die tijdens het voortraject door alle leden konden worden ingediend. Dat gebeurde aan de hand van een aantal criteria. Een actie moest bijvoorbeeld suïcidespecifiek zijn, maar er moest ook enige evidentie zijn of indicaties voor evidenties. Die voorstellen werden in de werkgroepen voorgesteld en nadien konden leden vanuit het veld feedback geven. Na de eventuele herwerking werden ze nogmaals beoordeeld op nood, duurzaamheid, bereik en implementeerbaarheid door de organisaties vanuit het veld. Die scores werden gestandaardiseerd en er werd ook een score gemaakt op basis van de wetenschappelijke onderbouw. De gezondheidseconomische evaluatie is belangrijk om de gezondheidsdoelstelling te bepalen en te onderzoeken of het vooropgestelde doel kan worden behaald. Anderzijds wordt ook bekeken of de acties kosteneffectief zijn. Al die informatie werd na de gezondheidsconferentie samengelegd om zo tot een definitieve selectie te komen.

2. Strategie 1: suïcidepreventie bij de hele bevolking

Onder de eerste strategie vallen een aantal substrategieën. De eerste substrategie is die van de geestelijke gezondheidsbevordering, waarbij gewerkt wordt aan beschermende factoren. Naast de bestaande acties zoals Nok Nok, Warme Steden en Gemeenten, Te Gek!? en EHBP kwamen er acties die zich vooral richten op onderwijs, met de bedoeling om het mentaal welbevinden te versterken in het lager, secundair en hoger onderwijs zoals de Geluksdriehoek, de Warme Scholen en het nieuwe Mentaalmaatje. Mentaalmaatje richt zich niet op scholen. Dit is wel een actie die inzet op geestelijke gezondheidsbevordering.

Een tweede en derde substrategie gaan over het doorbreken van het stigma op psychische problemen en het aanmoedigen van het zoeken van hulp. Ook daar was er al een aantal initiatieven, zoals de Werelddag Suïcidepreventie en EHBP. Hierop spelen ook de bovenvermelde nieuwe initiatieven in. Een andere substrategie is het veilig bespreekbaar maken van suïcide in de maatschappij en in de media met mediarijchlijnen en adviezen voor fictiemakers. Daarnaast wordt er gewerkt aan een richtlijn over het werken met getuigen. De laatste substrategie is het beperken van de toegang tot dodelijke middelen met een bredere richtlijn voor lokale besturen. Een andere actie betreft de deskundigheidsbevordering bij apothekers, die een belangrijke rol spelen in de toegang tot die middelen. Apothekers moeten een actieve rol spelen in preventie van zelfdoding, en krijgen handvatten aangeboden over hoe zij met hun patiënten aan medicatiebeheer kunnen doen en hoe signalen te herkennen.

3. Strategie 2: deskundigheidsbevordering bij professionelen en intermediairs

Voor de tweede strategie bestond er ook al een breed aanbod dat de CGG's in hun suïcidepreventie en het Centrum ter Preventie van Zelfdoding uitrollen. Zij geven trainingen en vormingen aan tal van settings. Daarin komt vooral de werkvloersetting naar voren. Met het Departement Werk en Sociale Economie is afgesproken om ook VDAB-bemiddelaars te trainen in het herkennen van signalen van suïcidaleiteit bij mensen die werkzoekend zijn of mensen die dreigen hun job te verliezen. Daarnaast hebben IDEWE en VLESP een proefproject opgestart om samen met de werkvloer te kijken naar wat nodig is om aan suïcidepreventie te doen. Voor huisartsen wordt een nieuwe actie ontwikkeld omdat zij een belangrijke doelgroep blijven. Een andere hippere actie is een VR-tool voor deskundigheidsbevordering waarmee gesprekstechnieken getraind worden.

4. Strategie 3: suïcidepreventie bij kwetsbare groepen

De derde strategie gaat over suïcidepreventie bij kwetsbare groepen: jongeren in het suïcidale proces maar ook in kwetsbare posities, en ouderen. De campagne Kom uit je kop voor mannen blijft lopen en voor de lgbtq-doelgroep, die ook al in het vorige actieplan zat, blijft VLESP samen met Çavaria onderzoeken waar de noden zitten. Voor de gedetineerden, een andere hoge risicogroep, zoekt men naar een implementatietraject, omdat de bestaande methodieken de weg niet vinden naar de gevangenen. Een belangrijke nieuwe groep, ten slotte, zijn de financieel kwetsbaren. Naast een actie voor het versterken van het mentaal welbevinden bij werklozen vanuit het Vlaams Instituut Gezond Leven, is er ook een actie gericht op land- en tuinbouwers. VLESP sluit hiervoor aan bij het actieplan rond mentaal welbevinden van het Departement Landbouw en Visserij. Een belangrijke actie, die ook terugkomt in de zesde strategie, is het in kaart brengen van de kwetsbare beroepsgroepen in Vlaanderen zoals land- en tuinbouwers, artsen, apothekers, dierenartsen en zelfstandigen.

5. Strategie 4: laagdrempelige informatie en hulp aanbieden

Vervolgens gaat Kirsten Pauwels in op de vierde strategie, met acties voor mensen die al in het suïcidale proces zitten, met suïcidegedachten kampen of een suïcidepoging hebben ondernomen. Een belangrijk speerpunt van het tweede actieplan blijft het platform Zelfmoord1813.be met onder andere de Zelfmoordlijn 1813. Andere onlinetools zijn de app BackUp, Think Life, groepstrainingen zoals de Toekomstgerichte Training en MBCT-s, het instrument LOES of een leidraad voor opvang en evaluatie bij suïcidaliteit, waarmee zorgverleners in gesprek gaan over suïcidaliteit, maar dat ook een basisinstrument is voor de registratie van de suïcidepogingen. Verder is er ook de leidraad voor zorgcontinuïteit.

Naast deze continuerende acties is er een aantal nieuwe acties gericht op jongeren, zoals de zelfhulpapp voor suïcidale jongeren. Die app vervangt On Track Again, dat gedateerd en niet meer onderhoudbaar is. VLESP had gemerkt dat bepaalde tools zoals het Safety Plan en andere methodieken altijd gericht waren op volwassenen. Uit de bespreking van de multidisciplinaire richtlijnen bleek de nood aan tools om met jongeren, en zelfs met kinderen, over een moeilijk thema als zelfdoding te spreken. Naast de al uitgebreide multidisciplinaire richtlijnen voor een algemene doelgroep, komen er richtlijnen voor kinderen en jongeren, voor personen met autisme en voor personen die langdurig aan zelfdoding denken.

Kirsten Pauwels haalt ten slotte nog twee nieuwe acties aan. Er is, ten eerste, de kortdurende interventie voor personen na een suïcidale crisis, de SCI. Uit wetenschappelijk onderzoek en de evaluatie van het vorige actieplan bleek dat er nood was om daarin ook hulpverleners te trainen. De tweede is de actie rond zorgcontinuïteit en ketenzorg vanuit de hulplijnen.

6. Strategie 5: postventie na een suïcide en ondersteuning van nabestaanden

De vijfde strategie gaat over postventie na een zelfdoding en de ondersteuning van de nabestaanden, voor wie de erkenning via deze aparte strategie belangrijk is. Nabestaanden zijn niet alleen zelf een potentiële risicogroep voor zelfdoding, maar worden ook vaak geconfronteerd met stigmata en taboes. Het belangrijkste actiepunt hier is de nieuwe methodiek die ervoor moet zorgen dat na een zelfdoding in een bedrijf of school, iemand op de vloer meekijkt hoe er het best kan worden ondersteund. Daarnaast wordt ook het ondersteuningsaanbod voor de nabestaanden uitgebreid.

7. Strategie 6: onderzoek naar suïcidaliteit, monitoring van cijfers en evaluatie actieplan

Onderzoek en permanente monitoring van de cijfers rond suïcide en suïcidepogingen is een belangrijke basis om acties op te zetten. De zesde strategie draait om onderzoek, evaluatie en permanente monitoring van de suïdecijfers. Er wordt onderzoek opgezet naar nieuwe initiatieven en naar de risicoberoepsgroepen die ook al aan bod kwamen in de vierde strategie. Nieuw hier is het onderzoek naar de impact van de media op mensen die suïcidaal zijn, waarbij ingezoomd wordt op wat hen precies aanzet daartoe, maar ook op wat een positieve berichtgeving kan zijn.

8. Strategieoverschrijdende aandachtspunten

Er is, ten eerste, het betrekken van naasten. Hetzelfde geldt voor de ervaringsdeskundigen. Bij elke uitrol van een actieplan of tool zal men polsen naar de mening en de feedback van die personen. Een laatste aandachtspunt is het belang van zelfzorg en het ondersteunen van hulpverleners via het aanbieden van handvatten.

IV. Uiteenzetting door Eva Vande Gaer, codirecteur van het Centrum ter Preventie van Zelfdoding

1. Uitvoering van het derde actieplan

Volgens *Eva Vande Gaer* ligt de focus van de continuerende acties op duurzame implementatie, evaluatie en actualisering, zowel technisch als inhoudelijk. Wat de nieuwe acties betreft, maakt de spreker een onderscheid tussen de nog op te starten, waarvoor nog een inschatting van het budget en van de timing moet volgen, en de al opgestarte acties.

2. Al opgestarte (nieuwe) acties

De al opgestarte (nieuwe) acties zijn, ten eerste, op het vlak van universele preventie, de acties rond mentaal welbevinden in het onderwijs, de Warme Scholen, de Geluksdriehoek, het Mentaalmaatje en het project rond de deskundigheidsbevordering van apothekers. Voor de deskundigheidsbevordering van professionals en intermediairs zijn al drie acties van start gegaan: de deskundigheidsbevordering van zorgverleners en toekomstige zorgverleners via de VR-tool, de deskundigheidsbevordering van de VDAB-bemiddelaars die specifieke aandachtsgroepen zoals werklozen, mensen die problemen ervaren op hun werk of mensen die dreigen werkloos te worden begeleiden, en ten slotte, het proefproject in de setting werk.

De derde reeks al opgestarte acties, voor suïcidepreventie bij kwetsbare groepen, gaat over het versterken van het mentaal welbevinden bij werklozen en dan specifiek de neet-jongeren. Voor de preventie bij suïcidale personen en ondersteuning van naasten is een aantal nieuwe of aangepaste richtlijnen ontwikkeld die in het kader van het symposium naar aanleiding van het tienjarig bestaan van VLESP op 7 december 2023 in Gent, zullen worden voorgesteld. De actie rond de kortdurende interventie voor personen na een suïcidale crisis of suïdepoging wordt geïmplementeerd. Wat de postventie en ondersteuning van de nabestaanden betreft, komt er een uitbreiding van de ondersteuning en van de deskundigheidsbevordering van de hulpverleners met de ontwikkeling van een vorming. Ten slotte is ook het onderzoek naar actuele en gedetailleerde cijfers over suïcide al verder in gang gezet.

3. Kanttekeningen

Daarnaast geeft Eva Vande Gaer nog een aantal belangrijke kanttekeningen mee. Ze stelt dat, hoewel het een goed uitgewerkt en wetenschappelijk onderbouwd plan is, het belangrijk blijft om met de nodige flexibiliteit in te spelen op actuele maatschappelijke ontwikkelingen, zowel internationaal en nationaal als op Vlaams niveau. Nieuwe onderzoeksresultaten en tussentijdse evaluatie vragen voldoende flexibiliteit om zaken bij te sturen.

Verder gaat de spreker in op de essentiële betrokkenheid van andere beleidsdomeinen omdat suïcidepreventie een zaak is van de samenleving. Een laatste aandachtspunt is de tussentijdse permanente opvolging en monitoring. Met gedetailleerde cijfers zijn sneller maatschappelijke ontwikkelingen zichtbaar en kan er sneller worden bijgestuurd. Een blijvende evaluatie van continuerende acties en ontwikkelde methodieken zal een steeds belangrijker deel van het actieplan innemen.

4. Speerpunten voor 2024

Een kleine kanttekening bij de speerpunten voor 2024 is dat momenteel gewacht wordt op de goedkeuring van de beheersovereenkomst om VLESP als partnerorganisatie te erkennen. De speerpunten die volgen zijn dan ook onder voorbehoud van deze goedkeuring. Ze omvatten onder andere de implementatie van LOES, het

proefproject in de setting werk in samenwerking met IDEWE, de evaluatie en de bevraging van de gebruikerservaring van verschillende websites zoals de Werkgroepverder.be voor nabestaanden en het platform Zelfmoord1813.be. Verder is de opstart gepland van de ontwikkeling van de methodiek voor postventie en van een ambitieus RCT-onderzoek naar de Suïcidale Crisis Interventie. Tot slot is er de implementatie van de vernieuwde richtlijnen en van SP-Reflex, een e-learningplatform dat bereikbaar is via Zelfmoord1813.be en de nodenbevraging van naasten.

V. Bespreking

1. Vragen van Vera Jans

Vera Jans wijst op het belang van suïcidepreventie in de geestelijke gezondheidszorg en vindt het een meerwaarde dat de evaluatie en bespreking van de actieplannen steunen op een sterke wetenschappelijke onderbouw en een voortraject met aandacht voor relevante partners op het terrein. Ze is van mening dat de doelstellingen van de voorgaande actieplannen overtroffen zijn maar dat er, gezien de zelfmoordcijfers, geen reden is tot euforie. Ze constateert dat er niet voor elke doelgroep in dezelfde mate vooruitgang wordt geboekt. Waarom wordt die nieuwe gezondheidsdoelstelling als een algemene doelstelling geformuleerd? Zou het, gezien de variatie in het suïciderisico, niet zinvoller zijn om doelgroepspecifieke doelstellingen te formuleren?

Verder gaat ze in op de acties die vallen onder de strategische doelstellingen. Een eerste vraag gaat over de algemene link met de geestelijke gezondheidszorg, een sector die niet altijd even toegankelijk is. Bij de voorstelling van het nieuwe actieplan hamert VLESP op vroegdetectie en screening. Volgens Vera Jans zijn die enkel zinvol als men een relevante doorverwijzing en een vroegtijdige hulpverlening kan verzekeren, wat ze mist in het actieplan. Na detectie moet men kunnen doorverwijzen naar laagdrempelige hulp. Verder heeft ze niet de indruk dat de Geluksdriehoek breed bekend is. Ze vraagt of het niet beter is om andere, meer ingebedde zaken onder de aandacht te brengen.

Het betrekken van de apothekers vindt Vera Jans zinvol. Welke andere hulpverleningsactoren zijn er nog betrokken bij het proefproject? Dat brengt haar bij een vraag over de tweede strategie die gericht is op sleutelfiguren die belangrijk zijn in een netwerk. Ze vermoedt dat mensen uit de gezinszorg of thuisverpleging tijdens hun opleiding niet altijd de handvatten gekregen hebben om te kunnen omgaan met de detectie en de opvolging van risicovolle doelgroepen. Is het mogelijk om die beroepscategorieën ook te betrekken bij het proefproject?

Vera Jans vraagt of er voor de doelgroep van mannelijke 75-plussers een apart beleid wordt gevoerd. Of wordt er meer ingezet op de bestaande methodieken en technieken? Volgens haar spelen in die levensfase ook ethische vragen een rol over levenseinde, levensmoeheid of een zinvol bestaan.

Het is positief dat de werkvloer wordt betrokken na een suïcide maar wat met de mensen in de directe omgeving, zoals gezinsleden? Het is goed dat er maatregelen zijn voor nabestaanden, maar ook naastbestaanden van mensen met suïcidale gedachten of die een suïcidepoging hebben ondernomen, komen terecht in een complexe en moeilijke situatie. Ze vraagt welk beleid gevoerd wordt voor ouders, partners en andere gezinsleden.

Ten slotte stipt Vera Jans aan dat Vlaanderen nog steeds achterloopt met de suïdecijfers. Ze vraagt waarom het zo moeilijk is om actuele cijfers te krijgen.

2. Vragen van Ann De Martelaer

Ann De Martelaer stelt vast dat de gezondheidsconferentie plaatsvond in 2021 en dat het derde actieplan pas recent definitief van start is gegaan, terwijl het vorige plan afliep in 2020. Waarom komt dit plan drie jaar te laat? Ze constateert dat gezondheidsdoelstellingen en actieplannen werken maar vraagt waarom het zo eenzijdig Vlaams is. Waarom is er nog steeds geen interfederaal instituut voor de toekomst van de gezondheidszorg, zoals afgesproken bij de zesde staatshervorming in 2010?

Suïcide bij oudere mannen houdt verband met de discussie over voltooid leven of zelfbeschikking bij het levenseinde. Er is al gesproken over begeleide levensbeëindiging bij een stervenswens zonder ondraaglijk lijden of medische uitzichtloosheid, zoals dat in Zwitserland bestaat. Hoe wil VLESP suïcide bij oudere mannen aanpakken? Verder vraagt Ann De Martelaer meer informatie over de campagne Kom uit je kop, die liep in 2022 en gericht was op mannen van middelbare leeftijd. Hoe werd die geëvalueerd en hoe zal die worden gecontinueerd? Met welke relevante partners wordt samengewerkt ten behoeve van de lgbtq-doelgroep?

Suïcidepreventie heeft vooral te maken met algemene preventie. Er zijn binnen de Vlaamse bevoegdheden veel mogelijkheden om preventie te bevorderen. Ann De Martelaer is van mening dat die tekortschieten in het geval van de CLB's, de ouderenzorg en de mensen met een handicap. Sommige mensen met een handicap overwegen hun levenseinde omdat ze over onvoldoende zorgbudget beschikken. Het lid vraagt minister Hilde Crevits om met haar bevoegdheden en meer financiering in te spelen op het totale actieplan.

3. Vragen van Freya Van den Bossche

Freya Van den Bossche heeft de indruk dat er al veel deskundigheid bij de professionals aanwezig is maar constateert dat VLESP die nog wil bevorderen, wat ze nodig vindt. Ze heeft echter het gevoel dat al die handvatten, richtlijnen en methodieken niet tot bij de hulpverlener zelf geraken. Ze vraagt hoe die kennis actiever bij de professionals kan geraken. Is er een manier om een groep van professionals te bepalen die op een laagdrempelige manier, bijvoorbeeld met een halve dag vorming, die kennis kan meekrijgen?

De spreker vindt het goed dat de organisatie de nadruk legt op postventie, maar wil zelf aandacht vragen voor de situatie waarbij een hulpverlener te maken krijgt met iemand die in begeleiding is en een zelfmoordpoging onderneemt. Veel hulpverleners lijken dan een vorm van angst en onzekerheid te ontwikkelen om nog verder te gaan met die persoon, terwijl die net dan nog meer nood heeft aan de stabiliteit van die vertrouwensvolle relatie.

Een ander aspect van postventie is ervoor zorgen dat therapeuten cliënten met een suïcideprofiel of na een zelfmoordpoging durven te begeleiden. Zeker wanneer er grote wachtlijsten zijn, heeft de professional de neiging om de eigen mogelijkheden te onderschatten in functie van de hulpvraag van de cliënt, maar daardoor blijven te veel cliënten zonder enige vorm van hulp, terwijl een luisterend oor soms al voldoende kan zijn. Hoe wil VLESP hiermee omgaan?

Freya Van den Bossche polst specifiek naar jongeren in de jeugdhulp en in voorzieningen. Die jongeren zijn eenvoudig identificeerbaar en bevinden zich in groep op dezelfde locatie. Een op de twee heeft ooit al aan zelfdoding gedacht. Het gaat om een kwetsbare groep die over een klein netwerk beschikt in de directe omgeving. Overweegt VLESP om een specifieke actie voor die groep te ondernemen? Dat kan voor henzelf, hun familie, de begeleiders of voor al deze doelgroepen naargelang de casus.

De spreker weet uit ervaring dat jongeren veel hebben aan de apps. Ze vraagt waarom ervoor geopteerd wordt om oudere apps te vervangen door nieuwe in plaats van ze te updaten. Waarom is On Track Again, dat een zekere bekendheid geniet, niet geüpdatet?

De kwetsbare groep van de mannen is te ruim omschreven. Zou het niet zinvoller zijn om de doelgroep beter te identificeren zodat acties beter gericht kunnen worden?

Haar laatste vraag gaat over de nabestaanden, en specifiek over kinderen die nood hebben aan een aan hun leeftijd aangepaste uitleg. De spreker merkt uit eigen ervaring op dat kinderen op latere leeftijd met vragen zitten. Ze vraagt waar die mensen, die op een bepaalde leeftijd met andere vragen zitten dan toen ze nog kind waren, terecht kunnen.

4. Vragen van Freya Saeys

Freya Saeys gaat in op de algemene suïcidepreventie met drie acties specifiek voor jongeren: het mentaal welzijn in het lager en secundair onderwijs, de Warme Scholen en de implementatie van de Geluksdriehoek. Ze is voorstander van het implementeren van kennis over mentaal welzijn en het zorgen voor copingmechanismen bij kinderen op jonge leeftijd. Ze vraagt hoe VLESP dat in de scholen zal vormgeven. Is dat ook bedoeld voor het kleuteronderwijs? Wordt er ook een vorming voor leerkrachten gepland?

Is de deskundigheidsbevordering bij apothekers al geëvalueerd? Een andere vraag gaat over het suïcideveilig maken van steden en gemeenten. Welke maatregelen omhelst dat? Wat kan een gemeentebestuur concreet doen?

Freya Saeys is tevreden dat artsen tot de kwetsbare werkgerelateerde groepen gerekend worden omdat het een belangrijke groep is met hogere dan gemiddelde suïcidecijfers. Wat zal VLESP daarrond doen? Enerzijds is het de bedoeling om artsen meer in te lichten over de mogelijkheden om risicovolle patiënten beter te begeleiden maar anderzijds lopen ze zelf meer risico op suïcide, wat een ambivalente situatie is.

De spreker constateert dat zwangere of postnatale vrouwen niet ondergebracht zijn bij de kwetsbare groepen. Zeker bij een postnatale depressie is er een verhoogd risico. Plant de organisatie hiervoor een bepaalde actie?

De specifieke aandacht voor land- en tuinbouwers lijkt dringend. Hoe zal VLESP dat uitrollen? Dat moet worden gekoppeld aan een bredere begeleiding met het oog op tewerkstelling en financiële begeleiding om hun perspectief te bieden voor hun verdere leven.

Een andere vraag gaat over het versterken van het mentaal welbevinden van jongeren in kwetsbare posities. Ze vraagt wat VLESP beschouwt als een kwetsbare positie. Worden ook slachtoffers van seksueel misbruik beschouwd als kwetsbare jongeren en opgenomen in het actieplan?

Freya Saeys heeft het vervolgens over IPEO 1 en 2, waarvan in het verleden in bepaalde regio's weinig gebruik werd gemaakt. Eerstelijns hulpverleners constateerden dat iemand na een zelfmoordpoging naar huis gestuurd werd zonder verdere begeleiding. Daarom is ze tevreden over LOES. Ze hoopt dat het verder reikt dan registratie. Goede opvolging en begeleiding zijn noodzakelijk om herval te voorkomen. Bij de nieuwe richtlijn voor detectie en behandeling van suïcidale gedachten en gedrag bij chronische suïcidaliteit vraagt ze hoe groot die groep is. Verder vraagt ze meer informatie over de evaluatie van de algemene werking van GGZ-netwerken en van hun werking inzake suïcidaliteit. Blijkbaar zijn er regio's die

goed werken maar ook andere waar het minder goed gaat. Tot slot is Freya Saeyls van mening dat niet alleen moet worden gekeken naar de mate waarin methodieken verspreid worden maar vooral naar de mate waarin ze gebruikt worden. Ze vraagt hoe dat geëvalueerd wordt.

5. Vragen van Suzy Wouters

Suzy Wouters vindt het positief dat de gezondheidsdoelstelling werd gehaald maar suïcidepreventie blijft een belangrijk thema. De cijfers bevestigen dat de nood aan een effectieve aanpak blijft. Het is goed dat het vorige actieplan uitvoerig werd geëvalueerd zodat er lessen uit konden worden getrokken en nieuwe acties gecreëerd waar nodig.

Suzy Wouters verwijst naar strategie 1, het versterken van beschermende factoren, en het onlineplatform Nok Nok. Wat is het bereik van dat platform? Werd het al geëvalueerd? Voor het doorbreken van het stigma zijn er verschillende campagnes. Hoe zullen deze campagnes op elkaar worden afgestemd? Bij het beperken van de toegang tot dodelijke middelen en methodes is er de actie om zorginstellingen suïcideveilig te maken. Is er daar goed zicht op? Welke zaken kunnen beter? Bij de deskundigheidsbevordering van de apothekers wordt er verwezen naar proefprojecten. Kan hier verdere toelichting over worden gegeven?

Voor strategie 2 is het belangrijk dat personen die in contact komen met mensen met suïcidedgedachten de nodige ondersteuning krijgen en kennis hebben. Er is een aanbod aan vormingen voor hulpverleners en huisartsen. Hoe worden deze mensen hier concreet naartoe geleid?

Bij strategie 3 ziet men dat meer mannen sterven door suïcide dan vrouwen. Volgens Suzy Wouters is het belangrijk om te achterhalen hoe dat komt. Komt dat louter omdat het een taboe is en mannen er minder snel over durven te praten? De campagne Kom uit je kop wordt voortgezet. Is deze campagne geëvalueerd? Leidt ze tot minder zelfdodingen bij mannen? Wordt hierdoor sneller hulp gezocht?

Voor strategie 4 verwijst Suzy Wouters naar de nieuwe zelfhulpapp voor suïcidale jongeren, wat ze een goed initiatief vindt. Hoe zal de effectiviteit hiervan worden gemeten? Welke jongeren zullen worden betrokken? Men ziet helaas vaak dat de zorgketen doorbroken wordt. Zeker bij deze doelgroep is het belangrijk dat zodra mensen hulp hebben gevonden, ze ook verder kunnen in dat traject en er geen breuk ontstaat. Hoe kan de samenwerking tussen de verschillende zorgorganisaties en hulplijnen nog worden verbeterd? Het is goed dat er meer wordt ingezet op onderzoek om zicht te krijgen op het suïcidaal gedrag. Het bijhouden en monitoren van actuele cijfers is eveneens nodig want meten is weten. Het parlementslid hoopt dat de acties snel worden uitgerold en vraagt welke planning hiervoor wordt voorgesteld. Suzy Wouters merkt tot slot op dat haar fractie tevreden is dat er in het nieuwe plan meer aandacht en ondersteuning zijn voor nabestaanden, naasten en hulpverleners.

6. Vragen van Freya Perdaens

Freya Perdaens dankt de sprekers voor het harde werk dat is gestopt in de evaluatie en in het nieuwe actieplan. Er wordt al jaren hard gestreden tegen suïcide in Vlaanderen. Ze is tevreden dat de sprekers uitgerust zijn om suïcide te blijven bestrijden en vindt het belangrijk om daarmee door te gaan.

Wat in de evaluatie aan bod kwam maar niet in de presentatie, is het feit dat een aantal actoren, bijvoorbeeld De Ambrassade, het CLB, Çavaria en het JAC, was uitgenodigd voor evaluatiegesprekken maar er niet aan heeft deelgenomen. Was

dat een gemotiveerde afwezigheid? Wie kijkt naar die verenigingen en naar de te bereiken doelgroepen, ziet een zekere gelijklopendheid.

Freya Perdaens verwijst naar de tweede strategie, de setting werk. Hoe wordt gekozen op welke werkvloer de strategie wordt uitgerold? Wordt er gezocht naar de gemakkelijkste werkvloer om te testen of wordt er gefocust op bepaalde risicobe-roepen en risico-omgevingen waar de nood het hoogste is?

Is er geëvalueerd of de fiches die in het vorige actieplan ter beschikking werden gesteld van het jeugdwerk, effectief werden gebruikt? Is er vanuit het jeugdwerk een signaal gekomen dat deze fiches nuttig waren of een bepaalde bijsturing nodig hebben?

Er is al aangehaald dat kinderen van mensen die suïcide plegen soms tientallen jaren later nog met vragen zitten of met problemen worden geconfronteerd. Worden er naast de opvolging van deze jongeren en later volwassenen, van wie wordt gezegd dat ze een verhoogd risico lopen, ook data bijgehouden zodat er verscherpte aandacht voor hen kan zijn?

Een van de nieuwe initiatieven, het Mentaalmaatje, loopt volgens Freya Perdaens op vele vlakken gelijk met Warme William. Is er een onderscheid tussen beide? Waarom voor twee verschillende aanpakken opteren in plaats van één? Wie is het maatje van het mentaalmaatje? Het mentaalmaatje mag zelf niet verdrinken. Waar kunnen hij terecht? Hoe wordt ervoor gezorgd dat het mentaalmaatje tijdig kan inschatten of professionele hulp nodig is? Mensen mogen niet te lang blijven zitten bij niet-professionele hulp waardoor het nog moeilijker wordt om hen uit de duisternis weg te trekken.

Uit het tweede actieplan blijkt dat het doelgroepenbeleid een van de grootste knelpunten was. Het is moeilijk om voor verschillende doelgroepen in specifieke acties te voorzien. Hoe wordt voorkomen dat hetzelfde knelpunt opduikt in het derde actieplan?

Jonge vrouwen vormen een kwetsbare groep. Dat was vroeger niet specifiek het geval. Deze groep is niet als aparte doelgroep opgenomen in de acties. Freya Perdaens vraagt of dat in de feiten wel het geval is.

De meerdaagse workshops voor het versterken van het mentaal welzijn van kwetsbare jongeren zijn bestemd voor hulpverleners en niet voor de jongeren zelf.

Het kwalitatief onderzoek naar de ervaringen en noden van de lgbtq-gemeenschap, is nog een te verkennen piste maar het is interessant gezien de kwetsbaarheid van die groep. Freya Perdaens vraagt of er al concrete informatie is over die onderzoeken. Hoewel het om een gemeenschap gaat, is het ook een diverse gemeenschap, zowel in leden als in problematieken.

Het kan handig zijn voor jongeren om dankzij de zelfhulpapp een hulpmiddel te hebben in afwachting van een professioneel traject, maar hoe zorgt men ervoor dat dit niet verhindert dat jongeren naar professionele hulp worden toegeleid?

Freya Perdaens komt tot de zelfzorggroep voor ervaringsgenoten. Zelfhulpgroepen op sociale media, onder andere voor suïcide en automutilatie, hebben als bijwerking dat sommige jongeren net meer afglijden in een problematiek. Hoe zal ervoor worden gezorgd dat er bij deze zelfzorggroep voor ervaringsgenoten voldoende professionele omkadering is om te voorkomen dat men elkaar naar beneden trekt in plaats van elkaar erbovenop te helpen?

Het is interessant dat er wordt ingezet op een alternatieve verhaallijn. Hoe zal dat praktisch in zijn werk gaan? Staat er al een samenwerking op til? Wordt er een

schrijver, een regisseur en dergelijke voor gezocht? Freya Perdaens is benieuwd hoe dat verder zal verlopen.

7. Antwoorden van minister Hilde Crevits

Minister *Hilde Crevits* sluit aan bij de dankbetuigingen. Er is veel tijd in het plan gestopt. Ze vindt het belangrijk dat suïcide wetenschappelijk onderbouwd wordt aangepakt. Het is moeilijk om in alles de juiste preventie te vinden. Geld is een belangrijke drijfveer om zaken op te lossen maar lost niet alles op. Het is moeilijk om in de mensen hun hoofd te kijken. Het is niet aan de overheid om mensen gelukkig of ongelukkig te maken en de overheid kan dat ook niet. Het is wel de verantwoordelijkheid van de overheid om een kader te scheppen waarin mensen hun eigen geluk kunnen organiseren en als dat niet meer gaat, gepaste hulp kunnen vinden. Ze begrijpt de vraag van Ann De Martelaer naar meer investeringen op allerhande terreinen, maar men moet ook kijken naar de inspanningen die al geleverd worden, namelijk om de investeringen voor mensen met een handicap te doen stijgen, de zorgbudgetten te verhogen en de capaciteit van het hulpaanbod groter te maken over alle leeftijdsgroepen en problematieken heen.

Minister Hilde Crevits vindt het van belang om het hulpaanbod beter te integreren in de dagelijkse leefomgeving van mensen. Geïntegreerde zorg betekent dat als thuiszorg voelt dat een cliënt ergens mee kampt er vlekkeloos kan worden doorgeschakeld naar een andere hulpvorm. Men probeert stappen voorwaarts te zetten met Alivia: door alles in een systeem te registreren kunnen alarmsignalen afgaan om mensen te helpen. Dat betekent dat men moet samenwerken over de bevoegdheidsniveaus heen.

Minister Hilde Crevits zal zich informeren over het uitblijven van een federaal initiatief waar Ann De Martelaer het over had. Haar aandacht gaat eerder naar een betere integratie van lokale besturen, zorgraden en eerstelijnszones. De minister verwijst naar het federale niveau, dat initiatieven neemt om psychologische zorg beter en meer laagdrempelig in te bedden op plaatsen waar mensen hulp kunnen krijgen zoals CLB's en in OverKop-huizen.

De focus op health in all policies is een sterk punt van het derde actieplan. Dat betekent dat men met alle andere beleidsdomeinen moet samenwerken. Er zijn voorstellen en engagementen opgenomen in het actieplan maar de afstemming heeft tijd gevraagd. Minister Hilde Crevits is trots op de samenwerking met Werk. Er wordt erkend dat de werkvloer een plaats is waar mensen vaak komen en waar men hulp kan aanbieden. Als daar vertrouwenspersonen opgeleid zijn om signalen te herkennen, is dat een stap vooruit. Als het plan enkele jaren geleden al klaar was geweest, was het niet op die manier uitgewerkt. Ze probeert niet naar corona te wijzen maar ook een aantal andere omstandigheden mee te geven waarom men wat later is. De toolbox die ze op 10 oktober 2023 heeft aangekondigd, wordt voor 50 procent gefinancierd door het beleidsdomein Werk. Dat is een reden waarom het wat langer heeft geduurd. Ze kan linken leggen met andere bevoegdheidsdomeinen maar als er ook financiering is, weet ze dat het zal worden opgepikt.

Er wordt geregeld interfederaal overlegd tussen de deelstaten en de federale overheid. De IMC Volksgezondheid vergadert frequent. Er zijn thematische werkgroepen en interfederale thematische IKW's. Er is nauwe samenwerking met Sciensano. Volgens de minister kan men linken leggen. Met federaal minister Frank Vandenbroucke heeft ze de handen in elkaar geslagen om na te gaan hoe budgetten maximaal besteed kunnen worden op maat van de noden van wie in Vlaanderen woont.

Men moet zorgzaam zijn met het promoten van zelfhulpgroepen. Ze moeten van nabij worden opgevolgd. Er zijn ook lotgenotengroepen voor nabestaanden. Die groepen worden opgevolgd door VLESP. Die groepen bieden grote meerwaarde.

8. Antwoorden van Gwendolyn Portzky

Gwendolyn Portzky begint met de algemene doelstellingen. Men werkt al jaren met een algemene doelstelling voor alle suïcides in Vlaanderen. Bij de opmaak van het actieplan is hierover gepraat met gezondheidseconomen: moet men opnieuw met een algemeen cijfer werken gericht op iedereen in Vlaanderen of moet men zich richten op bepaalde groepen die zorgen baren? Er was eensgezindheid om op dezelfde manier te blijven werken door de input van de gezondheidseconomen: zij hadden een berekening gemaakt van wat haalbaar en mogelijk is voor een nieuwe daling. Ze kunnen dat voor heel Vlaanderen berekenen maar moeilijk voor specifieke leeftijdsgroepen. Het is zuiverder om met een algemene doelstelling te werken. Dat neemt niet weg dat de verschillende doelgroepen continu worden opgevolgd. Jonge vrouwen zitten al langer in het vizier en hebben een stijging gekend tussen 2020 en 2021. Met de nieuwste cijfers van 2021 blijkt dat de doelgroep van mannen tussen 40 en 59 een sterke daling heeft gekend. Met het actieplan speelt men continu in op de noden. Voor 2024 heeft men de acties voor jongeren vooruitgeschoven en is er een projectvoorstel ingediend om met hen aan de slag te gaan. Er is een algemene doelstelling maar daarnaast blijft men continu de verschillende groepen opvolgen en inspelen op waar er noden zijn.

Het derde actieplan bevat geen visie op vroegtijdige detectie en goede doorverwijzing, wat voor preventie belangrijke speerpunten zijn. De administratie en het kabinet hebben aangegeven dat preventie botst op de muren van de zorg. Men roept mensen op om erover te praten en hulp te zoeken. De omgeving krijgt steeds meer handvatten om zaken te detecteren en bespreekbaar te maken maar mensen botsen vaak op drempels en wachtlijsten. Men geeft die bezorgdheid aan maar dat wil niet zeggen dat het actieplan er niet op inspeelt. Er is werk gemaakt van laagdrempelige tools en zelfhulptools waarmee mensen zelf aan de slag kunnen. Die zijn er ook voor mensen die nooit op drempels botsen in de stap naar professionele hulp maar het niet zien zitten om die stap te zetten. Zo kunnen ze een manier vinden om met hun suïcidedachten om te gaan.

Een specifieke actie voor snelle hulp bij een suïcidale crisis is de suïcidale crisisinterventie SCI. Dat is een kortdurende interventie met vier gesprekken waarin er concreet op de suïcidaliteit wordt ingegaan. Daar was vraag naar bij hulpverleners. Nu is men bezig met de RCT-studie. Er is nog nooit zoveel respons geweest op een vraag naar medewerking aan een onderzoek. Men heeft al 180 hulpverleners kunnen vormen die bij de studie zijn betrokken. Men krijgt concrete handvatten om snel aan de slag te gaan met iemand in crisis, specifiek gericht op suïcidaliteit. Uniek aan SCI is dat de hulpverleners worden aangespoord om van begin tot einde de naasten te betrekken bij het opstellen van een 'safety plan' en vervolgzorg.

Tussen de gezondheidsconferentie en deze bespreking is een en ander geëvolueerd. Men was toen nog bezig met de campagne Kom uit je kop. Omdat men daar graag verder mee aan de slag wil, is een nieuw projectvoorstel ingediend. Concreet wil men onder andere kijken of de huidige tools om met een suïcidaal persoon aan de slag te gaan, ook in hulpverlening, goed toepasbaar zijn voor mannen. In de GGZ zijn er meer vrouwen die om hulp vragen. Hulpverleners gaan vooral met vrouwen aan de slag. Tegen het safety plan, dat een belangrijk doel is van de hulpverlening, is er meer weerstand bij mannelijke dan bij vrouwelijke patiënten. Men wil de huidige tools manvriendelijker maken of op zijn minst nagaan waar de noden zitten, en of dat ook past voor mannen. De voorbije jaren heeft men gewerkt met een brede basislijn voor suïcidepreventie in Vlaanderen, steeds gericht op iedereen, om zoveel mogelijk mensen te bereiken. Nu ziet men meer de nood om specifiek te werken voor bepaalde doelgroepen. Men wil bijvoorbeeld ook de oudere mannen bekijken. Daarvoor wil men de campagne Kom uit je kop verder gebruiken en uitbreiden.

SCI illustreert het belang dat wordt gehecht aan het betrekken van de naasten van in het begin. De ervaring van de laatste jaren leert dat zij veel noden ervaren maar moeilijk te bereiken zijn. Er is onder andere getracht om in de Zelfmoordlijn 1813 een forum open te stellen voor naasten maar dat heeft bijna geen mensen bereikt. Men heeft langs verschillende kanalen geprobeerd om hen toch te betrekken maar het is niet gelukt. De tool voor ouders met een kind dat suïcidaal is, wordt verbreed voor broers, zussen en algemeen het gezin. De hogeschool Odisee ervaart tijdens het onderzoek moeilijkheden om de familie te bereiken en te betrekken. In 2024 wil men eerst en vooral proberen deze groep te bereiken om hun te vragen wat hun noden zijn om daar gericht op in te spelen in het derde actieplan.

Om te antwoorden op de vraag over de vertraging in de cijfers, moet het onderscheid gemaakt worden tussen de registratie van suïcides en van suïcidepogingen. De Eenheid voor Zelfmoordonderzoek registreert suïcidepogingen in samenwerking met de spoedopnamediensten van de Vlaamse ziekenhuizen. Op dit moment beschikt men over de cijfers van 2022. Daar is niet veel vertraging. Het duurt even voor de ziekenhuizen die cijfers aanleveren.

De suïdecijfers worden geregistreerd door de administratie op basis van overlijdenscertificaten. Op sommige cijfers moet lang worden gewacht. Zo heeft men lang moeten wachten op de cijfers van Brussel van de 0- tot 1-jarigen. Die leeftijdscategorie zit niet in de suïdecijfers maar men moet alle cijfers hebben om nauwgezet te kunnen registreren.

Het tweede actieplan heeft enorme stappen vooruitgezet voor de lgbtq-gemeenschap, onder meer door eigen onderzoek. Iedereen is geschrokken van de hoge prevalentie van suïcidepogingen en suïcidale gedachten bij deze doelgroep. Op basis daarvan zijn bijvoorbeeld Gendervonk en Lumi.be opgesteld. Men blijft vooral samenwerken met Çavaria. De medewerkers worden getraind door het Centrum ter Preventie van Zelfdoding voor de gesprekken met suïcidale personen. Men wil kijken hoe men nog meer kan samenwerken en nieuwe acties opzetten. De doelgroep was betrokken bij de werkgroepen. Het derde actieplan omvat niets nieuws maar dat kan nog komen. Er zijn engagementen van beide kanten.

Het klopt dat handvatten en adviezen niet altijd bij de hulpverleners geraken. Nu probeert men om zoveel mogelijk beroepsgroepen van in het begin bij de stuurgroep te betrekken. Ze kunnen van in het begin meekijken naar de implementatie en wie daar nood aan heeft. Per doelgroep kijkt men wat er kan helpen. Voor artsen en apothekers biedt de e-learning accreditering. Dat helpt en werkt motiverend. Zorginspectie speelt hier een belangrijke rol in. In psychiatrische ziekenhuizen, PAAZ-afdelingen en CGG's vraagt Zorginspectie gericht naar het suïcidepreventiebeleid en of de medewerkers de e-learning en de SP-Reflex hebben gevolgd. Dat betekent een enorme boost waardoor organisaties hun personeel soms verplichten om de e-learning te volgen. Met dergelijke initiatieven probeert men zoveel mogelijk hulpverleners te bereiken maar men moet blijven verder kijken, bijvoorbeeld naar psychologen die zelfstandig werken en niet verbonden zijn aan een organisatie.

Een hulpverlener die te maken krijgt met een suïcidepoging, krijgt het zwaar. Daarom is zorg voor hulpverleners een strategieoverschrijdend aandachtspunt. De suïcidepreventiewerking van de CGG's neemt dat op in de vormingen over het belang van zelfzorg voor hulpverleners. SCI geeft meer handvatten. De kortdurende interventie is er om, nadat iemand een suïcidepoging heeft ondernomen, hulpverleners concrete handvatten te geven voor wat zij op korte termijn kunnen doen, ook met de cliënt of patiënt die al langer in begeleiding is.

Apps botsen op de grenzen van de techniek. De kosten stijgen omdat steeds meer tools aan vernieuwing toe zijn. On Track Again was bekend maar omdat de app op een oud systeem was gebaseerd, kon men hem niet meer updaten. Nu moet men

versneld met een volledig nieuwe app komen. Het platform Zelfmoord1813.be werd enkele jaren geleden proactief vernieuwd om te voorkomen dat iets gelijkaardigs zou gebeuren. Het is een aandachtspunt om alles technisch goed op te volgen.

Kinderen die op jonge leeftijd een ouder of naastbestaande verliezen door zelfdoding, stellen daar op die leeftijd niet altijd meteen vragen bij maar vaak wel op latere leeftijd. Die groep zit niet specifiek in het actieplan. Men heeft geen specifieke data en alleen schattingen voor deze groep. Er wordt geschat dat na elke suicide een zevental rechtstreekse nabestaanden achterblijven. Met 950 overlijdens door zelfdoding per jaar komt men aan grote aantallen. Het is een terechte opmerking dat jonge kinderen op latere leeftijd de nodige zorg moeten hebben. Dat kan men meenemen in een vorming voor therapeuten die met nabestaanden werken.

Voor IPEO en de voortzetting met LOES is er versterking om de implementatie breed te kunnen starten. Men is daar een klein jaar mee aan de slag. Op dit moment is 75 procent van de Vlaamse ziekenhuizen aan de slag met LOES. Ondertussen is LOES ook gestart bij psychiatrische ziekenhuizen, mobiele crisisteams en huisartsen. LOES is beter geïmplementeerd dan IPEO dat voordien was.

Over chronische suïcidaliteit zijn geen cijfers beschikbaar. Men spreekt niet langer over chronische maar over langdurige suïcidaliteit op vraag van ervaringsdeskundigen. Internationaal is er geen consensus over de vraag vanaf wanneer er sprake is van langdurige suïcidaliteit. Daardoor is het moeilijk om cijfers te verzamelen. Aangezien een suïcidaal proces bij jongeren gemiddeld tweeënhalf jaar duurt, kan men vaak spreken over langdurige suïcidaliteit met ondertussen crisismomenten. Daar wil men nu met adviezen meer ondersteuning bieden.

De evaluatie van de GGZ-netwerken is voor velen een belangrijke actie. VLESP is daar maar beperkt bij betrokken. De verschillen zijn regionaal groot. Men wil weten wat good practices zijn om die met andere regio's te delen.

De doelgroep – en dus ook de jongeren – is telkens betrokken bij de ontwikkeling van een methodiek. Van in het begin wordt rekening gehouden met wat voor hen belangrijk is. Voor evaluaties wordt steeds naar het best mogelijke wetenschappelijke onderzoek gestreefd, bij voorkeur een RCT-studie die werkt met een controlegroep versus een interventiegroep. Men moet telkens nagaan of het lukt om te werken met een controlegroep want dat is een zwaarder onderzoek. Sowieso voert men steeds een voormeting uit. Dan krijgen bijvoorbeeld jongeren de app gedurende een aantal dagen, waarna er een nameting is. Vooraf wordt ingeschat wat men wil meten, bijvoorbeeld of er na het gebruik van de app een afname van zelfmoordgedachten volgt. Dergelijke studies evalueren effectiviteit en veiligheid.

De voorbije vijftien jaar stelden ervaringsdeskundigen geregeld de vraag waarom er geen lotgenotencontact of zelfhulpgroep is voor wie suïcidaal is. De bezorgdheid was om dat zo veilig mogelijk te laten verlopen en het niet te zwaar te maken voor de personen die de groep trekken. Tijdens het traject naar het nieuwe actieplan vroeg voornamelijk de patiëntenvereniging opnieuw naar een zelfhulpgroep. Vooral daarmee aan de slag te gaan, moet grondig onderzocht worden of dat op een veilige manier kan, binnen welke contouren dat moet verlopen, en of het getrokken moet worden door iemand die een opleiding heeft genoten. Deze studie is gepland op het einde van het derde actieplan.

Er loopt al decennialang internationaal onderzoek naar de effecten van de media, maar eerder gericht op de schadelijke effecten. Een sensationeel mediabericht zonder omkadering, hoopvolle getuigenissen of vermelding van hulpbronnen leidt tot een verhoging van de suïdecijfers. Pas recent wordt onderzocht naar de manier om dergelijke berichten goed te brengen. Er zijn vele vaak internationale adviezen over goede fictie maar er is nog nooit onderzocht welk effect dat kan hebben en

waar men op kan werken bij kwetsbare personen. VLESP zou dat onderzoek graag zelf uitvoeren maar er zijn nog geen concrete stappen gezet.

9. Antwoorden van Kirsten Pauwels

Kirsten Pauwels beantwoordt de vragen over initiatieven gericht op scholen. De methodieken gericht op universele preventie worden door het Vlaams Instituut Gezond Leven getrokken en opgezet. De Geluksdriehoek is het algemene model om te werken aan mentaal welbevinden, maar men brengt specifieke aanpassingen aan en maakt specifieke methodieken naargelang de doelgroep. De evaluatie van het actieplan toont hoe dat gaat ten aanzien van de implementatie maar op dit moment is men nog niet zover. De methodiek van de Geluksdriehoek wordt voor verschillende doelgroepen verder uitgewerkt en geïmplementeerd.

Jarenlange ervaring leert hoe belangrijk het is om bij het opzetten van nieuwe initiatieven vanaf het begin samen te werken met een partner of een organisatie die de doelgroep ondersteunt en kent. Voor het apothekersproject is samengewerkt met het Vlaams Apothekersnetwerk. De e-learning wordt aangeboden door IPSA, het opleidingsinstituut van de apothekers. Het project bestaat uit drie fasen. Er is een nodenbevraging bij de apothekers gebeurd waarbij werd gevraagd naar noden, ervaringen met patiënten die suïcidaal zijn, en of de apothekers een rol zien voor zichzelf. Op basis daarvan is er een e-learning, een onlinemodule om hen te trainen, opgesteld. Apothekers konden eerst aan een proefproject deelnemen maar moesten een pre- en postmeting ondergaan om te zien of de e-learning goede resultaten oplevert, en of mensen iets bijleren en meer vaardigheden hebben na het doorlopen van de e-learning. Dat is afgerond in september 2023. Het Vlaams Apothekersnetwerk is implementatieprojecten aan het uitvoeren waarin ze concreet in een aantal regio's intervisiegroepen opzet met apothekers om te zien hoe het loopt. Dat is volop lopende. Het is de bedoeling dat het project begin 2024 wordt afgesloten en dat de e-learning duurzaam wordt uitgerold.

Zowat iedereen en bijgevolg ook de medewerkers van de thuiszorg zijn sleutelfiguur. Men gelooft echt in de idee dat iedereen een rol kan spelen. Uiteraard wil men zoveel mogelijk gerichte acties opzetten. Ouderen- en thuiszorg is een doelgroep die door de CGG-SP wordt bereikt of actief aangesproken. Zij hebben een sleutelrol. Ze komen aan huis bij veel mensen en zijn goed geplaatst om signalen op te pikken.

Het is geen evidente opdracht om ervoor te zorgen dat die vormingen geïmplementeerd en bekendgemaakt worden en dat ze de mensen bereiken. Dat wordt in de dagelijkse werking vooral uitgevoerd door de organisaties met terreinwerking, dus de CGG-SP en het Centrum ter Preventie van Zelfdoding. Algemeen probeert men altijd op verschillende manieren te werken. Voor de richtlijnen voor detectie en behandeling van suïcidaliteit bestaan er een aantal e-learningmodules, waarbij mensen online een module kunnen doorlopen waarin ze een aantal basisvaardigheden meekrijgen. Sommige instellingen en departementen implementeren die in hun eigen opleidingsplatform. Het is een soort van basisvorming. Daarnaast is er een uitgebreid aanbod van fysieke vormingen, zowel een open aanbod als een aanbod op maat. De spreker beseft dat men daarmee niet iedereen bereikt en dat er nog stappen kunnen worden gezet door gericht samenwerkingsverbanden aan te gaan en de materialen nog beter bekend te maken. De duurzame implementatie en het blijvend inzetten op het bekendmaken van wat ontwikkeld wordt, is onderwerp van constant voortschrijdend inzicht.

Kirsten Pauwels bevestigt dat er met enige regelmaat campagnes zijn en dat het belangrijk is om die op elkaar af te stemmen. Wel is een campagne vaak een tijdelijke methodiek waarbij men even aandacht krijgt en resultaten boekt. Bijvoorbeeld de evaluatie van de campagne Kom uit je kop is positief. Ze antwoordt verder

dat Warme William zich richt op jongeren en Mentaalmaatje eerder op volwassenen. Het is de bedoeling dat iedereen een mentaalmaatje is. Het is belangrijk om aan te geven dat men geen psycholoog moet zijn maar dat iedereen alert kan zijn en signalen oppikken. Het is belangrijk om mensen op weg te helpen naar de volgende stappen, die ze best niet zelf zetten. Mentaalmaatje is een actie die vanuit het Patiëntenplatform is gestart.

Alle acties uit het tweede actieplan, waaronder ook Nok Nok, zijn geëvalueerd. In het evaluatierapport van het tweede actieplan vindt men per jaar de informatie over alle acties.

Aan de implementatie van de strategie in de setting werk en aan de selectie van de bedrijven zal onderzoek voorafgaan. Samen met IDEWE zal worden bekeken welke werkvloeren men best kan aanspreken of betrekken. Het is de bedoeling om in het proefproject zoveel mogelijk verschillende soorten bedrijven op te nemen en daar lessen uit te trekken.

Het suïcideveilig maken van een gemeente of stad zit op een heel aantal terreinen. Het gaat zowel over het beveiligen van bepaalde locaties waar suïcide vaak voorkomt als over veilige communicatie, bijvoorbeeld op sociale media en websites. Men wil handvatten geven aan lokale besturen om in te zetten op het suïcideveilig maken van de gemeente. Voor deze actie moet nog veel voorbereidend werk gebeuren.

Voor de land- en tuinbouwers verwijst Kirsten Pauwels naar het actieplan rond welbevinden voor de land- en tuinbouw, dat breder gaat dan enkel suïcide of zelfs mentaal welbevinden. Veel factoren spelen een rol bij mentaal welbevinden, ook bij suïcidepreventie. Die verschillende factoren zijn meegenomen in dat actieplan. Veel verschillende erfbetreders, gaande van boekhouders, juristen tot dierenartsen, zijn betrokken bij de acties.

10. Antwoorden van Eva Vande Gaer

Eva Vande Gaer beantwoordt ten slotte de vragen over de hulplijnen en ketenzorg. Een gesprek bij de Zelfmoordlijn 1813 is in eerste instantie altijd crisisinterventie. Wanneer mensen in crisis bellen, probeert men in eerste instantie vooral te zorgen dat die crisis kan worden overbrugd. Regelmatig merkt men dat de crisis is overbrugd of dat mensen niet in een crisis bellen maar eerder informierend en dat er een bereidheid is om te zoeken naar waar men terecht kan. Dat is een opportuniteit om die stap te zetten. Vanuit de Zelfmoordlijn 1813 gebeurt dat al naar bepaalde instanties. Men kan bijvoorbeeld rechtstreeks doorverwijzen naar de CGG's. Mensen moeten dan wel hun anonimiteit opgeven. Niet iedereen is daartoe bereid. Als men daartoe bereid is, kan men ook rechtstreeks doorverwijzen naar bijvoorbeeld de chat Nupraatikerover of een vertrouwenscentrum kindermishandeling.

Het is de bedoeling om samen met andere hulplijnen te zoeken naar een weg om samen naar zorginstanties te stappen waar er mogelijkheden zijn. Dat is de focus van het project. Een ander project in het actieplan onderzoekt of de Zelfmoordlijn 1813 wanneer mensen zoekende zijn en baat hebben bij verdere opvolging maar op drempels botsen, de contactgegevens van die mensen mag vragen om hen later terug te bellen en verder te werken aan de motivering om hulp te zoeken. Dat zou dan gebeuren door een professional. Dit project is opgenomen. Men moet nog kijken naar budget en timing. Het zou een belangrijke stap vooruit zijn om mensen rechtstreeks bij de kraag te vatten wanneer men ze toch aan de lijn heeft. Dat is evenwel niet zonder meer van toepassing op iedereen die met de Zelfmoordlijn 1813 belt. De focus blijft altijd in eerste instantie liggen op de crisisoverbrugging.

VI. Stemming

De gezondheidsdoelstelling Suïcidepreventie wordt eenparig door de 13 aanwezige leden aangenomen.

Stefaan SINTOBIN,
voorzitter

Freya PERDAENS,
verslaggever

Gebruikte afkortingen

CGG	centrum voor geestelijke gezondheidszorg
CLB	centrum voor leerlingenbegeleiding
CPZ	Centrum ter Preventie van Zelfdoding
EHBP	eerste hulp bij psychische problemen
GGZ	geestelijke gezondheidszorg
IDWE	externe dienst voor preventie en bescherming op het werk
IKW	interkabinettenwerkgroep
IMC	interministeriële conferentie
IPEO	instrument voor eerste psychosociale interventie
IPSA	Instituut voor Permanente Studie voor Apothekers
JAC	jongerenaanbod van het CAW
lgbtq	lesbian, gay, bisexual, transgender, queer or questioning
LOES	Leidraad Opvang en Evaluatie Suïcidaliteit
MBCT-s	Mindfulness-Based Cognitive Therapie bij suïcidaliteit
neet	not in education, employment or training
PAAZ	Psychiatrische Afdeling Algemeen Ziekenhuis
RCT	randomized controlled trial
SCI	Suïcidale Crisis Interventie
SP-Reflex	SuicidePreventie-Reflex
SWOT	strengths, weaknesses, opportunities, threats
UGent	Universiteit Gent
VDAB	Vlaamse Dienst voor Arbeidsbemiddeling en Beroepsopleiding
VLESP	Vlaams Expertisecentrum Suicidepreventie
VR	virtual reality