

Vlaams Actieplan Suïcidepreventie III (2022-2030)

INHOUDSTAFEL

1. INLEIDING	3
2. THEORETISCH KADER: CIJFERS, OORZAKEN EN PREVENTIE VAN ZELFDODING.....	4
2.1. ZELFDODING ALS GEZONDHEIDSPROBLEEM: ENKELE CIJFERS.....	4
2.2. HOE ONTSTAAT SUÏCIDAAL GEDRAG? ENKELE THEORETISCHE MODELLEN.....	6
2.3. PREVENTIE VAN ZELFDODING: WELKE STRATEGIEËN WERKEN?.....	9
3. VLAAMS ACTIEPLAN SUÏCIDEPREVENTIE I EN II: HISTORIEK EN EVALUATIE	12
3.1. HISTORIEK VAS I EN VAS II	12
3.2. EINDEVALUATIE TWEEDE VLAAMS ACTIEPLAN SUÏCIDEPREVENTIE (VAS II)	12
3.3. INLEIDING TOT VAS III.....	16
4. TRAJECT NAAR HET 3^E VLAAMS ACTIEPLAN SUÏCIDEPREVENTIE.....	17
4.1. EINDEVALUATIE VAS II	17
4.2. BIJEENKOMST WERKGROEPEN	17
4.3. WETENSCHAPPELIJKE EVALUATIE EN AFSTEMMING MET ANDERE BELEIDSDOMEINEN.....	19
4.4. GEZONDHEIDSECONOMISCHE ANALYSE.....	21
4.5. GEZONDHEIDSCONFERENTIE SUÏCIDEPREVENTIE	22
4.6. NATRAJECT.....	22
5. GEZONDHEIDSDOELSTELLING VASIII (2022-2030)	22
6. VLAAMS ACTIEPLAN SUÏCIDEPREVENTIE (VAS) III: STRATEGIEËN EN ACTIES	23
STRATEGIE 1 – SUÏCIDEPREVENTIE BIJ DE HELE BEVOLKING	24
STRATEGIE 2 – DESKUNDIGHEIDSBEVORDERING VAN PROFESSIONELEN EN SLEUTELFIGUREN	31
STRATEGIE 3 – SUÏCIDEPREVENTIE BIJ KWETSBARE GROEPEN	35
STRATEGIE 4 – PREVENTIE BIJ SUÏCIDALE PERSONEN & ONDERSTEUNING NAASTEN.....	41
STRATEGIE 5 – POSTVENTIE NA SUÏCIDE & ONDERSTEUNING NABESTAANDEN	51
STRATEGIE 6 – ONDERZOEK NAAR SUÏCIDALITEIT, MONITORING VAN CIJFERS EN EVALUATIE VAN HET ACTIEPLAN.....	54
SAMENWERKINGSVERBANDEN MET ANDERE BELEIDSDOMEINEN	57
STRATEGIE-OVERSCHRIJDENDE AANDACHTSPUNTEN.....	60
7. RANDVOORWAARDEN EN GOED BESTUUR	61
LIJST VAN AFKORTINGEN	65
BIJLAGE 1 - WETENSCHAPPELIJK ONDERBOUWING VAN DE PREVENTIESTRATEGIEËN	67
BIJLAGE 2 - BESLISBOOM: OVERZICHT ALLE NIEUWE ACTIES	74
BIJLAGE 3 - GEZONDHEIDSECONOMISCHE EVALUATIES VAN ACTIES ROND SUÏCIDEPREVENTIE	77
BIJLAGE 4 - BECIJFERING VAN DE GEZONDHEIDSDOELSTELLING	100
BIJLAGE 5 - BUDGETTAIR KADER	105
BIJLAGE 6 – TIMING.....	136

1. INLEIDING

Zelfdoding is een complex probleem en er is nooit één oorzaak of verklaring. Evenmin zijn er eenvoudige manieren om zelfdoding te voorkomen. Jarenlang wetenschappelijk onderzoek en decennialange ervaringen in de preventie en hulpverlening hebben veel kennis opgeleverd over het ontstaan, het proces van zelfdoding en effectieve preventiestrategieën. Het is deze kennis die de basis vormt voor het uitwerken van een degelijk en wetenschappelijk onderbouwd preventiebeleid.

Het tweede Vlaams Actieplan en de bijhorende Gezondheidsdoelstelling voor Suïcidepreventie liepen tot eind 2020. Op de Gezondheidsconferentie Suïcidepreventie van 19 november 2021 werd een nieuw voorstel gedaan tot Gezondheidsdoelstelling Suïcidepreventie, met bijhorend een voorstel van Vlaams Actieplan Suïcidepreventie en budgetplan. Deze werden in het voorjaar 2022 verder op punt gesteld en geconcretiseerd, resulterend in het derde Vlaams Actieplan Suïcidepreventie.

Dit derde Vlaams Actieplan Suïcidepreventie schetst achtereenvolgens:

- Een inleidend theoretisch kader met cijfers, oorzaken en preventiestrategieën m.b.t. zelfdoding
- Historiek en evaluatie van het eerste en tweede Vlaamse Actieplan Suïcidepreventie
- Het verloop van het voortraject naar de Gezondheidsconferentie Suïcidepreventie op 19 november 2021
- De strategieën en acties van het derde Vlaams Actieplan Suïcidepreventie

2. THEORETISCH KADER: Cijfers, oorzaken en preventie van zelfdoding

TERMINOLOGIE

Doorheen dit actieplan zullen verschillende termen gebruikt worden, waarvoor we hieronder een definitie meegeven.

Suicide (of zelfmoord, zelfdoding): “Een daad met fatale afloop die de overledene in de wetenschap of de verwachting van een potentiële fatale afloop heeft geïnitieerd en uitgevoerd met als doel gewenste veranderingen te bewerkstelligen” (De Leo et al., 2006).

Suïcidepoging (of zelfmoordpoging): “Een niet-habitueel gedrag zonder dodelijke afloop dat de persoon initieert en uitvoert met de verwachting van, of het risico om, te overlijden of lichamelijke schade te veroorzaken, met als doel gewenste veranderingen te bewerkstelligen” (De Leo et al., 2006).

Suïcidale gedachten (of suïcidegedachten, suïcidale ideatie, zelfmoordgedachten): gedachten over zelfmoord.

Suïcidaal gedrag: verzamelterm voor suïcides en suïcidepogingen.

Suïcidaal proces: het volledige proces dat een individu doorgaat van gedachten tot plannen en mogelijke pogingen.

Suïcidaliteit: brede term die zowel suïcidale gedachten als suïcidaal gedrag omvat.

Wat betreft het gebruik van de termen zelfmoord, zelfdoding en suïcide nog deze verduidelijking: de term ‘zelfmoord’ wordt gebruikt in communicatie naar het algemene publiek en in contact met wie het zelf moeilijk heeft omdat deze term nog steeds het meest gebruikt wordt in Vlaanderen. Om de communicatie zo goed mogelijk af te stemmen op wie hulp nodig heeft, wordt daarom bewust gekozen voor de term ‘zelfmoord’ zoals bv. ‘Zelfmoordlijn 1813’ en het digitale platform ‘Zelfmoord1813’.

De term zelfmoord kan echter een zware en negatieve betekenis hebben voor nabestaanden, waardoor de term ‘zelfdoding’ systematisch wordt gebruikt in communicatie naar nabestaanden.

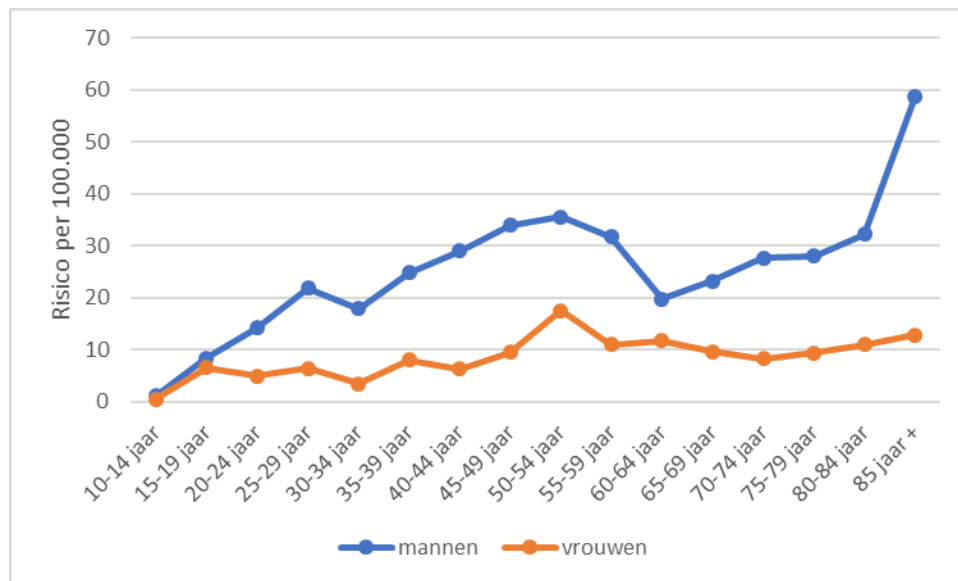
De term ‘suïcide’ is de meest neutrale term en wordt in wetenschappelijke communicatie het vaakst gebruikt maar is nog niet zo ingeburgerd in Vlaanderen en wordt daarom minder gebruikt in communicatie naar het algemeen publiek.

Doorheen dit document zullen de termen suïcide, zelfmoord en zelfdoding afwisselend gebruikt worden.

2.1. Zelfdoding als gezondheidsprobleem: enkele cijfers

Suicide is een ernstig en complex volksgezondheidsprobleem. In 2019 overleden in Vlaanderen **960 personen**, waarvan 702 mannen en 258 vrouwen, ten gevolge van **suïcide** (Agentschap Zorg en Gezondheid, 2020). Aangezien er jaarlijks sterfgevallen zijn waarvan de doodsoorzaak moeilijk te bepalen is, is dit waarschijnlijk een onderschatting. Wanneer de Vlaamse suïdecijfers worden vergeleken met andere Europese landen, dan ligt het Vlaams suïdecijfer 1.35 keer hoger dan het gemiddelde binnen Europa. Indien gekeken wordt per **leeftijd**, zien we dat bepaalde leeftijdsgroepen

verhoogde cijfers vertonen. Zoals zichtbaar op onderstaande figuur, is dit voornamelijk het geval bij mannen boven de 75 jaar, mannen tussen 40 en 65 jaar en vrouwen tussen 50 en 65 jaar.



Figuur 1. Cijfers: Leeftijdsspecifieke suïciderisico - Zorg en Gezondheid (zorg-en-gezondheid.be)

In 2020 waren er naar schatting ongeveer **9181 personen**, of 25 per dag, die als gevolg van een **suïcidepoging** in de spoedopnamediensten terecht kwamen (Vancayseele et al., 2021). Opnieuw is dit vermoedelijk een onderschatting van het aantal suïcidepogingen, aangezien niet iedereen die een suïcidepoging onderneemt op de spoedafdeling terecht komt. Er is een geslachtsverschil zichtbaar, waarbij vrouwen (60.3%) meer suïcidepogingen ondernemen dan mannen. Mannen (73.7%) overlijden dan weer meer ten gevolge van suïcide dan vrouwen.¹

Daarnaast blijkt uit de Nationale Gezondheidsenquête uit 2018 dat **14%** van de Belgische bevolking ouder dan 14 jaar minstens één keer in hun leven ernstig **aan zelfmoord dacht**. In Vlaanderen was dit bij 13% van de bevolking het geval. (Gisle et al., 2020). Van deze groep had iets meer dan een derde zelfmoordgedachten in de afgelopen 12 maanden.

Verdere informatie over de suïdecijfers is beschikbaar op www.zelfmoord1813.be/feiten-en-cijfers. Deze informatie wordt regelmatig bijgewerkt door het Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie (VLESP) met de meest recent beschikbare cijfers. Ook het recentste epidemiologisch rapport van VLESP met uitgebreide informatie over de cijfers omtrent suïcidaal gedrag en gedachten kan hier gevonden worden.

¹ Voor meer informatie betreffende de genderverschillen in suïcidaal gedrag kan verwezen worden naar de factsheet omtrent suïcide bij mannen op Zelfmoord1813 <https://www.zelfmoord1813.be/feiten-en-cijfers/factsheets/factsheet-zelfmoord-bij-mannen>

2.2. Hoe ontstaat suïcidaal gedrag? Enkele theoretische modellen.

Suïcidaliteit is een complex en multifactorieel fenomeen dat ontstaat vanuit een interactie tussen verschillende neurobiologische, psychologische, psychiatrische, sociale en culturele factoren. Om de complexiteit van suïcidaliteit te omvatten, wordt gekozen om de twee meest internationaal gebruikte modellen in combinatie te presenteren. In wat volgt worden het integratief model (van Heeringen, 2007) en het motivationeel-intentioneel model (O'Connor, 2011) kort toegelicht.

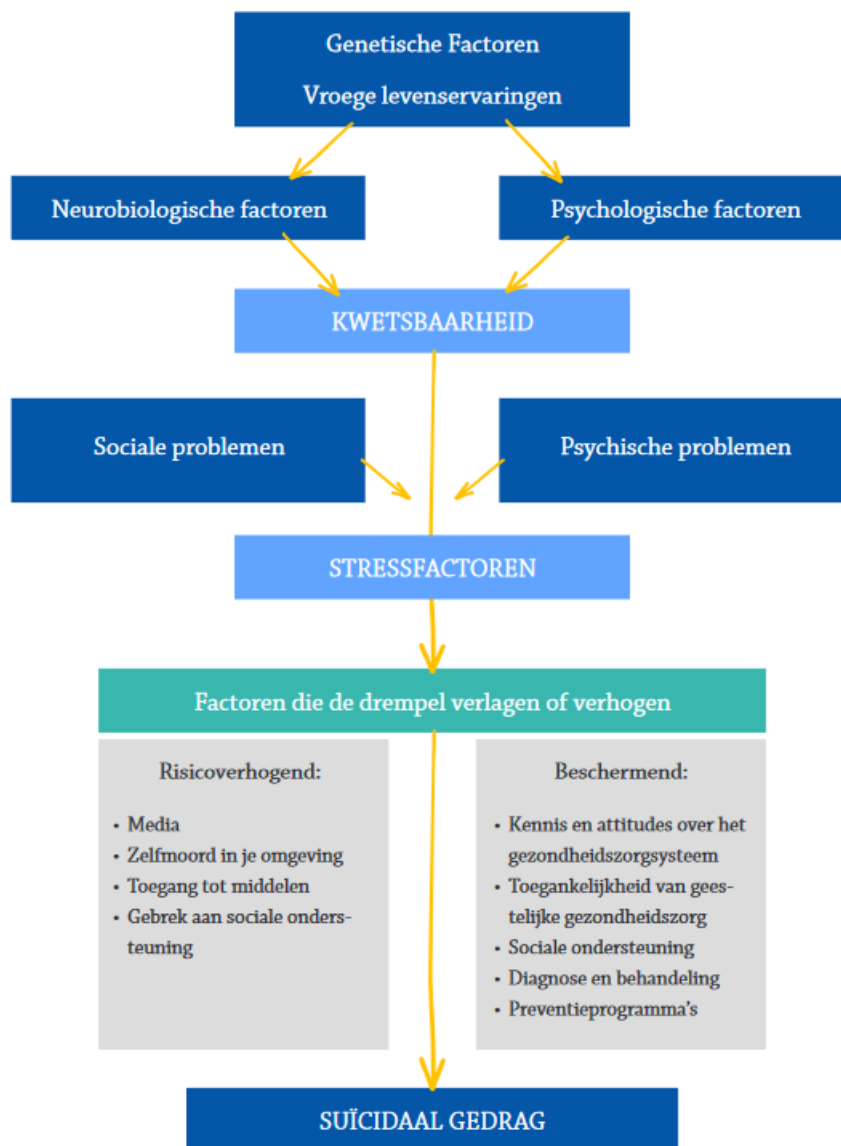
HET INTEGRATIEF MODEL (VAN HEERINGEN, 2007)

Een eerste omvattend model, is het integratief model (van Heeringen, 2007; zie figuur 2). Dit model biedt een kader om de zeer verschillende, uiteenlopende factoren die bijdragen tot de ontwikkeling van suïcidaliteit en hun interactie te begrijpen. Dit wordt gedaan door onderscheid te maken tussen drie soorten factoren: kwetsbaarheidsfactoren, stressfactoren en drempelfactoren.

Kwetsbaarheidsfactoren zijn factoren die onderliggend, permanent aanwezig zijn bij een persoon. Hiermee worden in eerste plaats genetische en neurobiologische factoren bedoeld, zoals afwijkingen in het serotonerge neurotransmissie systeem en de hypothalamus-hypofyse-bijnier-as (Sudol & Mann, 2017; van Heeringen & Mann, 2014). Daarnaast zijn er verschillende psychologische factoren die onder kwetsbaarheidsfactoren vallen, zoals gebrekkige probleemoplossingsvaardigheden (Fazakas-Dehoog et al., 2017; Grover et al., 2009; Jollant et al., 2011), (sociaal voorgeschreven) perfectionisme (Smith et al., 2018), hopeloosheid (Fazakas-Dehoog et al., 2017; Ribeiro et al., 2018), minder flexibel denken (Fazakas-Dehoog et al., 2017) en impulsiviteit (Gvion & Apter, 2011; Turecki & Brent, 2016).

Stressfactoren zijn dan weer eerder tijdelijke toestandsgebonden factoren die doorheen het leven van een persoon kunnen optreden. Indien deze in combinatie met kwetsbaarheidsfactoren voorkomen, verhoogt het risico op ontwikkeling van suïcidaliteit sterk. Binnen stressfactoren kunnen zowel sociale als psychische factoren aanwezig zijn. Zo kunnen personen of groepen die geconfronteerd worden met discriminatie of traumatische levenservaringen hierdoor vaak minder beroep doen op psychologische vaardigheden die beschermen tegen de ontwikkeling van suïcidaliteit. Bijvoorbeeld mensen met een lagere socio-economische status (Batty et al., 2018), mensen met verlieservaringen (Fjeldsted et al., 2017; Stein et al., 2010), holebi's en transgender personen (Haas et al., 2014; King et al., 2008; Marshal et al. 2011, Surace et al., 2020), gedetineerden (Fazel et al., 2017), mensen met een psychische stoornis (Arsenault-Lapierre et al., 2004; Chesney et al., 2014; Nock et al., 2009; Turecki & Brent, 2016) en slachtoffers van misbruik (Angelakis et al., 2020; Liu & Miller, 2014; Ng et al., 2018).

Tenslotte zijn er **drempelfactoren**. Deze kunnen de drempel van suïcidale gedachten naar gedrag verhogen of verlagen. Ze zullen, in andere woorden, het overgaan van gedachten naar gedrag faciliteren of voorkomen. Drempelverhogende factoren kunnen voorkomen dat een suïcidale persoon overgaat tot suïcidaal gedrag. Enkele voorbeelden van drempelverhogende factoren zijn een sterk en steunend sociaal netwerk (Kleiman & Liu, 2013; Zdravec Šedivy et al., 2017), kwalitatieve en toegankelijke geestelijke gezondheidszorg (van der Feltz-Cornelis et al., 2011) en effectieve preventieprogramma's (Mann et al., 2005; Zalsman et al., 2016). Drempelverlagende factoren kunnen de drempel tot suïcidaal gedrag verlagen. Voorbeelden van drempelverlagende factoren zijn eerder suïcidaal gedrag (Carroll et al., 2014), suïcidaal gedrag in de omgeving (Hill et al., 2020), gebrekkige sociale ondersteuning (Batty et al., 2018; Calati et al., 2019) berichtgeving in de media (Niederkrötenhaler et al., 2020) en beschikbaarheid van middelen (Yip et al., 2012; Zalsman et al., 2016).



Figuur 2. Het integratief model (van Heeringen, 2007)

HET GEÏNTEGREERD MOTIVATIONEEL-INTENTIONEEL MODEL (IMV; O'CONNOR, 2011; O'CONNOR & KIRTLEY, 2018)

Een tweede recent en invloedrijk model is het geïntegreerd motivationeel-intentioneel model dat in 2011 ontwikkeld werd en verder werd uitgewerkt in 2018 (IMV; O'Connor, 2011; O'Connor & Kirtley, 2018; zie figuur 3). Dit model werd ontwikkeld op basis van internationaal suïcide-onderzoek en -modellen die geïntegreerd werden. In het model worden drie fases uiteengezet: de pre-motivationale fase, de motivationele fase en de intentionele fase. Binnen deze opdeling worden suïcidale gedachten (motivationale fase) en suïcidaal gedrag (intentionele fase) onderscheiden. Suïcidale gedachten en gedrag worden hierbij gezien als complexe interdisciplinaire fenomenen en worden verondersteld te resulteren uit verschillende psychologische, neurobiologische, sociale en culturele factoren en interacties tussen deze factoren.

De **pre-motivationale fase** is een soort achtergrondfase. Deze omvat de kwetsbaarheid- en stressfactoren zoals benadrukt in het Integratief model (van Heeringen, 2007). Deze fase schetst de biosociale context waarin suïcidaliteit kan ontwikkelen.

Binnen de **motivationale fase** ligt de focus op het al dan niet ontwikkelen van suïcidale gedachten. Binnen deze fase zijn twee aspecten belangrijk: verslagenheid en schaamte enerzijds, en vastzitten ('entrapment') anderzijds. Het is die combinatie tussen verslagenheid en/of schaamte met het gevoel vast te zitten, of dat er geen uitweg is, die kan leiden tot suïcidale gedachten en intenties (Owen et al., 2018; Wetherall et al., 2019). Op dat moment wordt suïcide gezien als een oplossing of uitweg aan een uitzichtloze situatie.

In de laatste fase, **de intentionele fase**, worden factoren in kaart gebracht die leiden tot suïcidaal gedrag.

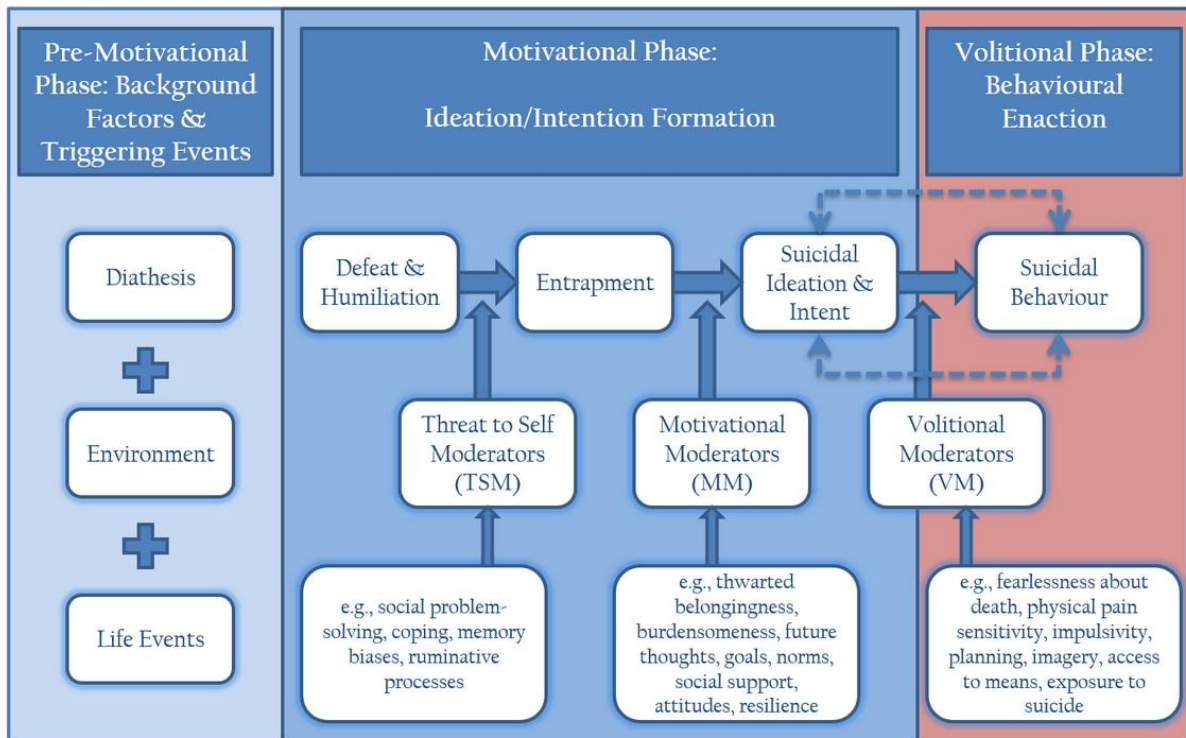
Dit model benadrukt vooral, maar zeker niet uitsluitend, psychologische factoren die een rol spelen. Andere factoren worden verondersteld effect te hebben via hun effect op de psychologische factoren die centraal staan in het model. Ze worden dus verondersteld een minder rechtstreeks effect te hebben op suïciderisico. Deze factoren zijn **modererende factoren** die de overgang tussen fases kunnen faciliteren of verhinderen. Ze zijn dus op een manier vergelijkbaar met de drempelfactoren uit het integratief model (van Heeringen, 2007).

In dit model worden drie soorten modererende factoren onderscheiden: bedreigende moderatoren, motivationele moderatoren en intentionele moderatoren.

- De **bedreigende moderatoren** modereren de overgang van 'verslagenheid' naar 'entrapment'. Dit zijn bijvoorbeeld cognitieve factoren (piekeren, geheugenbias) (Morrison & O'Connor, 2008; Richard-Devantoy et al., 2015; Rogers & Joiner, 2017), probleemoplossende vaardigheden (Fazakas-Dehoog et al., 2017; Grover et al., 2009; Jollant et al., 2011) en copingvaardigheden (Gooding et al., 2015).
- **Motivationale moderatoren** modereren de overgang van 'entrapment' naar de ontwikkeling van suïcidale gedachten en intenties. Hiertoe behoren onder andere het gevoel een last te zijn voor de omgeving (Chu et al., 2017), doelen (O'Connor et al., 2009, 2012), sociale ondersteuning (Chang et al., 2017), weerbaarheid (Johnson et al., 2010; Sher, 2019) en bepaalde attitudes (Cha et al., 2018; Nock et al., 2010).
- **Intentionele moderatoren** modereren de overgang van suïcidale gedachten en intenties naar suïcidaal gedrag. Enkele intentionele moderatoren zijn bijvoorbeeld beschikbaarheid van middelen (Yip et al., 2012; Zalsman et al., 2016), blootstelling aan suïcide (Hill et al., 2020), impulsiviteit (Gvion & Apter, 2011; Turecki & Brent, 2016), en beperkte angst voor de dood (May & Victor, 2018).

Het is, volgens dit model, dus niet zo dat mensen die meer suïcidale gedachten hebben eenvoudigweg een grotere kans hebben om suïcidaal gedrag te stellen. Het model stelt dat deze overgang complexer is en afhankelijk is van verschillende factoren. Het is dus niet noodzakelijk de mate (kwantitatief) van suïcidaliteit die een rol speelt. Het is eerder de aanwezigheid van bepaalde factoren die zal differentiëren tussen het al dan niet stellen van suïcidaal gedrag.

Het model werd in 2018 herwerkt, waarbij de focus werd gelegd op het cyclische in plaats van lineaire verloop van het suïcidaal proces. Dit benadrukt dus de fluctuerende aard van de overgang tussen suïcidale gedachten en gedrag (weergegeven door de stippellijn in figuur 3) en veranderingen over tijd. Dit sluit aan bij de realiteit die in de praktijk gezien wordt. Ook de focus op psychologische factoren sluit aan bij de klinische praktijk en biedt handvaten voor de klinische praktijk en preventie.



Figuur 3. Het Geïntegreerd Motivationaleel-Intentioneel Model (O'Connor & Kirtley, 2018)

CONCLUSIE

Zoals voorgaande modellen illustreren, is suïcide een complex gegeven. Verschillende (neuro)biologische, psychologische, psychiatrische, sociale en culturele factoren spelen een rol. Bovendien interageren en fluctueren deze factoren over tijd. Het is belangrijk om bij de preventie van suïcide rekening te houden met deze complexiteit. Daarom wordt in het Vlaams Actieplan Suïcidepreventie telkens gebruik gemaakt van een veelvoud aan strategieën en acties die inspelen op de verschillende factoren en actoren.

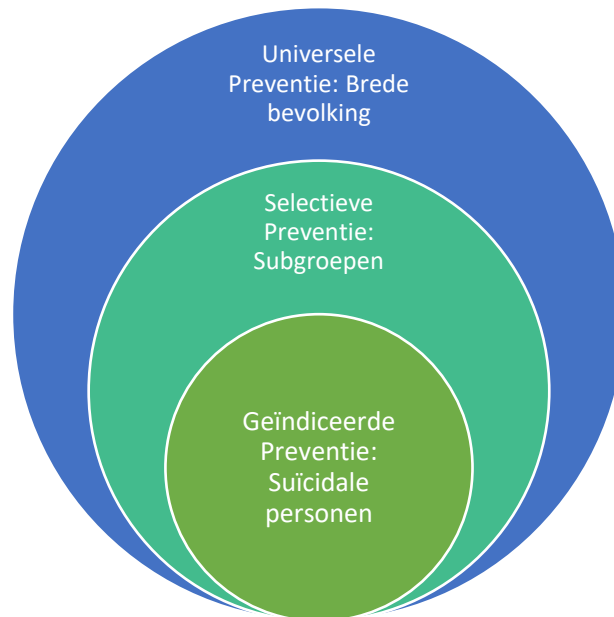
2.3. Preventie van zelfdoding: welke strategieën werken?

Investeren in de preventie van zelfdoding werkt, zo toont wereldwijd onderzoek. Diverse preventiestrategieën kunnen daarvoor ingezet worden. Dit onderdeel omschrijft strategieën waarvan de doeltreffendheid wetenschappelijk is aangetoond en waarvan het derde Vlaams Actieplan Suïcidepreventie vertrekt. Dit kader van preventiestrategieën werd ontwikkeld op basis van 1) het internationale USI preventiemodel, 2) de evaluatie van het 2^{de} Vlaams Actieplan Suïcidepreventie, 3) internationale actieplannen suïcidepreventie, 4) aanbevelingen vanuit instanties zoals de World Health Organisation (WHO), en 5) onderzoek naar suïcidepreventie en suïcidepreventiestrategieën.

HET USI-MODEL

Als kader gebruikt het Vlaams Actieplan Suïcidepreventie het USI-model (Universal-Selective-Indicated), een internationaal veelgebruikt model binnen preventie (Gordon, 1983; Nordentoft, 2011). Het model bakent drie preventieniveaus af: universele, selectieve en geïndiceerde preventie, zie ook figuur 5.

- Universele preventie is preventie op het breedste niveau, gericht op de volledige bevolking. Dit niveau omvat acties die inwerken op algemene determinanten van suïcide om bij een zo groot mogelijke groep de basiscondities die beschermen tegen suïcidaliteit te vergroten.
- Selectieve preventie richt zich specifiek tot bepaalde individuen of groepen, die omwille van bepaalde (neuro)biologische, psychologische of sociale redenen een verhoogd risico hebben op het ontwikkelen van suïcidegedachten of -gedrag.
- Geïndiceerde preventie is gericht tot individuen die al als 'hoog-risico' gezien worden, meer bepaald personen die reeds suïcidale gedachten of gedrag vertonen.



Figuur 4. Het USI model (Universal-Selective-Indicated) (Gordon, 1983; Nordentoft, 2011)

Een optimaal en krachtig suïcidepreventiebeleid bestaat uit een combinatie van acties op deze drie verschillende preventieniveaus. Enkel zo kan het inwerken op de veelheid aan risico- en beschermende factoren die een rol spelen in de ontwikkeling van suïcidale gedachten en gedrag (zie de theoretische modellen). Ook in internationale wetenschappelijke literatuur wordt sterk aangeraden om voor suïcidepreventie een multi-level multifactoriële systemische aanpak te hanteren (Krysinska et al., 2016; Sakashita & Oyama, 2019; Zalsman et al., 2017).

In het Vlaams Actieplan Suïcidepreventie III worden de drie niveaus expliciet opgenomen in de preventiestrategieën. Hieronder volgt een overzicht en beknopte omschrijving van alle opgenomen strategieën. Een volledige wetenschappelijke onderbouwing per preventieniveau en strategie is te vinden in [bijlage 1](#).

PREVENTIESTRATEGIEËN VLAAMSE ACTIEPLAN SUÏCIDEPREVENTIE III:

- Strategie 1 – Suïcidepreventie bij de hele bevolking
- Strategie 2 – Deskundigheidsbevordering bij professionelen en sleutelfiguren
- Strategie 3 – Suïcidepreventie bij kwetsbare groepen
- Strategie 4 – Preventie bij suïcidale personen & ondersteuning naasten
- Strategie 5 – Postventie na suïcide & ondersteuning nabestaanden
- Strategie 6 – Onderzoek, monitoring cijfers, evaluatie actieplan

Universele preventie:

- De **eerste strategie** “Suïcidepreventie bij de hele bevolking” bundelt alles wat onder universele preventie valt. Deze strategie richt zich tot de volledige (Vlaamse) populatie waarbij wordt ingezet op geestelijke gezondheidsbevordering en het creëren van veilige omgevingen.

Selectieve preventie:

- De **tweede strategie** “Deskundigheidsbevordering bij professionelen en sleutelfiguren” valt onder selectieve preventie en richt zich op het versterken van de kennis, attitudes en vaardigheden van professionelen en sleutelfiguren ten aanzien van suïcidepreventie.
- De **derde strategie** “Suïcidepreventie bij kwetsbare groepen” valt eveneens onder selectieve preventie en richt zich op het extra beschermen van groepen die een verhoogd risico hebben op het ontwikkelen van suïcidale gedachten en gedrag.
- Verder is specifieke aandacht en zorg voor nabestaanden ook een essentiële component binnen actieplannen m.b.t. suïcidepreventie. Blootstelling aan suïcide is immers een traumatische ervaring en nabestaanden vormen zo zelf een kwetsbare groep voor het ontwikkelen van suïcidegedachten en suïcidaal gedrag. De opvang en zorg voor nabestaanden bundelen we in de **vijfde strategie**: “Postventie na suïcide & ondersteuning nabestaanden”.

Geïndiceerde preventie:

- De **vierde strategie** “Preventie bij suïcidale personen en ondersteunen naasten” valt onder geïndiceerde preventie en richt zich op een betere detectie, behandeling en opvolging van personen die met zelfmoordgedachten zitten, evenals de ondersteuning van hun omgeving.

Aanvullende strategie:

- Met de **zesde strategie** “Onderzoek naar suïcidaliteit, monitoring van cijfers en evaluatie van het actieplan” tenslotte onderstrepen we het belang van wetenschappelijk onderzoek en monitoring van actuele cijfers en noden als basis voor het preventiebeleid, evenals het belang van een sterke opvolging van de voortgang en impact van het actieplan.

3. VLAAMS ACTIEPLAN SUÏDEPREVENTIE I en II: HISTORIEK EN EVALUATIE

3.1. Historiek VAS I en VAS II

In 2002 organiseerde toenmalig Vlaams Minister van Volksgezondheid Mieke Vogels een gezondheidsconferentie over de preventie van depressie en zelfdoding. Deze conferentie gaf de aanzet voor een gezondheidsdoelstelling: *“De sterfte door zelfdoding bij mannen en vrouwen moet tegen 2010 verminderd zijn met 8% ten opzichte van 2000”*. Om deze doelstelling te behalen, werd in 2006 het **eerste Vlaams Actieplan Suïcidepreventie** uitgewerkt (2006-2010). De evaluatie van dit eerste actieplan toonde aan dat de gezondheidsdoelstelling werd behaald, maar dat er een grote nood was om verder in te zetten op suïcidepreventie in Vlaanderen en een tweede actieplan te ontwikkelen.

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

Dit actieplan omvatte 5 strategieën die telkens verschillende acties omvatten:

1. Geestelijke gezondheidsbevordering met betrekking tot het individu en de maatschappij.
2. Suïcidepreventie door laagdrempelige telefonische en online hulp.
3. Bevorderen van deskundigheid en netwerkvorming bij intermediairs.
4. Strategieën voor specifieke risicogroepen.
5. De ontwikkeling en implementatie van aanbevelingen en hulpmiddelen voor de preventie van suïcide.

3.2. Eindevaluatie tweede Vlaams Actieplan Suïcidepreventie (VAS II)

Het tweede Vlaams Actieplan Suïcidepreventie werd uitvoerig geëvalueerd door het Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie (VLESP), zowel op vlak van de (behaalde) gezondheidsdoelstelling als op vlak van de inhoud en effectiviteit van acties. Hieronder wordt een samenvatting gegeven van de evaluatie, het volledige rapport is terug te vinden op: www.vlesp.be/publicaties

EVALUATIE GEZONDHEIDSDOELSTELLING

VAS II had als doel om volgende gezondheidsdoelstelling te behalen: ‘De sterfte door zelfdoding bij mannen en vrouwen moet tegen 2020 verminderd zijn met 20% ten opzichte van 2000.’ Op basis van de meest recente suïdecijfers (2018) die beschikbaar waren op het moment van de eindevaluatie begin 2020, kon gesteld worden dat deze gezondheidsdoelstelling werd behaald. Over de periode van 2000 t.e.m. 2018 **daalden de suïdecijfers met 26%**.

De daling werd zowel bij vrouwen (daling van 31%) als bij mannen (daling van 26%) gezien. Voor bijna alle leeftijdsgroepen werd de gezondheidsdoelstelling behaald. Bij sommige leeftijdsgroepen betreft het een sterke daling waaronder vrouwen tussen 30-44 jaar (daling van 46%), jonge mannen tussen 16-29 jaar (daling van 41%) en ook bij de ouderen zien we dalingen van 30% (vrouwen 75+) en 37% (mannen 75+). De dalingen bij de leeftijdsgroep 45-49 jaar (respectievelijk 18% bij vrouwen en 11% bij mannen) en jonge vrouwen tussen 16-19 jaar (16%) zijn niet voldoende om de gezondheidsdoelstelling

van 20% te bereiken. Ook bij 60-74-jarige mannen (daling met 19%) werd de doelstelling net niet behaald.

Update cijfers 2019:

Gezien er bij de verdere ontwikkeling van het derde VAS meer recente cijfers (2019) beschikbaar zijn, is het relevant om de evolutie van deze meest recente cijfers te bekijken. Wanneer de vergelijking wordt gemaakt met de baseline van het jaar 2000, rekening houdend met de veranderende leeftijdsverdeling en toenemende bevolking, komt dit neer op een **daling van de suïdecijfers met 30%**. Dit betekent dat de **gezondheidsdoelstelling**, op basis van de **suïdecijfers van 2019**, werd **behaald**.

Bij **mannen werd een daling** van het suïdecijfer worden vastgesteld van **29%** en voor **vrouwen een daling van 33%**.

Voor bijna alle leeftijdsgroepen werd de gezondheidsdoelstelling behaald. In de leeftijdsgroep van 15-29 jaar kon in 2019 bij mannen een daling van 44% worden vastgesteld ten opzichte van 2000 en werd de doelstelling behaald. Bij de vrouwen van 15-19 jaar lag het suïdecijfer in 2019 3% lager dan in 2000, waarmee de doelstelling niet werd behaald.

Bij de leeftijdsgroep 30 tot 44 jaar werd de gezondheidsdoelstelling bij zowel de mannen als de vrouwen behaald (een daling van 36% en 62% respectievelijk).

Bij de 45-59-jarigen werd de gezondheidsdoelstelling niet behaald. Bij de mannen kon in 2019 een daling van het aantal suïcides worden vastgesteld van 1% vergeleken met 2000. Bij de vrouwen was er in 2019 een daling van 19% ten opzichte van 2000.

Bij de 60-tot 74-jarigen mannen en vrouwen werd de gezondheidsdoelstelling in 2019 behaald (daling van 33% en 35% respectievelijk).

Bij de 75-plussers werd de gezondheidsdoelstelling voor de mannen behaald (daling van 38%). Bij de vrouwen lag het suïdecijfer in 2019 14% lager dan in 2000 en werd de doelstelling dus niet behaald.

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

INHOUDELIJKE AANBEVELINGEN PER STRATEGIE

Per strategie van VAS II werden op basis van de evaluatie concrete aanbevelingen geformuleerd i.v.m. de strategieën en te continueren acties.

Strategie 1. Geestelijke gezondheidsbevordering

Deze brede en omvattende strategie is een belangrijke, te behouden strategie voor het toekomstig beleid.

Relevante en goed geëvalueerde te continueren componenten zijn:

- Acties gericht op het doorbreken van stigma; het aanmoedigen van het zoeken van hulp bij psychische problemen; beschermende factoren voor suïcide zoals coping
- Acties gericht op het zorgvuldig berichten over zelfdoding, verdere opvolging van de mediarichtlijnen en de aanbevelingen voor fictie

Een te versterken component is de nood aan acties gericht op het beperken van de toegang tot (dodelijke) middelen voor suïcide. Dit is een uiterst effectieve preventiestrategie en kwam te beperkt aan bod in VAS II.

Strategie 2. Laagdrempelige telefonische en online hulp

Deze strategie m.b.t. het aanbieden van laagdrempelige telefonische en online hulp en de hierbij horende acties (o.a. het portaal Zelfmoord1813.be) kan beschouwd worden als één van de grote successen binnen VAS II. De creatie van één centrale, zeer laagdrempelige toegangspoort voor informatie en hulp voor iedereen in Vlaanderen betekende een grote stap voorwaarts in de bereikbaarheid en toegankelijkheid van hulp voor mensen met zelfmoordgedachten, hun omgeving, nabestaanden, professionals en het brede publiek. Doorheen de jaren werden heel wat nieuwe methodieken en online tools toegevoegd aan het portaal. Dit is dan ook een belangrijke te behouden strategie voor het toekomstig beleid.

Relevante en goed geëvalueerde te continueren componenten:

- De continuering en verdere uitbouw van de Zelfmoordlijn en Zelfmoord1813.be inclusief alle online tools

Te versterken componenten en aandachtspunten voor toekomstig beleid:

- Nood aan meer aansluiting tussen de Zelfmoordlijn en het digitale portaal Zelfmoord1813.be (en de online tools) en de reguliere hulpverlening.

Strategie 3. Deskundigheidsbevordering van professionals en netwerkvorming

De strategie rond deskundigheidsbevordering en netwerkvorming werd sterk uitgebreid in het tweede VAS: de capaciteit van de vormingen werd uitgebreid en er werden nieuwe doelgroepen gedefinieerd. Daarnaast werden laagdrempelige tools ontwikkeld voor hulpverleners en professionals. Ook 'SP-reflex' - de digitale e-learning horend bij de Multidisciplinaire richtlijn voor de detectie en behandeling van suïcidaal gedrag – kende een groot bereik en werd goed geëvalueerd.

Relevante en goed geëvalueerde te continueren componenten:

- Breed vormingsaanbod voor diverse doelgroepen van professionals en sleutelfiguren
- E-learning "SP-Reflex"

Te versterken componenten en aandachtspunten voor toekomstig beleid:

- Moeilijk te bereiken doelgroepen waaronder huisartsen, professionals in de werksetting.
- Breder implementatie van de lezingen voor het algemene publiek

Strategie 4. Programma's gericht naar hoogrisicogroepen

Onder deze strategie werden heel wat acties ontwikkeld gericht naar zowel kwetsbare groepen (nabestaanden, LGBTI+ (Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Intersex), ouderen,...) als naar de hoogrisicogroep van suïcidale personen. Hierdoor werd dit een zeer brede strategie met zeer verschillende acties en doelgroepen. Het kan aanbevolen worden voor de toekomst om hierbij een opsplitsing te maken tussen kwetsbare groepen (met een verhoogd risico) enerzijds en de hoogrisicogroep van suïcidale personen anderzijds.

Relevante en goed geëvalueerde te continueren componenten:

- Brede en duurzame implementatie van de sterke, toegankelijke en wetenschappelijk onderbouwde methodieken gericht op suïcidale personen zoals BackUp, Think Life, MBCT-S, Toekomstgericht Training, SP-Reflex, (K)IPEO,...

Te versterken componenten, noden en aandachtspunten voor toekomstig beleid:

- Het is moeilijk haalbaar om voor elke kwetsbare groep een aparte actie of methodiek op te zetten. Wel moet er aandacht zijn voor mogelijke specifieke risicofactoren bij bepaalde doelgroepen (bv. bij jongeren/ouderen), alsook voor gerichte communicatiestrategieën en het inzetten van de juiste stakeholders in implementatie om de doelgroepen zo goed mogelijk te bereiken.
- Nood aan methodieken gericht op suïcidale jongeren.
- Nood aan cijfers over bepaalde kwetsbare doelgroepen (bv. beroepsgroepen zoals landbouwers, politie)
- Nood aan acties gericht op de werksetting
- Nood aan snelle postventie-acties na een suïcide
- Bevorderen van zorgcontinuïteit voor suïcidale personen
- Nood om naasten meer te betrekken bij de zorg voor suïcidale personen
- Nood aan kortdurende interventies voor acute suïcidale personen

Strategie 5. Multidisciplinaire Richtlijnen

Belangrijke strategie om verder op in te zetten, al hoeft dit niet noodzakelijk als een aparte strategie worden opgevat, gezien dit kan vallen als methodiek onder deskundigheidsbevordering en/of onder de detectie en behandeling van suïcidaliteit.

Relevante en goed geëvalueerde te continueren componenten:

- De verdere implementatie van de ‘*Multidisciplinaire richtlijn voor de detectie en behandeling van suïcidaal gedrag*’ (alsook de richtlijn m.b.t. suïcidepreventie bij ouderen) en het bijhorende e-learning platform voor hulpverleners “SP-Reflex”, wat een brede bekendheid en gedragenheid verwierf tijdens VAS II.
- De verdere implementatie van de ‘*Leidraad voor zorgcontinuïteit*’ en het verder bestendigen van zorgcontinuïteit voor suïcidale personen in samenwerking met de netwerken geestelijke gezondheidszorg in kader van Project art.107.

Tot slot wordt in het rapport de nood aan en het belang van **duurzame acties en een duurzaam suïcidepreventiebeleid** geformuleerd. Een langetermijnvisie en langtermijnbeleid is daarin belangrijk (zo gaf VAS II dat 8 jaar duurde meer mogelijkheden voor duurzame acties in vergelijking met VAS I dat slechts 4 jaar duurde). Aandacht voor regelmatige **evaluatie** is daarbij essentieel (zoals de tussentijdse evaluatie bij VAS II in 2016) om tijdig bij te sturen en blijvend alert te zijn voor nieuwe noden, alsook nieuwe ontwikkelingen van methodieken.

SWOT ANALYSE VAS II

Op basis van de bevindingen in de eindevaluatie stelde VLESP een SWOT-analyse op. In deze analyse werden de sterktes (strengths) en zwaktes (weaknesses) van het VASII tegenover elkaar geplaatst, die gekoppeld werden aan enkele kansen (opportunities) en uitdagingen/bedreigingen (threats). Onderstaande figuur schetst een samenvattend beeld van de bevindingen. De uitgeschreven versie is te vinden in [het eindrapport, dat online te raadplegen is](#).



Figuur 5. SWOT analyse voor de eindevaluatie van VASII

3.3. Inleiding tot VAS III

In 2020 liep de voorgaande gezondheidsdoelstelling af. Aansluitend op een beslissing van Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding Wouter Beke organiseerde het Agentschap Zorg en Gezondheid, in het kader van de verdere uitbouw van het Vlaams beleid rond preventieve gezondheidszorg een derde Gezondheidsconferentie Suïcidepreventie, met formulering van een gezondheidsdoelstelling.

In wat volgt, overlopen we traject en werkwijze van het voortraject om tot de gezondheidsdoelstelling en het nieuwe actieplan te komen.

4. TRAJECT NAAR HET 3^{de} VLAAMS ACTIEPLAN SUÏCIDEPREVENTIE

Het traject naar het 3^{de} Vlaams actieplan suïcidepreventie verliep in verschillende fasen, waarbij verschillende actoren en een grote groep stakeholders betrokken werden.

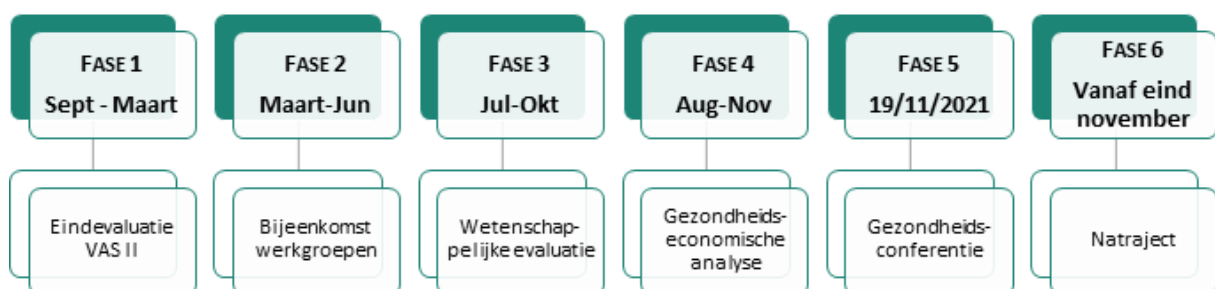
Het volledige traject werd aangestuurd vanuit het Agentschap **Zorg en Gezondheid**. Zorg en Gezondheid heeft in het kader van het preventieve gezondheidsbeleid als kerntaken o.a. het opzetten en uitvoeren van projecten en programma's en het erkennen en subsidiëren van initiatieven die deze uitvoeren.

Concreet stond het Agentschap Zorg en Gezondheid in voor het voorbereiden en organiseren van de Gezondheidsconferentie Suïcidepreventie 2021, alsook het verzorgen van het natraject. Het Agentschap Zorg en Gezondheid werkte hiervoor samen met VLESP.

Het **Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie** (VLESP) is de partnerorganisatie van de Vlaamse Overheid voor de preventie van zelfdoding. VLESP stond onder meer in voor de coördinatie en evaluatie van het tweede Vlaams Actieplan Suïcidepreventie, het inhoudelijk voorbereiden en het mee begeleiden van de Gezondheidsconferentie Suïcidepreventie 2021, evenals het verzorgen van het natraject.

Ter ondersteuning van het voortraject werd samengewerkt met consulting bedrijf **Möbius Business Redesign**. Möbius ondersteunde Zorg en Gezondheid met de coördinatie tussen alle betrokken actoren.

Gedurende het volledige traject was er frequente afstemming met **het Kabinet van de Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding** om de voortgang van het traject te bespreken.



Figuur 8. Overzicht van het gelopen traject

4.1. Eindevaluatie VAS II

De eindevaluatie van het vorige Vlaams actieplan suïcidepreventie was een belangrijke basis voor de voorbereiding van het derde VAS. De resultaten van deze evaluatie zijn hoger terug te vinden. Verder werd in deze fase nieuwe beschikbare wetenschappelijke literatuur en internationale ontwikkelingen doorgenomen m.b.t. suïcidepreventie.

4.2. Bijeenkomst werkgroepen

Om input te verzamelen uit het werkveld en om een zicht te krijgen op de concrete noden en nieuwe voorstellen voor suïcidepreventie werden drie werkgroepen opgericht op basis van het hiervoor beschreven [USI-model](#). USI staat voor Universele preventie, Selectieve preventie en Geïndiceerde preventie.

Concreet werden volgende organisaties gecontacteerd als relevante partner voor de werkgroepen:

UNIVERSELE PREVENTIE	SELECTIEVE PREVENTIE	GEÏNDICEERDE PREVENTIE
• Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie • Suïcidepreventiewerking van de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg • Centrum ter Preventie van Zelfdoding • Vlaamse Logos • Fonds Ga voor Geluk • Rode Kruis Vlaanderen (EHBP) • Mutualiteiten vertegenwoordigd door CM • Vlaams Apothekersnetwerk • Vlaams Instituut Gezond Leven • Infrabel • The Human Link • Steunpunt Geestelijke Gezondheid • Partnerorganisatie Geestelijke Gezondheidsbevordering	• Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie • Suïcidepreventiewerking van de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg • Centrum ter Preventie van Zelfdoding • Werkgroep Verder • Patiëntenkoepel Opgang • Familieplatform • Domus Medica • Doctors4doctors • UGent • Awel • VDAB • Tele-Onthaal • Çavaria * • Yoka • CLB * • JAC (CAW) * • DYZO • Ambrassade * • Vlaamse Ouderenraad • Netwerk tegen armoede * • Boeren op een Kruispunt • Instituut voor Landbouw-, visserij- en voedingsonderzoek • Lucas KU-Leuven • Vlaamse Vereniging van Studenten * • Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn • Externe Diensten voor Preventie en Bescherming op het Werk, vertegenwoordigd door IDEWE	• Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie • Suïcidepreventiewerking van de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg • Centrum ter Preventie van Zelfdoding • Vlaamse Vereniging van Klinisch Psychologen • Zorgnet-Icuro • Vzw Tout Bien • Afgevaardigde Mobiele crisis Teams • Centrum Geestelijke Gezondheidszorg – afdeling Suïcidepreventie • OPGanG – Vlaams Patiëntenplatform • Familieplatform • Eenheid voor Zelfmoordonderzoek • PZ Multiversum • PAAZ UZ Gent • Zorgnet Icuro • NVKVV vzw Beroepsorganisatie voor verpleegkundigen* • Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie • Vlaamse Vereniging voor Kinderpsychiatrie • Adjunct Federaal Coördinator GGZ

* organisatie werd aangeschreven maar nam niet actief deel aan de werkgroepen.

Elke werkgroep kwam 3 keer samen:

- Tijdens de **eerste werksessie** werden de deelnemers geïnformeerd over het proces en de conclusies van de evaluatie van VAS II. Ook werd er toelichting gegeven over hoe de betrokkenen actievoorstellen konden indienen. Voor het indienen van een actievoorstel werd een sjabloon opgesteld met aandacht voor volgende cruciale aspecten:
 - De strategie waarbinnen het actievoorstel kadert.
 - Een omschrijving van het actievoorstel op vlak van doelgroep, probleemstelling, de verwachte doelstelling en effecten, alsook de methodieken die hiervoor gebruikt zullen worden.
 - De mate waarin er wetenschappelijk onderzoek werd uitgevoerd naar de effectiviteit van de voorgestelde actie/strategie en/of de mate waarin er praktijkvoorbeelden zijn om het voorstel te onderbouwen.
 - De looptijd van het project en de verschillende fases die hierin doorlopen zullen worden.
 - Een opsomming van organisaties en/of partners die betrokken dienen te worden tijdens de verschillende fases van het project.

Initieel werden 99 voorstellen ingediend, verdeeld over de 3 werkgroepen heen.

- Tijdens de **tweede werksessie** konden de deelnemers de door hen ingediende actievoorstellen toelichten. De andere leden van de werkgroepen konden feedback geven op de voorstellen. Ook werden alle actievoorstellen bekeken door VLESP. Op basis van de feedback van de leden van de werkgroep, de suggesties van VLESP en in overleg met Zorg en Gezondheid, werd ten aanzien van de indieners van de actievoorstellen een voorstel geformuleerd tot samenwerking tussen organisaties en/of het samenvoegen van actievoorstellen die dicht bij elkaar aanleunden en mekaar konden versterken.

Na bundeling van de actievoorstellen werden in totaal **55 voorstellen** ingediend.

Tijdens de **derde werksessie** werden de 55 aangepaste actievoorstellen besproken. Om vervolgens tot een prioriteitstelling te komen, werden alle actievoorstellen aan de hand van vragenlijsten door de deelnemers gescoord op 3 factoren: (1) haalbaarheid op vlak van middelen en partners om het actievoorstel uit te voeren, (2) nood en gedragenheid en (3) bereik, duurzaamheid en implementeerbaarheid. De deelnemers vulden deze vragenlijsten in vanuit hun expertise en op basis van de op dat moment beschikbare informatie over de actievoorstellen. Daarnaast werd aan de deelnemers gevraagd om een inschatting te maken van de kosten voor het realiseren van de acties.

Het resultaat van de werkgroepen was een overzichtsrapport met alle gescoorde actievoorstellen.

4.3. Wetenschappelijke evaluatie en afstemming met andere beleidsdomeinen

Na het afronden van de werkgroepen werd er gewerkt rond wetenschappelijke evaluatie en selectie van de verschillende actievoorstellen. Enerzijds werd er gekeken naar de continuerende of doorlopende acties van VAS II naar VAS III; anderzijds werden de nieuwe acties geanalyseerd. Deze analyse omvat een wetenschappelijke studie van VLESP. Gedurende deze fase werden ook gesprekken gevoerd met andere beleidsdomeinen.

4.3.1. WETENSCHAPPELIJKE EVALUATIE DOOR VLESP

VLESP voerde de wetenschappelijke analyse uit op de ingediende actievoorstellen. Hierbij werden volgende criteria in acht genomen:

- **Level/sterkte van wetenschappelijke evidentie**

Indien er voor de ingediende acties informatie over wetenschappelijke evidentie beschikbaar was, werd een level toegekend die de sterkte van de evidentie aanduidt. Deze toekenning gebeurde volgens de internationaal gebruikte levels van het CEBM (Centre for Evidence-Based Medicine, Oxford University) 'levels of evidence – toegevoegd in [bijlage 2](#)':

- Level 1 = 5 punten
- Level 2 = 4 punten
- Level 3 = 3 punten
- Level 4 = 2 punten
- Level 5 = 1 punt
- Bij gemengde evidentie werd ook een level toegekend met bovenstaande puntentoe wijzing, maar dan **-0,5 punt** omdat er geen eenduidige evidentie is.
- Indien geen evidentie werd vastgesteld, werden 0 punten toegekend.

- **Haalbaarheid, nood en bereik**

Vanuit de 3 werkgroepen werden alle voorstellen van acties gescoord op haalbaarheid, nood en bereik. Omwille van verschillen in hoe de 3 werkgroepen onderling de haalbaarheid, de nood en het bereik hebben gescoord, werd besloten de scores te standaardiseren en zo te corrigeren voor deze ongelijke verdeling. Voor elke actie werd een Z-score, ook wel standardscore genoemd, berekend. Z-scores vormen een manier om scores die op verschillende schalen of in verschillende groepen gemeten worden, met elkaar te vergelijken.

Concreet wordt voor elke score berekend hoe ver, in termen van standaarddeviaties, deze van de gemiddelde score binnen een specifieke groep ligt. Dus een Z-score van -1 of 1 betekent dat de score 1 standaarddeviatie, respectievelijk, onder of boven het gemiddelde van die groep ligt.

Z-scores volgen een normale verdeling. Dit betekent dat de meeste Z-scores rond het gemiddelde (Z-score = 0) zullen liggen. Concreet liggen 95% van de Z-scores tussen -1,96 en 1,96 en 99% van de Z-scores tussen -2,58 en 2,58. Z-scores onder -3 of boven 3 worden gezien als scores die sterk afwijken van de rest van de scores.

Hoe dichter een Z-score dus bij 0 ligt, hoe dichter deze score bij het gemiddelde ligt. Hoe meer een Z-score verschilt van 0, hoe meer afwijkend van het gemiddelde.

- **Innovatie**

Aangezien nieuwe, innovatieve acties vaak nog geen of slechts beperkte wetenschappelijke evaluaties hebben, is het voor deze acties niet mogelijk om scores te geven volgens level/sterkte wetenschappelijke evidentie. Om dit op te vangen werden voor deze acties scores toegekend voor innovatie: een score voor een nieuwe actie voor suïcidepreventie in Vlaanderen naar methodiek of naar doelgroep. Indien het voorstel een innovatieve actie inhield kreeg deze **1 extra punt**.

Innovatief wordt gedefinieerd als: in Vlaanderen zijn nog geen suïcidepreventie acties voor die doelgroep (D) en/of als compleet nieuwe methodiek (M); met andere woorden als dit nieuw is in de wereld van suïcidepreventie in Vlaanderen.

Bij de scoring door VLESP werden een aantal acties als continuerend bestempeld: deze acties zijn een verderzetting (eventueel met uitbreiding) van reeds bestaande acties.

Op basis van de ingediende voorstellen definieerde VLESP ook een aantal strategie-overschrijdende aandachtspunten. Dit zijn aandachtspunten die in elke strategie en actie van belang worden geacht:

- Aandacht voor het betrekken van naasten

- Zelfzorg (zowel voor gatekeepers, hulpverleners, naasten, ...)

Strategie 6, die focust op onderzoek en monitoring werd binnen de scoring buiten beschouwing gelaten.

Resultaat

Als resultaat van bovenstaande werkwijze werd per actie een **beslisboom** doorlopen waarbij een score per criterium en een **totaalscore van alle criteria samen** werd bekomen. In de beslisboom werden volgende vijf criteria opgenomen:

1. Wetenschappelijke evidentie
2. Nood
3. Haalbaarheid
4. Bereik
5. Innovatie

In [bijlage 2](#) staat de beslisboom per nieuwe actie met daarin ook tot welk type preventie, met name universeel, selectief of geïndiceerd (USI), de actie hoofdzakelijk behoort.

De scores per actie werden doorheen het verdere traject meegenomen ter evaluatie en uiteindelijke selectie van de acties.

4.3.2. AFSTEMMING MET DE ANDERE BELEIDSDOMEINEN

Om het aantal zelfdodingen verder terug te dringen, is het belangrijk dat dit niet enkel een thema is binnen het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding. Heel wat voorstellen hebben koppelingen en raakvlakken met andere beleidsdomeinen. Om de impact van het derde Vlaamse Actieplan Suïcidepreventie te maximaliseren, werden daarom in de fase van de ontwikkeling van het plan linken gelegd met een aantal andere beleidsdomeinen waaronder Werk, Onderwijs, Jeugd en Media en de federale overheid. Dit met als doel deze eerste contacten en engagementen in het natraject verder te concretiseren (zie hoofdstuk 6).

4.4. Gezondheidseconomische analyse

Parallel aan de wetenschappelijke evaluatie door VLESP, startte een team gezondheidseconomen met de analyse van de actievoorstellen op vlak van kosteneffectiviteit in functie van het formuleren van de gezondheidsdoelstelling. De gezondheidseconomische evaluaties werden uitgevoerd door een gezondheidseconomisch team, bestaande uit onderzoekers verbonden aan UGent, VUB en KU Leuven. Naast de prioriteitsstelling van de acties door de werkgroepen, aangevuld met wetenschappelijke evidentie en evaluatie naar haalbaarheid, bereik, nood en innovatie, werden de voorgestelde acties geëvalueerd op gezondheidseconomische criteria. Volgende criteria werden hierbij gehanteerd:

- aanwezigheid gezondheidseconomische evidentie,
- beschikbaarheid van kosten- en/of effectenstudie,
- analyseerbaarheid van het gezondheidseconomisch vraagstuk.

Deze analyse gebeurde aan de hand van een *quick review* van elk van de acties waarbij door twee onafhankelijke onderzoekers een score werd toegekend op bovenstaande parameters op een 3-/5-level *Likert* schaal. Deze scores werden in een consensusoverleg verder overlopen om tot een globale score per actie te komen.

De resultaten van deze oefening werden vervolgens samengevoegd met de evaluaties van de acties door de werkgroepen en VLESP om zo tot een lijst van acties te komen die op beiden goed scoorden. Bij de uiteindelijke selectie van acties waarvoor een volwaardige gezondheidseconomische evaluatie werd uitgevoerd, werd eveneens gezorgd dat deze acties afdoende gespreid waren over de verschillende strategieën.

De resultaten van de gezondheidseconomische analyses lagen aan de basis van de berekening van de gezondheidsdoelstelling.

Voor een uitgebreid overzicht van de modellering van de gezondheidseconomische analyses verwijzen we naar het technische rapport 'Gezondheidseconomische evaluaties van acties rond suïcidepreventie' in [bijlage 3](#).

4.5. Gezondheidsconferentie Suïcidepreventie

Op 19 november 2021 vond de Gezondheidsconferentie Suïcidepreventie plaats. Op de Gezondheidsconferentie werden de gezondheidsdoelstelling, de strategieën, het bijhorende voorstel van actieplan en een eerste beeld van de kosten van een selectie aan acties voorgesteld.

4.6. Natraject

Het doel van het natraject was om de op de Gezondheidsconferentie voorgestelde gezondheidsdoelstelling en de bijhorende strategieën te concretiseren en zo te komen tot een derde Vlaams Actieplan Suïcidepreventie. Vanuit het Kabinet van de Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin werden, in afstemming met Zorg en Gezondheid en VLESP, alle actievoorstellen vanuit de werkgroepen onder de loep genomen. Dit resulteerde in een finale selectie van acties die in hoofdstuk 6 in detail worden besproken. Daarnaast werd in overleg met de andere beleidsdomeinen samenwerkingsafspraken verder geconcretiseerd. Deze zijn ook te vinden in hoofdstuk 6 van dit rapport.

5. GEZONDHEIDSDOELSTELLING VASIII (2022-2030)

De Gezondheidsdoelstelling voor het derde Vlaamse Actieplan Suïcidepreventie (2022-2030) luidt als volgt:

Het aantal zelfdodingen in 2030 moet met 10% gedaald zijn t.o.v. het referentiejaar 2020.

De formulering van de gezondheidsdoelstelling is gebaseerd op een effectiviteitsberekening van het preventief programma (gezondheidseconomische evaluatie van acties). Voor meer gedetailleerde info over de becijfering, zie [bijlage 4](#).

Voor het formuleren van de gezondheidsdoelstelling werd niet gekozen voor de doelstelling van 'Zero Suicide' zoals opgenomen in het regeerakkoord, gezien de kritiek die internationaal bestaat op deze benadering. De principes van 'Zero Suicide' zijn wel meegenomen in dit actieplan. Voor verdere toelichting wordt verwezen naar het voorbereidend rapport voor de Gezondheidsconferentie Suïcidepreventie.

6. VLAAMS ACTIEPLAN SUÏDEPREVENTIE (VAS) III: STRATEGIEËN EN ACTIES

VAS III omvat **6 strategieën**. Elke strategie bestaat uit substrategieën die telkens diverse actievoorstellen omvatten.

Sommige acties zijn **continuerend**. Dit wil zeggen dat ze verder bouwen op acties uit het vorige Vlaams Actieplan Suïcidepreventie en positief werden geëvalueerd. De focus voor deze acties ligt op doorgedreven implementatie, het nauwgezet opvolgen en versterken van de kwaliteit, het bereik en de impact van deze acties, om blijvend preventieve effecten te kunnen genereren.

Andere acties zijn **nieuw** en worden specifiek in het kader van dit derde actieplan voorgesteld vanuit de USI-werkgroepen. Deze nieuwe voorstellen kwamen tot stand door het samenbrengen van de noden die gedetecteerd werden i.k.v. de evaluatie van het tweede actieplan, de meest recente wetenschappelijke literatuur en de input vanuit de voorbereidende werkgroepen. Dit werd per actie samengevat in een beslisboom (zie [bijlage 2](#)).

Voor elke nieuwe actie werd een budgetinschatting gemaakt door de indienende organisatie (zie [bijlage 5](#)). Daarnaast werd ook een indicatieve timing opgemaakt (zie [bijlage 6](#)).

De uitvoering van de betreffende acties en het al dan niet halen van de vooropgestelde timing worden mee bepaald door het al dan niet ter beschikking zijn van de nodige middelen en de opvolging van noden en nieuwe ontwikkelingen.

Strategie 1 – Suïcidepreventie bij de hele bevolking

ACTIES BINNEN STRATEGIE 1: SUÏCIDEPREVENTIE BIJ DE HELE BEVOLKING	
SUBSTRATEGIE 1: Geestelijke gezondheidsbevordering via het versterken van beschermende factoren	
CONTINUEREND	NokNok
	Warme Steden en Gemeenten
NIEUW	Mentaal welbevinden in het basis en secundair
	Preventie in de schoolsetting via het project Warme Scholen
	Implementatie van de Geluksdriehoek
SUBSTRATEGIE 2: Doorbreken van stigma op psychische problemen en aanmoedigen van hulp zoeken	
CONTINUEREND	Werking Te Gek!?
	Campagne '4voor12'
	Campagne 'Warme William'
	Methodiek 'Eerste Hulp bij Psychische Problemen'
NIEUW	'Mentaalmaatje': Campagne over peer support
SUBSTRATEGIE 3: Veilig bespreekbaar maken van suïcide in maatschappij en media	
CONTINUEREND	Mediarichtlijnen en mediawerking
	Werelddag Suïcidepreventie
	Lezingen, vormingen en webinars voor het algemene publiek
SUBSTRATEGIE 4: Beperken van de toegang tot (dodelijke) middelen en methodes	
CONTINUEREND	Samenwerking met Infrabel
	Adviezen voor zorginstellingen
NIEUW	Deskundigheidsbevordering van apothekers
	Richtlijnen m.b.t. het beperken van de toegang tot methodes

SUBSTRATEGIE 1. GEESTELIJKE GEZONDHEIDSBEVORDERING VIA HET VERSTERKEN VAN BESCHERMENDE FACTOREN

Deze substrategie omvat het versterken van factoren die beschermend kunnen werken voor suïcide, waaronder een goede veerkracht en goede coping vaardigheden.

CONTINUEREND

Wat continuerende acties betreft, werken we aan de verdere implementatie en streven we naar een groter bereik van:

- **Het online platform voor jongeren 'NokNok.be' (Vlaams Instituut Gezond Leven)**
 - Beschrijving: NokNok is een online platform waar jongeren van 12 tot 16 jaar zelfstandig aan hun mentaal welbevinden kunnen werken. NokNok is gebaseerd op de Geluksdriehoek en werd ontwikkeld door het Vlaams Instituut Gezond Leven. Meer info: www.noknok.be

- **Het project 'Warme Steden en Gemeenten.net' (Fonds Ga voor Geluk)**

- Beschrijving: Een Warme stad of gemeente verenigt alle organisaties die werken met kinderen en jongeren en hun mentaal welzijn. Ze ontwikkelt acties voor hun mentaal welbevinden. Zo proberen ze kwetsbaarheid bespreekbaar te maken. Ze ondersteunen ook het 'Warme William'-project, dat mensen uitnodigt om zelf een luisterend oor te bieden aan wie het moeilijk heeft. De warme steden en gemeenten worden begeleid door hun Logo, ondersteund door een consortium van het Vlaams Instituut Gezond Leven, de Vlaamse Logo's, initiatiefnemer Fonds Gavoorgeluk en het onderzoekscentrum LUCAS KULeuven.

Meer info: www.warmestedenengemeenten.be

NIEUW

Aanvullend zijn er drie nieuwe acties:

1.1. Mentaal welbevinden in het basis-, secundair (Vlaams Instituut Gezond Leven)

Behoefte/probleemstelling

Er is nood aan meer (structurele) aandacht voor mentaal welbevinden en voor tools om dit thema aan bod te brengen in zowel het basis-, secundair als hoger onderwijs.

Doelstelling

Basis en secundair onderwijs

- Inzetten op het belang van (preventief) werken aan mentaal welbevinden: kwaliteitsvolle en brede verspreiding van methodieken en materialen naar setting onderwijs.

Omschrijving

Basis en secundair onderwijs

- Informatiedeling en professionalisering van leerkrachten aan de hand van 'tips voor het hele schooljaar' en antwoorden op veelgestelde vragen (rond preventief en bevorderend werken aan het mentaal welbevinden van de klasgroep).
- Aanreiken van kant-en-klare materialen om in te zetten in de klas aan de hand van de online databank en de hybride toolkit 'Happy Snacks'.
- Hulpmiddelen om deze in te bouwen in de dagdagelijkse klaswerking aan de hand van 'routines'.
- Kant-en-klaar lespakket voor lager- en secundair onderwijs rond de geluksdriehoek.
- Vormingen voor leerkrachten en onderwijsprofessionals: wat is mentaal welbevinden? Hoe kan je er duurzaam aan werken in de klascontext?

1.2. Preventie in de schoolsetting via het project Warme Scholen (Fonds Ga voor Geluk)

Behoefte/probleemstelling

De school is een belangrijke setting waarin preventief kan gewerkt worden aan het mentaal welbevinden van kinderen en jongeren. Des te meer gezien we weten dat 75% van de psychische stoornissen ontstaan voor de leeftijd van 27 jaar.

Doelstelling

Via warmescholen.net onderwijs innovatief anders organiseren met als doel veerkrachtige jongeren te vormen.

Doelgroep

Leerplichtonderwijs (kleuter, BO, SO).

Omschrijving

Warmescholen.net biedt advies en begeleiding om van scholen 'Warme scholen' te maken. Autonome teams van leerkrachten begeleiden leergemeenschappen (lerende netwerken) om van scholen 'Warme scholen' te maken. Deze teams werken aan vier kernopdrachten van onderwijs: kwalificatie, leervermogen, talentenontwikkeling en participatie, met specifieke aandacht die uitgaat naar veerkracht. Daarnaast wordt het welbevinden van leerlingen in 'Warme scholen' gemonitord, opdat psychische problemen vroegtijdig zouden kunnen worden gedetecteerd.

1.3. Implementatie van de Geluksdriehoek (Vlaams Instituut Gezond Leven)

Behoefte/probleemstelling

Er is nood aan een brede implementatie van 'De Geluksdriehoek': een **educatief model** waarin alle belangrijke wetenschappelijke kennis over mentaal welbevinden of geluk (Wat is het? Hoe kun je eraan werken?) werd samengevat. Het model zet in op de gezondheidsgeletterdheid en is toepasbaar voor iedereen vanaf 3 jaar.

Doelstelling

- Sensibiliseren van de brede bevolking rond mentaal welzijn o.b.v. de geluksdriehoek via het online platform (geluksdriehoek.be), een workshop (geluk zit in een klein driehoekje) en een multi-sessie aanbod
- Sensibiliseren van intermediairs rond mentaal welzijn a.d.h.v. elementen uit de geluksdriehoek

Doelgroep

De brede bevolking

Omschrijving

- Verspreiding en implementatie specifiek naar/bij burgers
 - a. Jaarlijkse communicatiecampagne.
 - b. Uitbreiding van de online toolbox geluksdriehoek.be
 - c. Uitwerking van een offline workshop aanbod, bijvoorbeeld een gelukswandeling.
 - d. Ontwikkelen van een groepstraject.
- Verspreiding en implementatie via intermediairs en settings
 - a. Bekend maken van de geluksdriehoek binnen lokale besturen, onderwijs, zorg & welzijn en vrije tijd
 - b. Verspreiden van de geluksdriehoek binnen de diverse settings
 - c. Ontwikkelen van ondersteuningsmateriaal via een blended learning coachings traject
 - d. Ontwikkelen van vormingen (deskundigheidsbevordering)

SUBSTRATEGIE 2. DOORBREKEN VAN STIGMA VERBONDEN AAN PSYCHISCHE PROBLEMEN EN AANMOEDIGEN VAN HULP ZOEKEN

Aan de hand van deze substrategie willen we het stigma dat in de maatschappij leeft met betrekking tot het ervaren van en praten over psychische problemen doorbreken en mensen aanmoedigen om hulp te zoeken en te bieden.

CONTINUEREND

Wat continuerende acties betreft, ondersteunen we:

- **De verdere uitbouw van de activiteiten van Te Gek!?**
 - Beschrijving: Te Gek!? Wil het taboe rond geestelijke gezondheid verder slopen, onder andere met behulp van campagnes, projecten en voorstellingen.
Meer info: www.tegek.be
- **De verdere implementatie van de campagne '4voor12' over signaalherkenning (via Te Gek!? en VLESP)**
 - Beschrijving: de campagne 4 voor 12 wil de brede bevolking alert maken op signalen dat het mogelijks niet goed gaat met iemand. Signalen opmerken en hierover het gesprek aangaan, kunnen de eerste stap naar preventie van bv. zelfdoding betekenen. De campagne bestaat uit een website en folders en affiches, maar er werden ook workshops ontwikkeld om de tips van 4voor12 in de praktijk te helpen brengen.
Meer info: www.4voor12.be
- **De verdere uitbouw van de campagne 'Warme William' (Fonds Ga voor Geluk)**
 - Beschrijving: Een Warme William is iemand die echt naar je luistert. Een persoon op wie je kan vertrouwen en bouwen. De campagne Warme William wil mensen aanmoedigen om een Warme William te zijn voor anderen, en is in het bijzonder gericht op jongeren tot 24 jaar.
Meer info: www.warmewilliam.be
- **De verdere implementatie van de methodiek 'Eerste Hulp Bij Psychische Problemen (EHBP)' (Rode Kruis)**
 - Beschrijving: EHBP is een cursus voor de brede bevolking waarin je in verschillende sessies leert om signalen te herkennen dat iemand psychische problemen ondervindt, hoe je persoon kan begeleiden, hoe je kan helpen om professionele hulp te vinden en hoe je goed voor jezelf kan zorgen. EHBP is er voor iedereen vanaf 18 jaar. Er is ook een boek en een app (Houvast).
Meer info: <https://www.rodekruis.be/wat-kan-jij-doen/volg-een-opleiding/eerste-hulp-bij-psychische-problemen/>

NIEUW

Aanvullend is er één nieuwe actie:

1.4. 'Mentaalmaatje': Campagne over peer support, (Patiëntenkoepel OpGang)

Behoeft/probleemstelling

Praten over het eigen psychisch welzijn en mogelijke psychische klachten vormt voor veel mensen een drempel. Hoewel dit door heel wat campagnes wordt aangemoedigd, blijft het voor veel mensen moeilijk om iemand in hun omgeving te vinden met wie ze hun zorgen kunnen delen.

Doelstelling

Introductie, promotie en acceptatie van het begrip “mentaalmaatje”. Iedereen aanbevelen om een “mentaalmaatje” te hebben.

Doelgroep

Algemene bevolking, van jongeren tot ouderen

Omschrijving

Introductie en promotie van het begrip "mentaalmaatje" op formele en informele manier via:

- Communicatiekanalen van de overheid
- Reguliere en sociale media
- Stimulering van bespreekbaarheid in de eigen leefwereld
- Opvolgen van de resultaten van het begrip

SUBSTRATEGIE 3. VEILIG BESPREEKBAAR MAKEN VAN SUÏCIDE IN MAATSCHAPPIJ EN MEDIA

CONTINUEREND

Onder deze substrategie vallen volgende continuerende acties, waarbij we voortdurend streven naar een groter bereik:

- **De mediawerking van VLESP, zijnde de verdere bekendmaking van mediarijclijnen en het verlenen van advies en vorming aan mediamakers.**
 - Beschrijving: Het thema zelfmoord in de media brengen kan zorgen voor een betere bespreekbaarheid, maar houdt ook risico's in. Daarom ontwikkelde VLESP verschillende materialen om mediamakers te ondersteunen het thema zelfdoding op een veilige en preventieve manier aan bod te laten komen: de mediarijclijnen voor journalisten, adviezen voor fictiemakers, tips voor sociale mediagebruikers en influencers. Daarnaast biedt VLESP ook ondersteuning op maat en vormingen aan rond dit thema.
Meer info: www.zelfmoord1813.be/media
- **Brede maatschappelijke aandacht voor het thema suïcidepreventie op Werelddag Suïcidepreventie (VLESP en partners).**
 - Beschrijving: Jaarlijks wordt er op 10 september wereldwijd aandacht gevraagd voor de preventie van zelfdoding. In Vlaanderen organiseert VLESP samen met de organisaties met terreinwerking suïcidepreventie jaarlijks activiteiten om op een positieve en preventieve manier aandacht te vragen voor het thema zelfdoding.
Meer info: <https://www.zelfmoord1813.be/samen-voorkomen/wspd>
- **Het organiseren van lezingen/vormingen/webinars voor een algemeen publiek (CPZ en CGG-SP).**
 - Beschrijving: Iedereen kan een rol spelen in de preventie van zelfdoding. Daarom ontwikkelde VLESP een laagdrempelige lezing voor het brede publiek waarin informatie wordt aangeboden over wat elk van ons kan doen om mee te helpen zelfdoding te voorkomen. De lezingen worden via webinar en via offline lezing georganiseerd en uitgevoerd door het CPZ en de CGG-SP-werking en dit zowel op vraag als in open aanbod.
Meer info: www.zelfmoord1813.be/vormingen

SUBSTRATEGIE 4. BEPERKEN VAN DE TOEGANG TOT (DODELIJKE) MIDDELEN EN METHODES

CONTINUEREND

Onder deze substrategie wordt gecontinueerd:

- **Samenwerking met Infrabel**

Beschrijving: Sinds vele jaren onderneemt Infrabel acties om het aantal zelfdodingen op het spoor terug te dringen. Hierbij wordt onder andere ingezet op het beveiligen van risicogevoelige plaatsen en het zorgvuldig communiceren over zelfdoding vanuit de spoorwegen.

- **Adviezen m.b.t. het beperken van de toegang tot middelen in zorginstellingen (geformuleerd in de multidisciplinaire richtlijn voor hulpverleners)**

Beschrijving: in het kader van de multidisciplinaire richtlijn voor detectie en behandeling van suïcidaliteit werd een leidraad ontwikkeld voor het suïcideveilig maken van zorginstellingen. Deze adviezen worden geactualiseerd en verder uitgedragen.

NIEUW

Verder worden twee nieuwe actievoorstellen geformuleerd:

1.5. Deskundigheidsbevordering van apothekers (Vlaams ApothekersNetwerk, VLESP)

Behoefte/probleemstelling

De meerderheid van de zelfdodingen en zelfmoordpogingen gebeurt in de thuiscontext, veelal aan de hand van medicatie. Er is nood aan preventie in die specifieke context. Apothekers vormen hierin belangrijke sleutelfiguren.

Doelstelling

Het bevorderen van kennis, attitudes en vaardigheden van apothekers m.b.t. suïcidepreventie, met specifieke aandacht voor het bieden van psycho-educatie over medicatie(beheer).

Doelgroep

Apothekers

Omschrijving

- Onderzoek en goede praktijken in kaart brengen.
- Ontwikkeling van methodieken voor deskundigheidsbevordering (onder vorm van opleiding, toolbox, e-learning, materialen ...).
- Uitvoering van pilootprojecten in enkele eerstelijnszones.
- Integratie van de ontwikkelde methodieken in de bestaande opleidingsstructuren van apothekers.
- Ontwikkeling van een plan voor bredere implementatie op basis van de ervaringen en evaluatie van de pilootprojecten. Op termijn: methodieken uitrollen over alle eerstelijnszones in Vlaanderen.

1.6. Richtlijnen m.b.t. het beperken van de toegang tot methodes (VLESP)

Behoefte/probleemstelling

De grote regionale variatie in meest gebruikte zelfmoordmethoden wereldwijd toont aan dat de keuze voor een bepaalde methode mee wordt beïnvloed door de beschikbaarheid en toegankelijkheid van die methode. Er is nood aan meer inzichten en preventieve maatregelen m.b.t. de beschikbaarheid en toegankelijkheid van methodes in Vlaanderen.

Doelstelling

Methoden (die veel gebruikt worden) minder dodelijk of toegankelijk maken, waardoor het aantal zelfdodingen met die methode én met andere methoden afneemt. Dit via het aanbieden van richtlijnen en maatregelen binnen diverse omgevingen (zorginstellingen, lokale besturen, online).

Doelgroep

De individuele burger (ook zij die niet in de hulpverlening terecht komen).

Omschrijving

- Opstellen en implementeren van richtlijn m.b.t. het aanpassen van de infrastructuur en het medicatiebeleid binnen openbare voorzieningen, zorginstellingen, ...
- Opstellen en implementeren van richtlijn m.b.t. hoe lokale besturen hun gemeente/stad/... suicideveilig kunnen maken
- Uitwerken van acties m.b.t. online websites/tools/zoekfuncties/... (online mediarichtlijnen, ondersteuning bieden aan redactieteams, moderatoren, ..., beïnvloeding zoekstrategie etc.)

Strategie 2 – Deskundigheidsbevordering van professionals en sleutelfiguren

Aan de hand van deze strategie willen we professionals en sleutelfiguren die op regelmatige basis in contact komen met mensen die mogelijk een suïciderisico hebben, alle nodige kennis, attitudes en vaardigheden bijbrengen om aan suïcidepreventie te kunnen doen. Dit doen we via het aanbieden van informatie, advies, richtlijnen, ondersteuning, vorming en training en dit gebeurt voornamelijk settinggericht.

ACTIES BINNEN STRATEGIE 2: DESKUNDIGHEIDSBEVORDERING VAN PROFESSIONELEN EN SLEUTELFIGUREN	
CONTINUEREND	Breed ondersteunings- en vormingsaanbod
	Settinggerichte preventierichtlijnen
	Hulplijn voor hulpverleners: ASPHA
NIEUW	Deskundigheidsbevordering van zorg- en hulpverleners via een Virtual Reality Tool
	Deskundigheidsbevordering van huisartsen via navorming
	Denktank en pilootproject Setting Werk
	Deskundigheidsbevordering van bemiddelaars bij VDAB

CONTINUEREND

- **Breed ondersteunings- en vormingsaanbod (CPZ, CGG-SP, VLESP)**

Beschrijving: Deskundigheidsbevordering van professionals en sleutelfiguren vormen een belangrijke strategie voor suïcidepreventie. Al vele jaren bieden VLESP, CGG-SP en het CPZ vormingen en trainingen aan, rekening houdend met de specifieke context en rol van de deelnemers aan de vormingen. De vormingen richten zich in eerste instantie op professionals en sleutelfiguren die een meer dan gemiddeld risico hebben om binnen hun omgeving te maken te krijgen met suïcidale personen zoals:

- In het onderwijs (kleuter, lager, secundair, hogescholen, universiteiten), jeugdwerk en ondersteuningsdiensten zoals CLB's. Een belangrijke focus hier wordt de deskundigheidsbevordering en ondersteuning van toekomstige professionals rond geestelijke gezondheidsbevordering en suïcidepreventie.
- Op de werkvloer
- Binnen Zorg en Welzijn: hulpverleners, huisartsen, crisishulpverlening, tele/online hulp, calltakers (oa 100/101/112) en onthaalmedewerkers,...
- Binnen Politie, justitie, gevangenissen
- Binnen Lokale besturen

Meer info: www.zelfmoord1813.be/vormingen

- **Het verder aanbieden en updaten van preventierichtlijnen voor verschillende sectoren of settings (VLESP)**

Beschrijving: VLESP ontwikkelde diverse richtlijnen gericht op specifieke sectoren of settings met als doel deze te ondersteunen in het voeren van een breder suïcidepreventiebeleid. Er werden richtlijnen ontwikkeld voor:

- De setting Onderwijs en de setting Werk
- De setting Zorg en Welzijn:

- De 'Multidisciplinaire richtlijn voor de detectie en behandeling van suïcidaal gedrag' (2017);
- De 'Leidraad Zorgcontinuïteit' (2018);
- De praktijkadviezen m.b.t. suïcidepreventie bij ouderen (2019);
- Het E-learning platform "SP-Reflex" (2017).

Meer info: www.zelfmoord1813.be/samen-voorkomen en www.sp-reflex.zelfmoord1813.be

- **De hulplijn voor hulpverleners: ASPHA (CPZ)**

Beschrijving: ASPHA (Advieslijn rond Suïcidepreventie voor Huisartsen en Andere hulpverleners) is een hulplijn waar professionele hulpverleners terecht kunnen voor advies in verband met het begeleiden van een suïcidale persoon. ASPHA wordt beantwoord door de professionele medewerkers van het Centrum ter Preventie van Zelfdoding.

Meer info: www.zelfmoord1813.be/aspha

NIEUW

Verder zijn drie nieuwe actievoorstellen opgenomen:

2.1. Deskundigheidsbevordering van (toekomstige) zorg- en hulpverleners via een Virtual Reality Tool (VLESP en UCLL)

Behoefte/probleemstelling

Zorg- en hulpverleners hebben nood aan kennis, vaardigheden en vertrouwen om zelfmoordgedachten en -gedrag te bevragen en te bespreken met suïcidale personen. Richtlijnen en trainingen zijn hiervoor voorhanden, maar innovatieve leermogelijkheden zoals het leren via Virtual Reality kunnen dit versterken.

Doelstelling

Zorg- en -hulpverleners vertrouwd maken met het bespreken van zelfmoordgedachten door in Virtual Reality het gesprek aan te gaan met een suïcidale patiënt. Bijkomend wordt ingezet op het stimuleren van het achterliggend klinisch redeneren, waardoor de kans verhoogt dat de transfer gemaakt kan worden naar het gesprek met een suïcidale patiënt in real life.

Doelgroep

Zorg- en hulpverleners en zorg- en hulpverleners in opleiding.

Omschrijving

Het expertisecentrum 'Health Innovation' van UCLL (University Colleges Leuven-Limburg) ontwikkelde in samenwerking met het VLESP een eerste scenario uit van een Virtual Reality Tool waarmee je als zorg- of hulpverlener een klinisch gesprek kan volgen tussen een hulpverlener en een suïcidale patiënt en het verloop van het gesprek zelf kan sturen en zo inoefenen. Deze tool is momenteel in een testfase, waarna, bij gunstige evaluatie zal worden gezocht naar een implementatiestrategie en de ontwikkeling van nieuwe scenario's.

2.2. Deskundigheidsbevordering van huisartsen via navorming

Behoefte/probleemstelling

Suïcidedgedachten worden nog te weinig besproken in de huisartsenpraktijk. Huisartsen zijn nog te weinig vertrouwd met de richtlijn en handvaten om suïcide te bespreken, te detecteren, en de nodige interventies op te zetten. Daarnaast zorgt schroom bij patiënt en zorgverlener ervoor dat geestelijke gezondheidsklachten en suïcidedgedachten in het bijzonder onder de radar blijven.

Doelstelling

Aan de hand van een LOK vormingspakket en vanuit een intervisie benadering huisartsen uitdagen om te reflecteren en ervaringen te delen over suïcidepreventie in de praktijk en hen mogelijkheden en uitdagingen laten identificeren.

Doelgroep

Huisartsen

Omschrijving

1. In een voorbereidende fase worden focusgroepen georganiseerd met huisartsen
2. Nadat behoeften in kaart zijn gebracht, wordt de inhoud van het pakket samengesteld door en afgetoetst bij een aantal LOK-groepen
3. Opleiden van huisartsen die als moderator kunnen optreden op het intervisieproces

2.3. Denktank en pilootproject Setting Werk

Behoefte/probleemstelling

Vanuit suïcidepreventie wordt de nood ervaren om meer aandacht en acties gericht op suïcidepreventie op de werkvloer te brengen. Om deze acties ook effectief te realiseren binnen de werkcontext is het essentieel om verschillende stakeholders daarrond samen te brengen.

Doelstelling

Samenstellen van een netwerk van stakeholders die werk kunnen maken van een voorstudie over mogelijke preventie-acties op de werkvloer, waarna een pilootproject kan worden uitgewerkt en opgestart.

Doelgroep

Relevante actoren uit de Setting Werk

Omschrijving

1. Samenbrengen van een consortium met zowel inhoudelijke partners als actoren op de werkvloer, begeleid door een wetenschappelijk team.
2. Nagaan van de noden van de setting werk.
3. Ontwikkelen, uitvoeren en evalueren van een pilootproject (een specifieke preventie-actie op de werkvloer).
4. Valoriseren en plan voor verdere implementatie.

Tot slot worden ook nieuwe richtlijnen ontwikkeld voor hulpverleners, deze sluiten aan bij geïndiceerde preventie en zijn te vinden onder strategie 4.

2.4. Deskundigheidsbevordering van bemiddelaars bij VDAB

Behoefte/probleemstelling

Het al dan niet hebben van werk kan een belangrijke risicofactor zijn rond suïcide. VDAB-bemiddelaars komen in contact met mensen op zoek naar werk, die hun werk dreigen te verliezen, of die moeilijkheden ervaren op de werkvloer. Zij zijn dus uitstekend geplaatst om eventuele signalen van suïcidaliteit te detecteren en gepast te reageren, mits zij hiervoor over de nodige handvatten en vaardigheden kunnen beschikken.

Doelstelling

Samenstellen van een netwerk van stakeholders die werk maken van een voorstudie over preventie-acties op de werkvloer, waarna een pilootproject wordt uitgewerkt en opgestart.

Doelgroep

Alle werknemers van VDAB, VDAB-bemiddelaars

Omschrijving

1. Voor alle VDAB werknemers een sensibiliseringsactie opzetten, waarbij een digitale suïcidepreventiemodule aangeboden wordt op digitale brugdagen die binnen VDAB georganiseerd worden (bereik: ongeveer 3500 van de 5000 werknemers). Daarnaast wordt informatie rond suïcidepreventie aangeboden op de intranetpagina (tips & tricks, filmpjes).
2. Voor de bemiddelaars (ongeveer 700 personen) wordt een verdiepende actie georganiseerd, waarbij er een halve dag vorming rond suïcidepreventie per provincie wordt aangeboden aan de teamleiders (per provincie ongeveer 20 personen). Via het 'train-the-trainer'-principe geven de teamleiders de verkregen informatie door aan het eigen team van bemiddelaars. Deze sessies kunnen in het eerste jaar iedere 2 maanden herhaald worden.

Strategie 3 – Suïcidepreventie bij kwetsbare groepen

In deze strategie richt het actieplan zich tot doelgroepen die een gekend verhoogd suïciderisico hebben. Specifieke aandacht gaat respectievelijk uit naar jongeren, ouderen, mannen, LGBTI+personen, financieel kwetsbare groepen, kwetsbare beroepsgroepen, personen in gevangenissen en detentiehuizen en personen met een psychische problematiek. De focus van deze strategie ligt op doelgroepgerichte vroegdetectie van suïcidaliteit en op implementatie van bestaande methodieken en tools, toegepast op de noden van de respectievelijke doelgroepen.

ACTIES BINNEN STRATEGIE 3: SUÏCIDEPREVENTIE BIJ KWETSBARE GROEPEN	
JONGEREN	
CONTINUEREND	Serious game “Silver”
	Hulplijn AWEL
	Fiches voor het Jeugdwerk
NIEUW	Versterken van mentaal welbevinden bij jongeren uit kwetsbare posities
OUDEREN	
CONTINUEREND	Praktijkadviezen en e-learning voor zorg- en hulpverleners
NIEUW	Lezing algemeen publiek en Webinars voor ouderen
	Intensifiëring samenwerking VLESP - Vlaamse Ouderenraad
MANNEN	
CONTINUEREND	Campagne ‘Kom Uit Je Kop’
LGBTI+ PERSONEN	
CONTINUEREND	Aandacht voor de doelgroep/het thema in nieuwe acties
	Websites Lumi.be/lgbt en Gendervonk
NIEUW	Intensifiëring samenwerking VLESP - çavaria, Transgender Infopunt, WelJong
	Te verkennen: kwalitatief onderzoek naar ervaringen en noden van LGBTI+ personen met suïcidedgedachten
FINANCIEEL KWETSBARE GROEPEN EN KWETSBARE BEROEPSGROEPEN	
NIEUW	Versterken van mentaal welbevinden bij werklozen
	Onderzoek naar kwetsbare beroepsgroepen
	Suïcidepreventie bij land- en tuinbouwers
PERSONEN IN GEVANGENISSEN EN DETENTIEHUIZEN	
CONTINUEREND	Sensibilisering en in kaart brengen van knelpunten voor implementatie

JONGEREN

In vergelijking met andere leeftijdsgroepen, komt overlijden door zelfmoord in Vlaanderen het minst voor bij jongeren. Het is echter, samen met vervoersongevallen, wel de meest voorkomende doodsoorzaak bij jongeren tussen 15 en 29 jaar. In vergelijking met andere leeftijdsgroepen, komen zelfmoordpogingen wel vrij frequent voor bij jongeren, evenals zelfmoordgedachten.

CONTINUEREND

- **De serious game ‘Silver’ (VLESP)**

Beschrijving: Silver is een game voor jongeren tussen 12 en 16 jaar, die jongeren laat kennismaken met geestelijke gezondheid en hen vaardigheden geeft om hun mentale gezondheid te versterken. De resultaten uit de studie van Silver toonden aan dat de game een positief effect had op emotie-regulatievaardigheden. Na het spelen van de game werden de

jongeren namelijk beter in het herkennen, benoemen en begrijpen van hun emoties. Daarnaast werd er bij de jongeren een daling in de aanwezigheid van denkfouten gevonden. De continuering omvat een intensieve opvolging en focus op brede implementatie (onder meer in de onderwijscontext) om een grootschalig bereik te kunnen realiseren (VLESP).

Meer info: www.silvergame.be

- **De hulplijn AWEL, met mogelijks een thematische uitbreiding van het jongerenforum m.b.t. het thema zelfdoding**

Beschrijving: Kinderen en jongeren komen via de online werking bij Awel terecht met suïcidale gedachten. Het forum werkt op dat vlak erg goed: jongeren zoeken én vinden steun bij elkaar. Wat betreft het thema zelfdoding wordt er bekeken of het zinvol is een thematische uitbreiding te voorzien van het bestaande forum.

Meer info: www.awel.be

- **De verdere implementatie van de ontwikkelde fiches voor het jeugdwerk (CGG-SP)**

Beschrijving: CGG-SP ontwikkelde samen met diverse actoren uit het jeugdwerk fiches om zelfdoding bespreekbaar te maken binnen het jeugdwerk. Deze infofiches helpen jeugdwerkers op weg wanneer ze in aanraking komen met het thema zelfmoord in de jeugdwerkorganisatie. De fiches worden verder geïmplementeerd. Er wordt bekeken of er nood is aan uitbreiding van deze materialen ruimer dan suicidepreventie, waarbij eventueel aansluiting wordt gezocht met de te ontwikkelen EHBP bij jongeren en / of andere methodieken gericht op het jeugdwerk die een ruimere focus hebben dan enkel suicidepreventie.

Meer info: <https://www.zelfmoord1813.be/publicaties/zelfdoding-in-het-jeugdwerk-infofiches-ter-preventie>

NIEUW

3.1. Versterken van het mentaal welbevinden bij jongeren uit kwetsbare posities (Gezond Leven)

Behoefte/probleemstelling

Uit onderzoek en internationale studies blijkt dat jongeren uit kwetsbare situaties het zwaarst getroffen werden door de coronacrisis, met impact op het mentaal welbevinden. Toch bezit deze groep heel wat veerkracht.

Doelstelling

Versterken van de kwetsbare jongeren via workshops om zo:

- Het zelfvertrouwen en de eigenwaarde te versterken
- Hen copingsvaardigheden aan te leren en kanalen van (zelf)hulp te leren kennen

Doelgroep

Jongeren van 12-18 jaar uit kwetsbare gezinnen en wijken

Omschrijving

- Meerdaagse workshop: in beeld brengen van de mentale veerkracht aan de hand van nieuwe media.
- Workshopreeks rond het thema veerkracht waar jongeren zelf aan de slag gaan.
- Verhalen worden verwerkt in bredere mediacampagnes.

- Inzichten zullen gebruikt worden als basis voor ondersteunende materialen in het Jeugdwerk.

OUDEREN

Mannen vanaf 75 jaar hebben het hoogste risico om te overlijden door zelfmoord en dit risico stijgt naarmate de leeftijd toeneemt. Het aantal zelfmoordpogingen ligt bij oudere mannen en vrouwen opmerkelijk lager dan in andere leeftijdsgroepen. Dat wil zeggen dat het risico op een fatale afloop van een suïcidepoging bij ouderen hoger is.

CONTINUEREND

- **Praktijkadviezen en e-learning voor zorg- en hulpverleners m.b.t. suïcidepreventie bij ouderen (VLESP)**
 - Beschrijving: VLESP ontwikkelde in aansluiting op de multidisciplinaire richtlijnen voor detectie en behandeling van suïciditeit een specifieke richtlijn voor professionelen die met ouderen werken. Daarnaast werd een e-learning-module ontwikkeld als aanvulling op de bestaande SP-reflex. Deze materialen worden verder geïmplementeerd binnen de ouderenzorg.
Meer info: www.sp-reflex.zelfmoord1813.be

NIEUW

- Aanpassing van de standaard lezingen/webinars over suïcidepreventie voor het algemene publiek (CPZ en CGG-SP), naar de doelgroep van ouderen. In dergelijke lezing informeren we het brede publiek over signalen over zelfdoding en hoe in gesprek gaan over zelfdoding. Dergelijke lezingen worden nu reeds aangeboden aan het algemene publiek, maar een doelgroepgerichte lezing kan mogelijks meer ouderen aanspreken en bereiken.
- Intensifiëring van de samenwerking tussen VLESP en de Vlaamse Ouderenraad om implementatie van bestaande methodieken (richtlijnen vr hulpverleners, Geluksdriehoek, LOK-pakketten,...) te versterken en samen mogelijke nieuwe pistes en acties te verkennen.

MANNEN

In alle leeftijdsgroepen sterven meer mannen door zelfmoord dan vrouwen. 3 op 4 zelfdodingen in Vlaanderen gebeuren bij mannen. Extra risicofactoren bij mannen hangen onder meer samen met heersende genderstereotypen en het taboe op spreken over of hulp zoeken voor psychische problemen.

CONTINUEREND

- **Kom uit je kop (VLESP)**
Beschrijving: 'Kom Uit Je Kop' wil psychische problemen bij mannen uit de taboesfeer halen en mannen (en hun omgeving) aanmoedigen 'uit hun kop' te komen en hulp te zoeken op de manier die het best bij hen past. De campagne beoogt om via herkenbare en hoopvolle verhalen, via tips en links de mentale gezondheid van mannen te versterken, signalen beter te leren herkennen (ook als omgeving) en de drempel naar hulp te verlagen. De campagne zal verder geïmplementeerd worden aan de hand van nieuwe getuigenissen. Indien

nodig/wenselijk zullen bijkomende materialen ontwikkeld worden om specifieke doelgroepen te bereiken.

Meer info: www.komuitjekop.be

LGBTI+ PERSONEN

De prevalentie van zelfmoordgedachten en pogingen ligt beduidend hoger binnen de doelgroep van LGBTI+ (Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Intersexual) personen, zo toonde ook Vlaams onderzoek.

CONTINUEREND

- **Aandacht voor de doelgroep van LGBTI+ personen bij de ontwikkeling van nieuwe acties, methodieken of onderzoek.**
- **Websites Lumi.be/lgbt en Gendervonk**

Beschrijving: de websites Lumi.be/lgbt en Gendervonk werden ontwikkeld door çavaria en het Transgender Infopunt in samenwerking met het VLESP. Lumi.be/lgbt vormt onderdeel van de website van Lumi (de info- en hulplijn over seksuele oriëntatie en gender) en biedt videogetuigenissen en tips over mentaal welzijn en omgaan met zelfmoordgedachten. Gendervonk.be behelst dezelfde thema's, maar richt zich specifiek tot transgender personen en ouders van transgender jongeren. Naast algemene preventie en ondersteuning voor LGBTI+ personen, is immers ook een transgenderspecifieke aanpak nodig om het mentaal welzijn van transgender personen te verhogen. Een belangrijke component van suïcidepreventie omvat daarbij ook het ondersteunen van de directe en bredere omgeving van transgender personen (waaronder ouders en bondgenoten).

Meer info: www.lumi.be/lgbt en www.gendervonk.be

NIEUW

- Intensifiëring van de samenwerking tussen VLESP en relevante partners (çavaria, Transgender Infopunt, Wel Jong). Om te beantwoorden aan de nood aan verdere, bredere implementatie van bestaande methodieken alsook het opvolgen/monitoren van mogelijke nieuwe acties.
- Te verkennen: kwalitatief onderzoek naar ervaringen en noden van LGBTI+ personen met suïcidegedachten

FINANCIEEL KWETSBARE GROEPEN EN KWETSBARE BEROEPSGROEPEN

Nieuw in het actieplan is de verhoogde aandacht voor suïcidepreventie binnen de werksetting. Vandaar zal er onderzoek gedaan worden naar kwetsbare beroepsgroepen (zie strategie 6). Daarnaast worden **volgende nieuwe actievoorstellen** geformuleerd:

3.2. Versterken van mentaal welbevinden bij werklozen (Gezond Leven)

Behoeft/probleemstelling

Werkloosheid kan een grote impact hebben op mentale gezondheid. Een specifieke subgroep van werklozen wordt gevormd door jongeren in een fase van ontluikende volwassenheid, die niet werken, studeren of training volgen. Hierdoor hebben zij geen toegang tot een structureel aanbod geestelijke gezondheidsbevordering, terwijl het net op dat moment zeer belangrijk is. Hoe langer deze periode aansleept, hoe groter de kans dat dit een negatieve impact heeft op fysieke of mentale gezondheid (NEET-jongeren).

Doelstelling

Ontwikkeling van een aanbod van materialen afgestemd op noden van NEET jongeren, en dit door mentaal welbevinden bij (job)coaches te introduceren en hen te ondersteunen om methodieken/werkvormen in te passen in begeleidingen/activatietrajecten.

Doelgroep

Werklozen en jongeren in NEET (Not in Employment, Education of Training)

Omschrijving

1. In kaart brengen van goede praktijken in het buitenland
2. In kaart brengen van relevante te betrekken actoren (VDAB, Welzijnsactoren,...)
3. Bevragen van het werkveld
4. Bevraging jongeren in NEET
5. Ontwikkelen en evalueren van aanbod ondersteunende materialen

Onderzoek naar kwetsbare beroepsgroepen waaronder apothekers en land- en tuinbouwers (zie verder strategie 6)

3.3. Suïcidepreventie op maat van land- en tuinbouwers

Internationaal onderzoek toont aan dat de suïdecijfers bij landbouwers vaak hoger liggen dan gemiddeld. Onderzoek in Vlaanderen naar het welbevinden bij land- en tuinbouwers gevoerd door het Instituut voor Landbouw, Visserij en Voedingsonderzoek geeft aan dat de mentale gezondheid van land- en tuinbouwers sterk onder druk staat: de landbouwwereld is een gesloten wereld waar men niet snel met emoties te koop loopt. Cijfers rond suïcide bij landbouwers in Vlaanderen zijn er niet. Om tegemoet te komen aan de nood aan suïcidepreventie bij de doelgroep van land- en tuinbouwers werd het thema suïcidepreventie mee opgenomen als thema binnen het **actieplan 'Mentaal welbevinden bij land- en tuinbouwers'** vanuit beleidsdomein werk. Vanuit suïcidepreventie worden in dit verband een aantal concrete engagementen aangegaan om bestaande methodieken ook te implementeren binnen de land- en tuinbouwsector (bv. de campagne mannen van VLESP), maar ook om door kleine aanpassingen bestaande methodieken toegankelijk te maken voor deze doelgroep (bv. Webinars algemeen publiek aangepast naar de doelgroep van land- en tuinbouwers). Daarnaast stelt VLESP haar deskundigheid ter beschikking i.k.v. dit actieplan, onder meer bij het uitwerken van sensibiliseringsmateriaal (o.a. een educatieve video en/of een training voor erfbetreders) gericht op land- en tuinbouwers en hun omgeving.

Hoger landbouwonderwijs

Om land- en tuinbouwers voor te bereiden op hun toekomstige rol en de mogelijke druk waaronder zij komen te staan, wordt een actie uitgewerkt gericht op toekomstige landbouwers, in samenwerking met het Hoger landbouwonderwijs. Dit project werd reeds opgestart en eindigt eind 2023.

- Ontwikkeling van een educatief traject “mentaal welbevinden”: via co-creatie sessies en onderzoek wordt bekeken welke noden (mbt mentaal welbevinden) leven onder (jonge) landbouwers, hoe deze gelinkt zijn aan de geluksdriehoek en op welke manier hier aan de hand van een educatief traject antwoord op geboden kan worden.

PERSONEN IN GEVANGENISSEN EN DETENTIEHUIZEN

Gedetineerden hebben een verhoogd risico voor zelfdoding in vergelijking met de algemene bevolking: de zelfmoordrate (aantal zelfdodingen per 100 000 gedetineerden) in de gevangenis in België lag in 2014 zes keer hoger dan in de algemene populatie in België. Ook zelfmoordgedachten en -pogingen komen meer voor bij gedetineerden dan bij de algemene populatie. Eén op drie overlijdens in de gevangenis is een zelfdoding.

CONTINUEREND

Voor de risicogroep van personen in gevangenissen detentiehuisen zullen als startpunt knelpunten m.b.t. implementatie van bestaande methodieken (adviezen en vormingen suïcidepreventie e.d.) in kaart worden gebracht om deze te kunnen aanpakken en het suïcidepreventiebeleid in gevangenissen en detentiehuisen te kunnen versterken. Sensibiliseren is hier van groot belang en dient meegenomen te worden in de hervorming van de penitentiaire gezondheidszorg en in de uitbouw van nieuwe gevangenissen en detentiehuisen.

PERSONEN MET EEN PSYCHISCHE PROBLEMATIEK

Voor de brede doelgroep van personen met een psychische problematiek zijn in Vlaanderen reeds heel wat organisaties en initiatieven actief, die buiten de scope van dit actieplan vallen.

Binnen de bestaande richtlijnen en vormingen m.b.t. suïcidepreventie voor hulpverleners ligt de nadruk op vroegdetectie en behandeling van suïcidaliteit bij personen met een psychische problematiek. Deze adviezen zijn breed toepasbaar bij personen met diverse psychische problematieken en binnen diverse therapeutische stromingen.

Voor sommige problematieken is echter een andere aanpak vereist. In de update van de multidisciplinaire richtlijn zal aandacht uitgaan naar een aanpak op maat voor o.a. personen die lijden aan chronische suïcidaliteit. Ook voor personen met autisme worden in dit actieplan aanbevelingen op maat voorzien (zie Strategie 4).

Strategie 4 – Preventie bij suïcidale personen & ondersteuning naasten

ACTIES BINNEN STRATEGIE 4:

PREVENTIE BIJ SUÏCIDALE PERSONEN & ONDERSTEUNING NAASTEN

SUBSTRATEGIE 1 – Laagdrempelige informatie en hulp aanbieden

CONTINUEREND	Het platform Zelfmoord1813.be
	Zelfmoordlijn 1813
	Mobiele applicaties On Track Again en BackUp
NIEUW	Zelfhulpapp voor suïcidale jongeren
	Zelfzorggroep voor ervaringsgenoten na een suïcidepoging

SUBSTRATEGIE 2 – Ontwikkelen en implementeren van richtlijnen en interventies ter bevordering van de detectie en behandeling van suïcidale gedachten en gedrag

CONTINUEREND	Multidisciplinaire richtlijn voor de detectie en behandeling van suïcidaal gedrag en e-learning website “SP-Reflex”
	Mindfulness-based cognitieve therapie en Toekomstgerichte Training
	Zorg voor personen na een suïcidepoging
NIEUW	Richtlijn voor de detectie en behandeling van suïcidale gedachten en gedrag bij kinderen en jongeren
	Richtlijn voor de detectie en behandeling van suïcidale gedachten en gedrag bij personen met autisme
	Richtlijn voor de detectie en behandeling van suïcidale gedachten en gedrag bij chronische suïcidaliteit
	Tool voor hulpverleners om suïcidale gedachten en gedrag met jongeren te bespreken
	Kortdurende interventie voor personen na een suïcidale crisis of suïcidepoging
	Groepstraining voor suïcidale jongeren

SUBSTRATEGIE 3 – Zorgcontinuïteit voor suïcidale personen bevorderen

CONTINUEREND	Leidraad Zorgcontinuïteit en Ondersteuning netwerken GGZ
NIEUW	Zorgcontinuïteit en ketenzorg voor suïcidale personen vanuit de hulplijnen
	Netwerken GGZ: Evaluatie en Ontwikkeling zorgaanbod en follow-up systeem voor suïcidale personen
	Interdisciplinaire intervisie op EersteLijnsZones

SUBSTRATEGIE 1. LAAGDREMPELIGE INFORMATIE EN HULP AANBIEDEN: TELEFONISCH, ONLINE, FACE-TO-FACE

CONTINUEREND

Wat continuerende acties betreft werken we aan de verdere uitbouw en een groeiend bereik van:

- **Het platform Zelfmoord1813.be (VLESP, CPZ, CGG-SP)**

Beschrijving: het platform Zelfmoord1813.be heeft als doel iedereen op zoek naar informatie of hulp over preventie van zelfdoding op weg te helpen. De website richt zich zowel op mensen die aan zelfdoding denken, hun omgeving, de algemene bevolking, hulpverleners en professionals, journalisten, etc. Zelfmoord1813.be integreert ook een aantal **online tools** waaronder:

- i. het Safety Plan: tool die helpt om in 6 stappen een crisis te overbruggen. (VLESP)

- ii. 'Think Life': een zelfhulpcursus die helpt om beter om te gaan met zelfmoordgedachten(VLESP)
- iii. de ondersteuningstool voor ouders 'Help, mijn kind denkt aan Zelfmoord' en de in ontwikkeling zijnde tool voor broers, zussen en kinderen van iemand die aan zelfdoding denkt (Odisee).

Meer info: www.zelfmoord1813.be

- **Zelfmoordlijn 1813 (CPZ)**

Beschrijving: De Zelfmoordlijn 1813 wil 24/24 telefonische en online hulp bieden aan mensen die aan zelfdoding denken en hun omgeving. De Zelfmoordlijn 1813 werkt met vrijwilligers. De telefoonlijn is 24/7 bereikbaar via het nummer 1813. De chat is dagelijks geopend van 17u tot middernacht. Daarnaast is er ook een maildienst. Om peer support te stimuleren ontwikkelde het CPZ ook een Forum waar mensen met zelfmoordgedachten mekaar in een veilige en preventieve omgeving kunnen steunen. Er wordt ook onderzocht of een forum voor naasten een meerwaarde zou vormen. De Zelfmoordlijn 1813 wordt gecontinueerd. Een gefaseerde verdere uitbreiding van zowel het telefonische als online aanbod van de Zelfmoordlijn is nodig.

Meer info: www.zelfmoord1813.be

- **De mobiele applicaties On Track Again en BackUp (VLESP)**

Beschrijving: On Track Again is een app voor jongeren na een suïcidepoging. BackUp is een app voor suïcidale personen en hun omgeving. Deze beide apps worden verder geïmplementeerd.

Meer info: www.zelfmoord1813.be

NIEUW

Daarnaast omvat deze substrategie twee nieuwe actievoorstellen:

4.1. Zelfhulp-app voor suïcidale jongeren (VLESP)

Behoefte/probleemstelling

Jongeren zijn een moeilijk bereikbare groep. Er is nood aan gemakkelijk toegankelijke en aantrekkelijke interventies om hen beter te bereiken, hen te motiveren om aan de slag te gaan met hun suïcidale gedachten en de drempels bij het zoeken naar hulp verlagen.

Doelstelling

Een app ontwikkelen die een online zelfhulptraining aanbiedt aan jongeren om te leren omgaan met hun suïcidegedachten.

Doelgroep

Suïcidale jongeren tussen 16-24 jaar

Omschrijving

- Op basis van de literatuurstudie en de reeds bestaande methodiek 'Think Life' zal een zelfhulp-app voor suïcidale jongeren ontwikkeld worden.
- In co-creatie met jongeren.
- Nagaan of de app ook gebruikt kan worden voor blended care.
- Effectiviteitsstudie en indien positief bevonden, implementatie via het online platform Zelfmoord1813.be.

4.2. Zelfzorggroep voor ervaringsgenoten na een suïcidepoging (Patiëntenplatform OpGang)

Behoeft/probleemstelling

Het delen van ervaringen omtrent de aanleiding en verwerking van een zelfdodingspoging kan heilzaam zijn om nieuwe zelfmoordpogingen te voorkomen.

Doelstelling

Personen bereiken die na een zelfdodingspoging op zoek zijn naar ervaringsgenoten om er op basis van begrip en steun tot hoopvolle inzichten te komen. Door te praten over de aanleiding van een poging en de gevolgen ervan, kunnen ervaringsgenoten elkaar ondersteunen om sterker in het leven te staan.

Doelgroep

Ervaringsgenoten van een suïcidepoging

Omschrijving

- Voorstudie (evidenties en praktijkervaringen)
- Uitwerken van een zelfzorggroep voor 'ervaringsgenoten van suïcidepoging'
- Verder opbouwen van de actie indien positieve resultaten

SUBSTRATEGIE 2. ONTWIKKELEN EN IMPLEMENTEREN VAN RICHTLIJNEN EN INTERVENTIES TER BEVORDERING VAN DE DETECTIE EN BEHANDELING VAN SUÏCIDALE GEDACHTEN EN GEDRAG

CONTINUEREND

Wat continuerende acties betreft zetten we verder in op:

- **De update en implementatie van de 'Multidisciplinaire richtlijn (MDR) voor de detectie en behandeling van suïcidaal gedrag' (VLESP) en de bijhorende e-learningwebsite 'SP-Reflex'**
Beschrijving: de MDR kan hulpverleners helpen bij het detecteren en behandelen van suïcidale gedachten en gedrag. De beoogde doelgroep van deze richtlijn zijn artsen, psychologen, therapeuten en verpleegkundigen werkzaam binnen de reguliere gezondheidszorg. Ter ondersteuning van de richtlijn werd een e-learning website ontwikkeld. De belangrijkste aanbevelingen en richtlijnen kunnen via deze website op basis van e-learningmodules en praktijkoefeningen aangeleerd en ingeoefend worden. Deze e-learningwebsite is gratis toegankelijk en komt in aanmerking voor accreditering door het RIZIV. De MDR en SP-reflex zullen verder geïmplementeerd worden, dit in samenwerking met belangrijke partners zoals de Zorginspectie en het Vlaams Instituut voor Kwaliteit en Zorg (kwaliteitsindicatoren). Een grondige **update** van de richtlijn en de e-learning website staat ook gepland in 2022-2023. Verder zal er bij de update aandacht uitgaan naar een aantal noden die benoemd werden in het voortraject van het actieplan, met name:
 - Aandacht voor acute suïcidaleit bij ernstige psychiatrische problemen
 - Adviezen voor de begeleiding van suïcidale patiënten binnen multidisciplinaire teams, ter bevordering van informatie-uitwisseling, vlotte communicatie met en over suïcidale patiënten en ter facilitering van de overgang van bevraging naar interventie (zie ook verder nieuwe actie 'Verdieping van de Multidisciplinaire Preventie Reflex).

Meer info: www.zelfmoord1813.be/sp-reflex

- **‘Mindfulness-based cognitieve therapie’ (MBCT-S) en ‘Toekomstgerichte Training’ (TT) (VLESP)**

Beschrijving: 'MBCT-S', is gebaseerd op de reguliere op mindfulness gebaseerde cognitieve therapie en werd door VLESP aangepast om het toepasbaar te maken voor suïcidale personen. Een belangrijk onderdeel vormt bijvoorbeeld het opmaken van een safety plan waarbij deelnemers stap voor stap geleerd wordt om een suïcidale crisis te herkennen en die crisis beter het hoofd te bieden. De focus tijdens de training ligt op het hier en nu zonder voortdurend te piekeren over het verleden of de toekomst. De training omvat 8 wekelijkse sessies van 2u (voor 6 à 10 deelnemers). 'TT' is een groepstraining gebaseerd op technieken uit de cognitieve gedragstherapie, probleemoplossende therapie en positieve psychologie. De focus ligt op het denken in mogelijkheden, het leren een beeld te vormen van wat wél zou kunnen in de toekomst door het opstellen van kleine persoonlijke doelen. Deze training werd ontwikkeld aan de Vrije Universiteit Amsterdam en werd door VLESP aangepast voor gebruik in Vlaanderen. De training omvat 8 wekelijkse sessies van 2 uur (voor 6 à 10 deelnemers). De implementatie van deze beide groepstrainingen voor suïcidale personen zal gecontinueerd worden, waarbij we streven naar de uitbouw van een grotere pool van hulpverleners om deze trainingen in de praktijk te kunnen brengen.

Meer info: www.zelfmoord1813.be/info-voor-hulpverleners/groepstraining

- **Een goede zorg voor personen na een suïcidepoging, waarbij er wordt gestreefd naar een brede implementatie van een sterk instrument voor de opvang na een suïcidepoging d.m.v. de Leidraad Opvang en Evaluatie na Suïcidaliteit (LOES) (VLESP en CGG-SP).**

Beschrijving: LOES is ontworpen om hulpverleners in verschillende settings te ondersteunen bij de eerste psychosociale opvang en evaluatie van iemand die een suïcidepoging ondernam of kampt met suïcidale ideatie. Het is een semigestructureerd interview waarmee risicofactoren en zorgbehoeften in kaart worden gebracht. Het draagt bij tot het hanteren van een gemeenschappelijke taal binnen en over de grenzen van de instelling heen en faciliteert zo de informatieoverdracht. LOES biedt een aanzet tot het invullen van de risicoformulering en biedt tenslotte de mogelijkheid om het safety plan te introduceren. LOES kan worden afgenomen bij volwassenen en bij jongeren vanaf 12 jaar.

Meer info: www.zelfmoord1813.be/loes

NIEUW

Voortbouwend op de multidisciplinaire richtlijn voor hulpverleners worden nieuwe **richtlijnen voor hulpverleners** uitgewerkt gericht op specifieke doelgroepen:

4.3. Richtlijn voor de detectie en behandeling van suïcidale gedachten en gedrag bij kinderen en jongeren (VLESP)

Behoefte/probleemstelling

Zelfmoordgedachten en –pogingen komen relatief vaak voor bij jongeren in vergelijking met andere leeftijdsgroepen. Hulpverleners geven aan niet over voldoende know-how te beschikken om dit op een laagdrempelige en veilige manier bespreekbaar te maken met de jongere en om gepaste interventies (bv. safety planning) op maat van de doelgroep te bepalen en op te starten.

Doelstelling

Deze actie beoogt suïcidaliteit beter bespreekbaar te maken tussen kinderen/jongeren en hulpverleners, om zo suïcidaliteit sneller te kunnen detecteren en gepaste interventies op maat

van kinderen/jongeren te kunnen opzetten. Dit door het aanbieden van informatie, advies en tools (onder de vorm van een richtlijn en e-learning module) voor hulpverleners.

Doelgroep

Hulpverleners en suïcidale kinderen en jongeren

Omschrijving

- Ontwikkeling en implementatie van een wetenschappelijk onderbouwde richtlijn voor hulpverleners met daarin aanbevelingen over de detectie en behandeling van suïcidale gedachten en gedrag bij kinderen en jongeren.
- Als eindproduct wordt een richtlijn en een samenvatting voorzien en aanvullend een e-learning module die kan ingebed worden in de bestaande e-learningwebsite van het VLESP: <https://sp-reflex.zelfmoord1813.be/index.php>
- Ontwikkeling van een training voor hulpverleners op basis van de richtlijn, i.s.m. de suïcidepreventiewerking van de Centra voor Geestelijke Gezondheid

4.4. Richtlijn voor de detectie en behandeling van suïcidale gedachten en gedrag bij personen met autisme (VLESP)

Behoefte/probleemstelling

Personen met autisme of ASS (Autisme Spectrum Stoornis) hebben een verhoogd risico op het ontwikkelen van suïcidegedachten en suïcidaal gedrag. Het is niet bekend of bestaande adviezen en tools m.b.t. suïcidepreventie tegemoetkomen aan de noden van deze doelgroep. Ook hulpverleners en naasten van personen met autisme hebben baat bij een autismevriendelijke aanpak en tips voor suïcidepreventie.

Doelstelling

Het uitwerken van handvatten voor suïcidepreventie bij personen met autisme, onder de vorm van een leidraad en e-learning module voor hulpverleners en tips voor naasten.

Doelgroep

Personen met autisme, hun hulpverleners en naasten.

Omschrijving

- Literatuurstudie en inventaris goede praktijken
- Screenen bestaande richtlijnen en tools op autismevriendelijkheid
- Uitwerken leidraad voor hulpverleners en tips voor naasten
- I.s.m. ervaringsdeskundigen, relevante organisaties, hulpverleners met expertise

4.5 Richtlijn voor de detectie en behandeling van suïcidale gedachten en gedrag bij chronische suïcidaliteit (VLESP en CGG-SP)

Behoefte/probleemstelling

De huidige multidisciplinaire richtlijn m.b.t. de detectie en behandeling van suïcidale gedachten en gedrag, alsook de huidige tools en methodieken m.b.t. suïcidepreventie zijn sterk gericht op acuut suïcidale personen. Vanuit het werkveld wordt een toenemende nood gemeld aan een specifieke richtlijn voor de detectie en behandeling van chronisch suïcidale personen.

Doelstelling

Opstellen van een richtlijn m.b.t. het begeleiden en behandelen van chronisch suïcidale personen.

Doelgroep

Chronisch suïcidale personen

Omschrijving

- Deze actie zal worden opgenomen binnen de update van de reguliere multidisciplinaire richtlijn
- Zicht krijgen op hiaat en noden m.b.t. chronische suïcidaliteit
- Opstellen van inventaris met good practices en specifieke literatuur m.b.t. chronische suïcidaliteit
- Opstellen en implementeren van een multidisciplinaire richtlijn m.b.t. chronische suïcidaliteit
- Aanbieden en implementeren van deskundigheidsbevordering

Verdieping van de Multidisciplinaire Suïcide Preventie Reflex

Deze actie wordt door het VLESP meegenomen in de update van de Multidisciplinaire Richtlijn Detectie en Behandeling Suïcidaal Gedrag (zie hierboven bij continuerende acties)

Behoefte/probleemstelling

Zelfmoordgedachten en -pogingen komen vaak voor in een populatie patiënten met angst en stemmingsstoornissen. Op de afdeling wordt opgemerkt dat informatie en vlotte communicatie binnen een multidisciplinair team moeizaam verloopt.

Doelgroep

Patiënten met angst en stemmingsstoornissen (en andere psychiatrische patiënten)

Doelstelling

Creëren van bewustzijn rond de aanwezigheid van suïcidale ideaties bij psychiatrische patiënten. Op punt stellen van een gebruiksvriendelijke toepassing die de overgang van bevraging naar interventie kan faciliteren.

Omschrijving

- Identificeren welke tools aanwezig zijn ter ondersteuning van verpleegkundigen bij het bevragen van suïcidale gedachten
- Samenvatten van deze informatie en bespreken tijdens wekelijkse teammeeting
- bespreken welke acties hier concreet aan gekoppeld kunnen worden
- obv multidisciplinair overleg zullen de stappen afgetoetst worden (praktijkgerichtheid, gebruiksvriendelijkheid)
- Einddoel: tool (procedure) uitschrijven rond uitvoering van detectie tot interventie

Daarnaast worden volgende nieuwe **behandeltools** ontwikkeld:

4.5. Tool voor hulpverleners om suïcidale gedachten en gedrag met jongeren te bespreken (VLESP)

Behoefte/probleemstelling

Zelfmoordgedachten en -pogingen komen relatief vaak voor bij jongeren in vergelijking met andere leeftijdsgroepen. Toch ervaren zowel jongeren als hulpverleners een grote drempel om dit thema aan te kaarten en te bespreken binnen hulpverlenende gesprekken.

Doelstelling

Het aankaarten, bespreken en verder onderzoeken van suïcidaliteit tussen jongeren en hulpverleners faciliteren. Zodat de jongere en de hulpverlener meer inzicht kunnen verkrijgen in de suïcidale gedachten en gedrag en in risico- en beschermende factoren en zodat er een grondig en concreet safetyplan en behandelplan op maat van de jongere kan worden opgesteld.

Doelgroep

Hulpverleners (die in contact komen met jongeren met zelfmoordgedachten) en jongeren met zelfmoordgedachten

Omschrijving

- Ontwikkeling van een wetenschappelijk onderbouwde tool die fysieke visuele tools bevat (o.a. vragenkaartjes, fotokaartjes..) en een handleiding.
- Onderzoek naar hoe jongeren en hulpverleners het werken met de tool ervaren
- Implementeren van de tool in zorginstellingen in Vlaanderen (o.a. a.d.h.v. een training)

4.6. Kortdurende interventie voor personen na een suïcidale crisis of suïcidepoging (VLESP)

Behoefte/probleemstelling

Er is een duidelijke nood aan een laagdrempelige kortdurende interventiemethodiek voor deze doelgroep.

Doelstelling

Suïcidale personen op korte termijn handvaten aanreiken om met hun suïcidale crisissen om te gaan en hen inzicht te bieden in de suïcidale crisis om zo de motivatie voor gespecialiseerde zorg te verhogen. Daarenboven wil de methodiek ook de naaste(n) van de suïcidale persoon betrekken.

Doelgroep

Volwassen personen (18+) na een suïcidale crisis of na een suïcidepoging en hun naaste(n)

Omschrijving

- Methodiekontwikkeling op basis van wetenschappelijke literatuurstudie en input van klankbordgroep
- Effectiviteitsstudie
- Indien de resultaten positief zijn, implementatie binnen de netwerken zorgcontinuïteit.

4.7. Groepstraining voor suïcidale jongeren (VLESP)

Behoefte/probleemstelling

Op dit moment is er geen interventie voor jongeren die specifiek gericht is op omgaan met suïcidaliteit. Vanuit de GGZ netwerken kinderen en jongeren is hier nood aan. Voor de ontwikkeling van deze groepstraining kan vertrokken worden van de bestaande en onderbouwde 'Toekomstgerichte Training' voor volwassenen.

Doelstelling

Het doel van deze training is het aanreiken van kennis en handvaten aan jongeren om meer te leren denken in mogelijkheden, leren een beeld te vormen van wat wél zou kunnen in de toekomst door het opstellen van kleine persoonlijke doelen. Een ander belangrijk doel van de training vormt het opstellen van een safety plan.

Doelgroep

Suïcidale jongeren

Omschrijving

- Ontwikkelen van een training a.d.h.v. een literatuurstudie en door gebruik te maken van de training die reeds ontwikkeld en onderzocht werd bij suïcidale volwassenen. Dit gebeurt in co-creatie met jongeren.
- Effectiviteitsstudie
- Er wordt een duurzame implementatie nagestreefd door de koppeling te maken met de multidisciplinaire richtlijn gericht op jongeren. Daarnaast zal samengewerkt worden met partners en zullen er opleidingen georganiseerd worden.

SUBSTRATEGIE 3. ZORGCONTINUÏTEIT VOOR SUÏCIDALE PERSONEN BEVORDEREN

CONTINUEREND

Met deze strategie willen we als continuerende actie zorgcontinuïteit verder bevorderen met behulp van de 'Leidraad Zorgcontinuïteit' (VLESP) en de verdere ondersteuning van de netwerken GGZ (Geestelijke Gezondheidszorg), waarbij we streven naar een bredere gedragenheid van het belang van zorgcontinuïteit en een toename van initiatieven en betrokken partners.

NIEUW

Daarnaast kunnen volgende drie nieuwe acties bijdragen tot een betere zorgcontinuïteit.

4.8. Zorgcontinuïteit en ketenzorg voor suïcidale personen vanuit de hulplijnen

Behoeft/probleemstelling

De continuïteit van zorg blijft één van de belangrijkste knelpunten in de huidige organisatie van de hulpverlening bij de hulplijnen, in het bijzonder bij mensen die suïcidaal zijn. Meer afstemming, betere afspraken en betere informatiedoorstroming tussen de verschillende actoren in de zorg voor suïcidale personen zijn nodig, in het bijzonder voor die doelgroepen die zelf moeilijk een volgende stap zetten (bv. minderjarigen, mensen met een bepaalde psychiatrische problematiek, etc.). Indien een oproeper naar een hulplijn een advies krijgt of wordt doorverwezen, is er momenteel geen zicht op de mate waarin deze adviezen effectief worden opgevolgd.

Doelstelling

Gebruik maken van dit window of opportunity om de brug te maken naar verdere hulpverlening door:

- Samenwerkingsverbanden te creëren tussen de hulplijnen en andere zorginstanties bij kwetsbare groepen, in functie van zorgcontinuïteit.
- Het opzetten van een structuur van (pro)actieve opvolging van oproepers na een gesprek met de Zelfmoordlijn d.m.v. follow-up gesprekken.

Doelgroep

Suïcidale personen

Omschrijving

Een pad naar het verbreden van de reikwijdte en het creëren van samenwerkingsverbanden tussen de hulplijnen en de zorginstanties

- Verkenning van mogelijke actoren
- Formuleren van verwachtingen en afsprakenkader
- Bevestigen van afsprakenkader en implementatie
- Evaluatie

Uitwerking follow-up systeem

Voor hoogrisicogroepen voor wie de drempel naar de reguliere hulpverlening te groot zou zijn

4.9. Netwerken GGZ: Evaluatie en ontwikkeling zorgaanbod en follow-up systeem voor suïcidale personen

Behoefte/probleemstelling

Een goede organisatie van de zorg voor suïcidale personen begint bij een duidelijke communicatie en samenwerking tussen zorgverleners. De voorbije jaren hebben de Netwerken GGZ (Geestelijke Gezondheidszorg) sterk ingezet op detectie, een goede opvang en vroeginterventie, detectie, eerste opvang en het in kaart brengen van het zorgaanbod van elke organisatie. De inspanningen dienen geëvalueerd te worden en nog verbeterd te worden (organiseren van een goed zorgaanbod binnen de netwerken GGZ).

Doelstelling

1. Evaluatie van de reeds gedane inspanningen
2. Verbeteren van de zorgcontinuïteit door
 - Het creëren van gedegen follow up van suïcidale personen via het concept van een casemanager
 - Het organiseren van een goed zorgaanbod binnen de Netwerken GGZ.

Doelgroep

Suïcidale personen en hun zorgverleners

Omschrijving

Deel 1: Evaluatie van de implementatie van ontwikkelde tools en materialen binnen de Netwerken GGZ:

- Contacten leggen tussen verschillende partners, afspraken en doelstellingen opstellen van het zorgpad
- Ontwikkeling: materialen en tools worden aangepast aan noden en verwachtingen van de partners
- Implementatie van de instrumenten binnen organisaties in het netwerk

Deel 2: Het creëren van een gezamenlijk zorgaanbod / zorgnetwerk binnen de netwerken GGZ.

- Uitbreiding van de huidige capaciteit
- Creatie van extra aanbod voor zij die buiten de criteria vallen van het reeds bestaande aanbod

4.11. Interdisciplinaire intervisie op EerstelijnsZones (nazorg)

Behoeft/probleemstelling

Afstemming en communicatie tussen huisartsen en andere zorg- en welzijnsactoren in de zorg in het kader van suïcidepreventie loopt nog vaak moeilijk. Zo geven huisartsen bv. aan dat ze bij ontslag van hun patiënt uit het ziekenhuis zelden een terugkoppeling ontvangen van de behandelend arts in het ziekenhuis.

Doelstelling

Het is belangrijk dat zorgverleners op regioniveau van elkaar weten hoe en wanneer ze op elkaar beroep kunnen doen in de zorg voor een patiënt. Dit om stappen te zetten in hun interprofessioneel samenwerken in gedeelde verantwoordelijkheid.

Doelgroep

Zorgverleners op regioniveau

Omschrijving

- Opzetten intervisie groepen op het niveau van de eerste lijn
 - ELZ die ingaan op het aanbod krijgen 2 sessies aangeboden
 - Eerste met focus op ervaring, verwachting en invulling van samenwerken op niveau ELZ
 - Stilstaan bij het afgelegde project sinds eerste overlegmoment en impact van de invulling op het welzijn van de zorgverlener
- Voorzien van een draaiboek voor het opzetten van intervisiegroepen op niveau ELZ
- Voorzien inventarisatie lopende samenwerkingen
- In samenwerking met VIVEL

Opmerking: belangrijk dat gratis moderator wordt aangeboden/aangeduid die dit proces kan begeleiden

Meer 2A teams voor een snellere zorg

In dit actievoorstel (in aanloop naar het actieplan) werd gepleit voor het inzetten van meer 2A teams voor een snellere zorg en follow-up voor urgent psychiatrische problemen. Tijdens de ontwikkeling van het actieplan werd dit reeds deels gerealiseerd en federaal ondersteund. Het dient echter gemonitord worden of deze uitbreiding voldoende is.

Strategie 5 – Postventie na suïcide & ondersteuning nabestaanden

ACTIES BINNEN STRATEGIE 5: POSTVENTIE NA SUÏCIDE & ONDERSTEUNING NABESTAANDEN	
SUBSTRATEGIE 1 – Laagdrempelige informatie en hulp aanbieden aan nabestaanden	
CONTINUEREND	Huidig aanbod van informatie en hulp voor nabestaanden
NIEUW	Bekendmaking en uitbreiding van laagdrempelige informatie en hulp voor nabestaanden
SUBSTRATEGIE 2 – Lotgenotencontact organiseren voor nabestaanden	
CONTINUEREND	Aanbod van fysiek en online lotgenotencontact
SUBSTRATEGIE 3 – Ondersteuning bij postventie na een suïcide	
NIEUW	Deskundigheidsbevordering van hulpverleners m.b.t. postventie
	Methodiek voor ondersteuning bij postventie na een suïcide

SUBSTRATEGIE 1. LAAGDREMPELIGE INFORMATIE EN HULP AANBIEDEN AAN NABESTAANDEN

CONTINUEREND

- **Huidig aanbod van informatie en hulp voor nabestaanden**

Beschrijving: Werkgroep Verder, deelwerking van VLESP, biedt laagdrempelige informatie en hulp aan nabestaanden na zelfdoding. Deze wordt in de eerste plaats aangeboden via de website, maar ook via ontmoetingsdagen, folders, brochures, etc.

Meer info: www.werkgroepverder.be.

NIEUW

Een nieuwe actie in die werking focust op:

5.1. Bekendmaking en uitbreiding van laagdrempelige informatie en hulp voor nabestaanden (Werkgroep Verder na Zelfdoding, VLESP)

Behoefte/probleemstelling

Er is nood aan een bredere bekendmaking en uitbreiding van het huidige informatie- en hulpaanbod voor nabestaanden, zo bleek uit een nodenbevraging bij nabestaanden.

Doelstelling

Nabestaanden laagdrempelig informeren en meer ondersteuning bieden. Het aanbod breed bekendmaken, ook naar hulpverleners en de ruime maatschappij.

Doelgroep

Nabestaanden na zelfdoding, hulpverleningsdiensten en de ruime maatschappij

Omschrijving

- Uitbreiding van het bestaande aanbod aan info en hulp voor nabestaanden van Werkgroep Verder na Zelfdoding (o.a. met info-avonden, webinars, brochures, samenwerking met uitvaartsector)

- Het uitwerken van psycho-educatieve methodieken (app of e-learning) over rouwen na zelfdoding om nabestaanden hierin meer en beter te ondersteunen, ter preventie van gecompliceerde rouw.
- Een brede bekendmaking van het aanbod

SUBSTRATEGIE 2. LOTGENOTENCONTACT ORGANISEREN VOOR NABESTAANDEN

CONTINUEREND

- **Aanbod van fysiek en online lotgenotencontact (VLESP)**

Beschrijving: Werkgroep Verder na Zelfdoding, deelwerking van VLESP organiseert verschillende vormen van lotgenotencontact voor nabestaanden:

- Online lotgenotencontact:
 - Forum voor nabestaanden
 - Groepschat
 - Herinneringswebsite 'ik draag je mee'
- Fysiek lotgenotencontact:
 - De organisatie van praatgroepen: Werkgroep Verder na Zelfdoding ondersteunt in heel Vlaanderen gespreksgroepen voor nabestaanden na zelfdoding. Iedereen die iemand verloren heeft door zelfdoding kan er terecht om andere nabestaanden te leren kennen, zijn/haar/hun verhaal te doen, ervaringen uit te wisselen, en (h)erkenning te vinden. Er zijn twee soorten groepen: gesloten en open gespreksgroepen. Alle groepen worden begeleid door professionele hulpverleners en ervaringsdeskundigen.
 - De Jaarlijkse Mei Wandeling en de Jaarlijkse ontmoetingsdag Verder na Zelfdoding.

Meer info: www.werkgroepverder.be/contact-met-lotgenoten

SUBSTRATEGIE 3. ONDERSTEUNING BIJ POSTVENTIE NA EEN SUÏCIDE

NIEUW

Ondersteuning na een suïcide wordt in het nieuwe actieplan versterkt aan de hand van volgende nieuwe acties:

5.2. Deskundigheidsbevordering van hulpverleners m.b.t. postventie (Werkgroep Verder na Zelfdoding, VLESP)

Behoeftte/probleemstelling

Het psychologisch begeleiden van nabestaanden na zelfdoding vergt een specifieke aanpak die verschilt van algemene rouwtherapie. Hulpverleners hebben nood aan meer kennis en vaardigheden over hoe ze nabestaanden het beste kunnen ondersteunen en nood aan handvatten voor therapie.

Doelstelling

Deskundigheidsbevordering van hulpverleners en therapeuten/psychologen in het begeleiden en therapie geven aan nabestaanden na zelfdoding. En zo ook het tegengaan, van vaak goed bedoelde maar net schadelijke therapiesessies en interventies bij deze doelgroep door gebruik te maken van algemene rouwtherapie.

Doelgroep

Hulpverleners; nabestaanden na zelfdoding

Omschrijving

- Creëren van een open vormingsaanbod, naast het reeds bestaande aanbod op maat
- Creëren van een specifieke opleiding voor hulpverleners die therapeutisch werken met nabestaanden na zelfdoding, op basis van evidence-based methodieken zoals cognitieve gedragstherapie (CGT), Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT), en Beknopte Eclectische Psychotherapie voor Traumatische Rouw (BEP-TG).

5.3. Methodiek voor ondersteuning bij postventie na een suïcide (Werkgroep Verder na Zelfdoding, VLESP)

Behoefte/probleemstelling

Snelle, veilige en onmiddellijke ondersteuning/hulp na een suïcide maakt, net zoals de manier van slechtnieuwsmelding, een belangrijk verschil uit voor de impact, het rouwproces en de kans op mogelijke kopieereffecten. Wanneer er een zelfdoding gebeurd is in een bedrijf, school, organisatie, hulpinstelling of jeugdwerking weten de instanties vaak niet waar ze terecht kunnen voor hulp en hoe ze deze situatie moeten aanpakken. Er is nood aan meer en snellere ondersteuning.

Doelstelling

Herstellen van functioneren en rust in een organisatie na een suïcide, een veilig en open gevoel van rouw creëren, troost bieden, tegengaan van depressieve, PTSS en gecompliceerde rouwsymptomen en tegengaan van kopieereffecten.

Doelgroep

Scholen/bedrijven/organisaties/zorginstellingen/jeugdwerking... die geconfronteerd worden met een suïcide.

Omschrijving

De ontwikkeling en implementatie van een kwaliteitsvolle methodiek waar organisaties/scholen/bedrijven beroep op kunnen doen om snel steun op het terrein te ontvangen voor postventie/eerste opvang van nabestaanden wanneer men de organisatie zichzelf niet in staat ziet om dit op te vangen. De postventiemethodiek omvat naast algemene eerste opvang zeker volgende elementen:

- Debriefing met focus op veilige en correcte informatie
- Preventieve interventies (tegengaan van kopieereffect)
- Trauma- en rouwinterventies om de betrokkenen onmiddellijke steun te bieden
- Hulpbronnen, doorverwijzingsmogelijkheden meegeven

Strategie 6 – Onderzoek naar suïcidaliteit, monitoring van cijfers en evaluatie van het actieplan

ACTIES BINNEN STRATEGIE 6: ONDERZOEK NAAR SUÏCIDALITEIT, MONITORING VAN CIJFERS EN EVALUATIE VAN HET ACTIEPLAN	
SUBSTRATEGIE 1 – Wetenschappelijk onderzoek naar suïcidaliteit	
CONTINUEREND	Samenwerking met KU Leuven
NIEUW	Onderzoek naar het effect van een mediarichtlijnconforme verhaallijn in fictie
	Onderzoek naar de impact van suïcide in de media
	Onderzoek naar risicoberoepen
SUBSTRATEGIE 2 – Actuele registratie van suïcidaal gedrag	
CONTINUEREND	Registratieproject suïcidepogingen
NIEUW	Actuele en gedetailleerde suïdecijfers
SUBSTRATEGIE 3 – Continue evaluatie van noden en acties	
CONTINUEREND	Alertheid voor nieuwe noden en mogelijke nieuwe acties
	Evaluatie van acties en het actieplan

SUBSTRATEGIE 1. WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK NAAR SUÏCIDALITEIT, RISICOGROEPEN EN EFFECTIVITEIT VAN ACTIES

Onderzoek is steeds afhankelijk van nieuwe noden en nieuwe tools. Doorheen het actieplan zullen onderzoeksacties onder deze substrategie verder aangevuld worden.

CONTINUEREND

Het VLESP is betrokken in de onderzoeksprojecten 'SCOUT' en 'EXPOSS' van het Centrum voor Contextuele Psychiatrie (KU Leuven) en zal deze samenwerking verderzetten.

- Het FWO-gefinancierd onderzoeksproject **SCOUT** (Social Connection amOng yoUth in disTress) (2020-2023) maakt gebruik van de Experience Sampling Methode (ESM) om een sociaal interactief model van blootstelling aan zelfdoding en suïcidaal gedrag te ontwikkelen en te testen bij jongeren van 18 tot 25 jaar.
- Het EXPOSS project betreft de ontwikkeling en validering van een eerste allesomvattende vragenlijst om de impact van blootstelling aan zelfverwonding en suïcidaal gedrag te kunnen meten: de Exposure to Self-harm and Suicide (**EXPOSS**) Scale.

NIEUW

Drie nieuwe onderzoeksvoorstellen werden opgenomen in het actieplan:

6.1. Onderzoek naar het effect van een mediarichtlijnconforme verhaallijn in fictie (VLESP)

Behoeftte/probleemstelling

Er is nood aan meer inzicht in de mogelijke positieve impact die fictie (bv. Een theatervoorstelling of televisieprogramma) met content over zelfmoord kan hebben op het mentale welzijn van kijkers.

Doelstelling

In kaart brengen hoe en aantonen dat een theatervoorstelling/televisieprogramma (fictie) met veilige content over zelfmoord een positieve impact kan hebben op het mentale welzijn. Om vervolgens de fictierichtlijnen en de implementatie ervan te kunnen versterken.

Omschrijving

Deze actie betreft een onderzoek waarbij vragenlijsten over mentaal welzijn en over attitudes t.a.v. suicidepreventie voor en na een (theater/televisie)voorstelling zullen worden afgenomen bij een algemeen publiek.

De resultaten van het onderzoek dienen als uitdieping en versterking van de fictierichtlijnen en kunnen bijdragen aan een meer preventieve beeldvorming over suicide in fictie.

6.2. Onderzoek naar de impact van suicide in de media (VLESP)

Behoefte/probleemstelling

Er is nood aan meer kwalitatief inzicht in de impact van (klassieke en sociale) media, zowel in non-fictie als fictie, op personen met zelfmoordgedachten.

Doelstelling

In kaart brengen hoe personen met zelfmoordgedachten de blootstelling aan content over zelfmoord via media zelf ervaren. Om vervolgens de mediarichtlijnen en de implementatie ervan te kunnen versterken.

Omschrijving

Deze actie betreft een onderzoek waarbij interviews zullen worden afgenomen bij mensen met (een historiek van) zelfmoordgedachten.

De resultaten van het onderzoek dienen als uitdieping van de mediarichtlijnen, fictierichtlijnen en sociale mediarichtlijnen van VLESP. De opgedane kennis en eventuele quotes/getuigenissen kunnen de richtlijnen kracht bijzetten en zo kan deze actie bijdragen aan een meer preventieve berichtgeving en beeldvorming over suicide.

6.3. Onderzoek naar risicoberoepen (VLESP)

In de voorbereiding van het actieplan werd door verschillende organisaties de nood aangehaald aan meer inzicht in de kwetsbaarheid van sommige beroepsgroepen m.b.t. suicidaliteit. Zo werden bijvoorbeeld onderzoeksvoorstellen gedaan m.b.t. de beroepsgroep van apothekers en land- en tuinbouwers. In plaats van een onderzoek per beroepsgroep te voeren, lijkt het echter meer wenselijk om voor Vlaanderen een brede studie op te zetten die risicoberoepen in kaart brengt om vervolgens beroepsgerichte preventie-acties te kunnen opzetten. Het VLESP wenst deze onderzoekspiste verder te verkennen.

SUBSTRATEGIE 2. ACTUELE REGISTRATIE VAN SUÏCIDAAL GEDRAG

CONTINUEREND

Om een goed zicht te verkrijgen op de prevalentie van suïcidaal gedrag in Vlaanderen wordt als continuerende actie het **Registratieproject van suicidepogingen** (via de spoeddiensten van Vlaamse ziekenhuizen) van de Eenheid voor Zelfmoordonderzoek (UGent) verdergezet, waarbij we streven naar een breed netwerk van deelnemende ziekenhuizen.

6.4. Actuele en gedetailleerde suïdecijfers

Behoefte/probleemstelling

Er is nood aan meer actuele en meer gedetailleerde registratie van suïdecijfers.

Doelstelling

Een meer up-to-date en uitgediept zicht krijgen op de evolutie van suïdecijfers, beschermende- en risicofactoren en kwetsbare groepen zodat het preventiebeleid en actieplan hierop afgestemd kan worden.

Omschrijving

- Verkennen wat de mogelijkheden zijn voor het verkrijgen van meer actuele suïdecijfers.
- Internationale good practices bekijken.
- Om meer gedetailleerde informatie te verkrijgen over suïcides, zal verkend worden hoe de methode van psychologische autopsie structureel kan worden ingebed in Vlaanderen. Suïdecijfers op basis van de sterftecertificaten, worden door Zorg & Gezondheid aangeleverd. Een technisch dataproject bij Zorg & Gezondheid moet de verwerking van de sterftecijfers meer automatiseren. Het gehele proces van de registratie van overlijden tot de publicatie van de cijfers wordt gemoderniseerd. Het gaat om het invoeren van automatische kwaliteitscontroles, het verminderen van manuele handelingen, het verhogen van transparantie en kwaliteit van de aangeleverde cijfers of het vernieuwen van verouderde applicaties en databases. Heel wat zaken kunnen geoptimaliseerd worden zonder ontwikkeling van een volledig nieuw back-end systeem. Dit kan door een integratie in het ZorgAtlas platform, dat gespecialiseerd is in het delen, het verwerken, het controleren en het publiceren van dergelijke data.

SUBSTRATEGIE 3. CONTINUE EVALUATIE VAN NODEN EN ACTIES

CONTINUEREND

Deze laatste substrategie omvat het continu alert zijn voor en detecteren van mogelijke **nieuwe noden** en mogelijke aanvullende actievoorstellen, zodat het actieplan nauw kan inspelen op de actualiteit en blijvend innovatief kan zijn.

Tot slot is er aandacht voor de **continue evaluatie** van lopende acties, met het oog op het **VERSTERKEN** van de impact van die acties. Voor continuerende acties ligt de nadruk op een voortdurend streven naar het vergroten van het bereik en de impact van methodieken, tools en acties en het detecteren van mogelijke hiaten. Voor nieuwe acties ligt de focus op het creëren van draagvlak en het uitwerken van een implementatieplan van bij de start van elke nieuwe actie, met concrete doelstellingen op vlak van bereik en effect en een vooraf ingebouwd evaluatieplan.

Een **TUSSENTIJDSE** evaluatie en evaluatierapport van het actieplan wordt voorzien in 2026, een eindevaluatie en eindrapport na afloop van het plan eind 2030.

Samenwerkingsverbanden met andere beleidsdomeinen

Om het aantal zelfdodingen verder terug te dringen, is het belangrijk dat dit niet enkel een thema is binnen het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Heel wat voorstellen hebben koppelingen en raakvlakken met andere beleidsdomeinen. Om de impact van het derde Vlaamse Actieplan Suïcidepreventie te maximaliseren, werden daarom in de fase van de ontwikkeling van het plan al linken gelegd met een aantal andere beleidsdomeinen.

We overlopen de betrokken beleidsdomeinen achtereenvolgens, waarbij een overzicht wordt gegeven van de continuerende en nieuwe acties die betrekking hebben op de beleidsdomeinen in kwestie. De opgesomde acties zijn telkens doorgelinkt naar de locatie hoger in dit document, waar meer informatie staat over de betreffende actie.

BELEIDSDOMEIN WERK

De werk- en financiële situatie kan ertoe leiden dat bepaalde groepen een verhoogde kwetsbaarheid vertonen voor suïcidaliteit. Vanuit suïcidepreventie werden dan ook verschillende linken met het beleidsdomein werk geïdentificeerd:

- Strategie 2 – Deskundigheidsbevordering van professionelen en sleutelfiguren
 - Continuerende actie: [Vormingen, trainingen en beleid](#)
 - Nieuw actievoorstel: [Sensibilisering en deskundigheidsbevordering m.b.t. suïcidepreventie op het werk: denktank en pilootproject binnen de setting Werk](#)
- Strategie 3 – Suïcidepreventie bij kwetsbare groepen
 - Nieuw actievoorstel: [Onderzoek naar beroepsgroepen als risicogroep voor zelfdoding en ontwikkeling van een actieplan](#)
 - Nieuw actievoorstel: [Versterken van mentaal welbevinden bij werklozen](#)
 - Nieuw actievoorstel: [Suïcidepreventie op maat van land- en tuinbouwers](#)
- Strategie 5 – Postventie na suïcide en ondersteuning nabestaanden
 - Nieuw actievoorstel: [Postventiemethodiek](#)

Momenteel wordt er samen met kabinet en administratie van beleidsdomein werk bekeken hoe er aan **deskundigheidsbevordering** kan worden gedaan **bij werknemers, en in het bijzonder bemiddelaars, van VDAB** (die regelmatig in contact komen met werkzoekenden die signalen van suïcidaliteit uiten). Na een eerste overleg met VDAB werd duidelijk dat hun noden zich vooral richten op het ontwikkelen van competenties in het omgaan met werkzoekenden die aangeven aan zelfmoord te denken en/of werkzoekenden die overgaan tot een suïcidepoging of suïcide.

Dit nieuw actievoorstel '[Deskundigheidsbevordering bij bemiddelaars van VDAB](#)' in samenwerking met beleidsdomein werk, werd toegevoegd onder strategie 2 Deskundigheidsbevordering van professionelen en sleutelfiguren.

BELEIDSDOMEIN ONDERWIJS

Mentale gezondheid is, samen met fysieke en sociale gezondheid, een belangrijke randvoorwaarde om te functioneren in de klas en de schoolloopbaan op een volwaardige manier te kunnen doorlopen. Jongeren vormen een kwetsbare groep voor zelfdoding. Met het beleidsdomein Onderwijs werden verschillende linken geïdentificeerd vanuit de strategieën en actievoorstellen voor VASIII:

- Strategie 1 – Suïcidepreventie bij de hele bevolking
 - Continuerende actie: [Serious game Silver](#)

- Continuerende actie: [Warme Scholen](#)
- Nieuw actievoorstel: [Mentaal welbevinden in het basis en secundair onderwijs \(o.a. methodiek Geluk in de klas\)](#)
- Strategie 2 – Deskundigheidsbevordering van professionelen en sleutelfiguren
 - Continuerende actie: [Deskundigheidsbevordering en vormingen onderwijs](#)
 - Continuerende actie: [Deskundigheidsbevordering binnen het hoger onderwijs](#)
 - Continuerende actie: [Suïcidepreventiebeleid op school](#)
 - Continuerende actie: [Deskundigheidsbevordering en ondersteuning van toekomstige professionals rond geestelijke gezondheidsbevordering en suïcidepreventie](#)
- Strategie 5 – Postventie na suïcide en ondersteuning naasten
 - Nieuw actievoorstel: [Methodiek voor ondersteuning bij postventie na een suïcide](#)

De minister bevoegd voor het beleidsdomein Volksgezondheid is inhoudelijk trekker van de hogergenoemde acties, met uitzondering van ‘Warme Scholen’. De actie ‘Warme Scholen’ ontvangt momenteel ESF-middelen vanuit een aparte oproep gericht aan Onderwijs, tot het einde van het schooljaar 2023-2024. Zoals elk project wordt er ook voorzien in een eindrapportage met het oog op eventuele verdere verduurzaming.

Alle preventie-actoren, alsook actoren uit onderwijs, worden samengebracht in een netwerkgroep Onderwijs. Deze netwerkgroep wordt georganiseerd door de Partnerorganisatie Ondersteuning Settinggericht Werken, namelijk het Vlaams Instituut Gezond Leven. Een groter draagvlak creëren, en betere afstemming tussen gezondheid en onderwijs op vlak van het werken aan het preventief gezondheidsbeleid in scholen, is hierbij de doelstelling. De netwerkgroep wil komen tot een grotere impact van gezondheidsbevorderende acties, inclusief acties ter preventie van suïcide. Het beleidsdomein Onderwijs en Vorming zal zich blijven engageren in de netwerkgroep Onderwijs. Dit engagement zal bijdragen tot de implementatie van de hierboven vernoemde acties.

In onderwijs is leerlingenbegeleiding een belangrijk fundament om te werken aan mentaal welbevinden. Daarnaast zijn er de afgelopen jaren stappen vooruit gezet, onder andere door de versterking van de CLB's met extra middelen voor CLBch@t en het voorzien van online hulpverlening waardoor kinderen, jongeren en hun ouders ook sneller om hulp kunnen vragen. Bovendien kreeg de CLB-sector een financiële ondersteuning om een digitaal beveiligd platform te ontwikkelen waarbij er ook zelfhulptools beschikbaar zullen zijn voor leerlingen waarvoor samengewerkt wordt met verschillende partners.

Ook onderwijsinstellingen zelf worden versterkt door het voorzien van specifieke tools voor scholen ter bevordering van het welbevinden van kinderen en jongeren. Voor studenten wordt via het Moodspace platform een aanbod voor studenten uitgewerkt en geïmplementeerd, afgestemd op het preventief gezondheidsbeleid. Het beleidsdomein Onderwijs en Vorming investeert in het continueren, evalueren en bijsturen van leerlingenbegeleiding, waar het preventief gezondheidsbeleid deel van uitmaakt. Instrumenten en tools die door experts gezondheid worden mogelijk gemaakt onder impuls van de minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin worden via daartoe voorziene communicatiekanalen bij de onderwijsinstellingen en de CLB's onder de aandacht gebracht.

De beleidsdomeinen komen overeen dat ze voor de uitvoering van de hogergenoemde acties in de setting onderwijs continu zullen samenwerken en afstemmen. Beide beleidsdomeinen zorgen voor de ondersteuning van het preventief gezondheidsbeleid (inclusief beleid inzake suïcidepreventie) door bij het nemen van maatregelen en initiatieven krachten te bundelen. Ze vertrekken vanuit het gemeenschappelijke doel om de groei, ontwikkeling en gezondheid van kinderen en jongeren te beschermen, bewaken en te bevorderen en er zo ook voor te zorgen dat kinderen en jongeren hun

leerrecht wordt beschermd of bevorderd. Bij voorkeur wordt er vanuit gemeenschappelijk belang vanuit beide beleidsdomeinen geïnvesteerd in mentale gezondheid van kinderen en jongeren.

BELEIDSDOMEIN JEUGD EN MEDIA

Zowel op het vlak van de doelgroep jongeren als met betrekking tot media zijn er heel wat linken te leggen vanuit suïcidepreventie naar het beleidsdomein Jeugd en Media:

- Strategie 1 – Suïcidepreventie bij de hele bevolking
 - Continuerende acties gericht op jongeren: [Serious game Silver](#); [NokNok](#); [EHPB](#)
 - Continuerende actie gericht op media: [Zorgvuldig bespreekbaar maken van suïcide in de media a.d.h.v. mediarijchlijnen en advies en training aan mediamakers](#)
- Strategie 2 – Deskundigheidsbevordering bij professionelen en sleutelfiguren
 - Continuerende actie: [Deskundigheidsbevordering, vormingen en fiches voor het jeugdwerk](#)
- Strategie 3 - Suïcidepreventie bij kwetsbare groepen
 - Nieuw actievoorstel: [Mentaal welbevinden bij kwetsbare jongeren](#)
- Strategie 4 – Preventie bij suïcidale personen en ondersteuning naasten
 - Continuerende actie: [Laagdrempelige telezorg](#)
- Strategie 5 – Postventie na suïcide en ondersteuning nabestaanden
 - Nieuw actievoorstel: [Methodiek voor ondersteuning bij postventie na een suïcide](#)
- Strategie 6 – Onderzoek, monitoring cijfers, evaluatie actieplan
 - Nieuw actievoorstel: [Onderzoek naar het effect van een richtlijnconforme en hoopvolle verhaallijn in fictie](#)
 - Nieuw actievoorstel: [Kwalitatief onderzoek naar de beleving van blootstelling aan suïcide gerelateerde content in de media bij mensen met suïcidale gedachten](#)

In de aanloop naar het actieplan vonden constructieve gesprekken plaats met kabinet en administratie van het Beleidsdomein Jeugd en Media om te kijken hoe zij kunnen bijdragen aan het actieplan. Volgende engagementen werden aangegaan:

- Ontsluiten van informatie en netwerk:
 - Engagement tussen Jeugd en Media en het VLESP om elkaar op de hoogte te brengen van relevante informatie en elkaar in contact te brengen met relevante netwerkpartners.
- Deskundigheidsbevordering van jeugdwerkers:
 - Engagement tussen Jeugd en Media en VLESP, i.s.m. de Ambrassade om samen alert te zijn voor noden van jeugdwerkers op vlak van suïcidepreventie.
 - Blijvend inzetten op de opleidingen voor de vrijwilligers van Awel.
- Versterking en implementatie van mediarijchlijnen:
 - Engagement van Jeugd en Media om de mediarijchlijnen, adviezen voor fictiemakers en tips voor sociale mediagebruikers en influencers mee uit te dragen en hulp te bieden bij de verdere brede bekendmaking.
 - Mogelijke samenwerking (te verkennen) wat betreft het geplande kwalitatieve onderzoek binnen het VAS naar de impact van media (met als doel versterking van de mediarijchlijnen).

Strategie-overschrijdende aandachtspunten

Voor het volledige actieplan werden ook enkele generieke aandachtspunten geformuleerd waar extra rekening mee gehouden zal worden.

- Een eerste aandachtspunt is een verhoogde aandacht voor **ervaringsdeskundigen**. Hun inzichten en ervaringen zijn van cruciaal belang om het beleid en de acties verder te sturen, bijgevolg zullen ervaringsdeskundigen meer betrokken worden in de ontwikkeling en evaluatie van nieuwe acties. Dit zal in samenwerking verlopen met onder meer patiëntenverenigingen.
- Een tweede aandachtspunt is een verhoogde aandacht voor **naasten en de context** van suïcidale personen, ook zij worden immers getroffen door suïcidaliteit, kunnen een rol spelen in preventie en hebben ook zelf nood aan ondersteuning. Waar mogelijk en relevant zullen zij eveneens betrokken worden in de ontwikkeling en evaluatie van nieuwe acties. Dit zal in samenwerking verlopen met onder meer Familieplatform.

Een derde aandachtspunt is een verhoogde aandacht voor **zelfzorg en ondersteuning van hulpverleners** die suïcidale personen begeleiden. Ook op hen heeft suïcidaliteit een impact en ook voor hen willen we kijken op welk vlak een betere ondersteuning mogelijk is. Dit zal in samenwerking verlopen met onder meer VIVEL, The Human Link en Doctors4Doctors.

7. RANDVOORWAARDEN EN GOED BESTUUR

Situering:

De uitvoering van het Vlaams actieplan Suïcidepreventie vindt niet plaats in het luchtledige. Ze is afhankelijk van heel wat (beleidsmatige) factoren die niet specifiek zijn voor de actie of strategie, maar daarom niet minder belangrijk.

In VASII werden al een aantal randvoorwaarden opgesomd, en dat doen we hier opnieuw. Het gaat onder andere om items die opdoken in de marge van het inhoudelijk traject dat is afgelegd bij de totstandkoming van dit plan en om items van 'goed bestuur' (zie verder). Deze items worden meegenomen in de tussentijdse evaluatie van VASIII in 2026. Indicatoren, projecten of budgetten hierrond worden in samenwerking met de stakeholders naar aanloop van de tussentijdse evaluatie geformuleerd. Dit is nodig om er voor te zorgen dat deze randvoorwaarden worden bewaakt, om na te gaan in welke mate de voorwaarden worden vervuld en op welke manier dit een invloed heeft op de uitvoering van de acties.

Goed bestuur wordt gedefinieerd² als:

"... het waarborgen van de onderlinge samenhang van de wijze van sturen, beheersen en toezicht houden van een organisatie, met als doel het realiseren van beleidsdoelstellingen op de meest effectieve en efficiënte manier. Ook: het open communiceren en verantwoorden van genomen beslissingen in die zin naar de belanghebbenden."

Principes van goed bestuur zijn ook voor het actieplan suïcide van toepassing. Voor VASIII is het belangrijk dat alle actoren die betrokken zijn bij de beleidsvoorbereiding, formulering, planning, financiering, uitvoering, monitoring en evaluatie... op een kwaliteitsvolle en afgestemde manier werken. De volgende lijst van items zijn daarbij alvast relevant:

1. Stakeholdermanagement
2. Relatie tussen doelen, capaciteit en financiële middelen
3. Sociale Marketing, duurzame implementatie en monitoring van impact
4. Wetenschappelijke onderbouwing, aandacht voor innovatie
5. Taakverdeling en –bewaking
6. Politieke engagementen en facettenbeleid
7. Afstemming met andere gezondheidsdoelstellingen en actieplannen

1. Stakeholdermanagement

Brede expertise die in het werkveld en bij andere stakeholders bestaat, wordt betrokken bij het beleid. Verschillende structurele overleggen ondersteunen op dit moment al de uitvoering van het actieplan:

Binnen het Vlaamse preventieve gezondheidsbeleid wordt een beroep gedaan op Vlaamse werkgroepen, zoals voorzien in het decreet van 21 november 2003 betreffende het preventieve gezondheidsbeleid.

De Vlaamse werkgroep suïcidepreventie wordt hernieuwd in functie van het derde actieplan suïcidepreventie, waar o.a. actoren in de preventieketen worden samengebracht: administraties, de partnerorganisatie, organisaties met terreinwerking, de Logo's, landsbonden en andere relevante

² Definitie komt uit het strategisch plan 'De Vlaming leeft gezonder in 2025' in het kader van de gezondheidsdoelstelling '[Gezonder Leven](#)'

intermediairs (vertegenwoordigers uit de settings, uitvoerders). Het betreft een ondersteunende werkgroep die de minister adviseert inzake suïcidepreventie en de uitvoering van het Vlaams actieplan suïcidepreventie 2022-2030.

Daarnaast is het samenbrengen van expertise op thematisch vlak een kerntaak binnen de beheersovereenkomst van de thematische partnerorganisatie voor suïcidepreventie. Voor suïcidepreventie worden onder andere volgende overlegstructuren gecontinueerd: Expertenuverleg Suïcidaliteit (klankbordgroep met verschillende vertegenwoordigers vanuit het werkveld) en de Stuurgroep Implementatie (VLESP, CPZ, CGG-SP).

Naast thematisch overleg zijn actoren ook vertegenwoordigd in overlegstructuren die settinggericht zijn (bijvoorbeeld de netwerkgroepen van OSW).

2. Relatie tussen doelen, capaciteit en financiële middelen

Om zowel de brede bevolking, kwetsbare doelgroepen en diverse maatschappelijke sectoren (settings) te kunnen bereiken zijn niet enkel op evidentie gebaseerde preventiemethodieken nodig maar moeten die ook verspreid worden (zogenaamde disseminatie), er moet 'diensten na verkoop' worden geboden (ondersteuning van de 'gebruiker') en er moet voldoende capaciteit, deskundigheid en ambitie zijn om die methodieken concreet uit te voeren. Methodiekontwikkeling gebeurt door de partnerorganisatie voor de preventie van zelfdoding. Het terreinwerk gebeurt via organisaties met terreinwerking en diverse intermediairs die dit opnemen binnen hun reguliere werking.

Om de acties in dit plan uit te voeren zijn voldoende mensen en middelen nodig. De mate waarin impact en effect bij de bevolking kan bereikt worden, hangt af van de grootteorde van middelen die kunnen worden ingezet. Als we willen dat het effect van ons preventiebeleid groeit, moet ook de capaciteit en de middelen van de organisaties die het uitvoeren kunnen groeien.

Om onderbouwde, realistische uitspraken te kunnen doen over budgetten, moeten we kunnen beschikken over voldoende en betrouwbare kwantitatieve data over vraag naar methodieken en de output bij de organisaties. Er moet ook bij ontwikkeling en implementatie van methodieken en services zicht zijn op een groeistrategie over verschillende jaren heen.

Naast tevredenheids- en effectiviteitsonderzoeken is met andere woorden een realistische inschatting van de nodige capaciteit voor terreinwerk (gebaseerd op data over vraag en omzet) en een onderbouwde groeistrategie essentieel voor een doorgedreven implementatie.

Een doeltreffend suïcidepreventiebeleid vraagt ook om voldoende capaciteit binnen de geestelijke gezondheidszorg, zodat zowel de toegang tot zorg als de kwaliteit van zorg gewaarborgd kan worden bij de opvang en begeleiding van suïcidale patiënten. Het is bijgevolg belangrijk te waken over de capaciteit binnen de geestelijke gezondheidszorg en die zo nodig te versterken. We benadrukken hierbij ook dat vroegdetectie en screening slechts zinvol zijn als er mogelijkheid is tot doorverwijzing nadien.

3. Sociale marketing, duurzame implementatie, monitoring van impact

Cruciaal voor de slaagkans van acties is dat ze breed kunnen worden geïmplementeerd en de nodige organisaties en middelen daarvoor bekend en voorhanden zijn. We streven daarbij naar duurzame acties die telkens kunnen ingebed worden (en zo ook van updates voorzien worden) binnen een bestaande werking of structuur.

Zelfs de best ontwikkelde methodieken, worden niet automatisch opgepikt door de doelgroep. Methodieken veronderstellen vaak dat mensen en organisaties bereid zijn hun gedrag te veranderen, terwijl dit meestal tijd vraagt, een volgehouden inspanning, en de juiste ondersteuning.

In de toekomst willen we niet alleen meer zicht krijgen op de mate waarin methodieken zijn verspreid (gedissemineerd) naar doelgroepen en organisaties, maar vooral ook hoeveel van die mensen en organisaties de methodieken hebben gebruikt, en hoe lang ze dat hebben gedaan.

Methodieken moet steeds vergezeld zijn van een onderbouwd plan dat aangeeft op welke manieren services en materialen in de markt worden gezet en welke soort van implementatie en gebruik men verwacht. Monitoring moet ons meer zicht geven op het gebruik van methodieken bij de beoogde doelgroepen.

De resultaten kunnen gebruikt worden om een beter en meer realistisch zicht te krijgen op de kostenefficiëntie van een bepaalde actie.

VASIII is tot stand gekomen in 2022 en zal lopen tot en met 2030. Een voldoende lange duur van een actieplan is cruciaal om voldoende impact te hebben, en ook de effecten te zien van bepaalde interventies. Anderzijds is het belangrijk dat binnen het suïcidepreventiebeleid flexibel ingespeeld kan worden op actuele noden, bijvoorbeeld in kader van bepaalde maatschappelijke ontwikkelingen of epidemiologische vaststellingen. Deze elementen worden meegenomen in een tussentijdse evaluatie van het actieplan in 2026.

4. Wetenschappelijke onderbouwing, aandacht voor innovatie

Preventiemethodieken worden ontwikkeld volgens de [leidraad voor methodiekontwikkeling](#).

Acties dienen wetenschappelijk onderbouwd te zijn, m.a.w. er moeten uit wetenschappelijk onderzoek indicaties zijn dat de actie doeltreffend en veilig is voor de preventie van suïcide en gezondheidswinst oplevert. Voor acties die minder goed onderbouwd zijn, dient er wetenschappelijk onderzoek aan de implementatie vooraf te gaan, met inbegrip van het onderzoeken van de haalbaarheid in de Vlaamse context. Waar mogelijk worden acties ook wetenschappelijk geëvalueerd.

Het is bovendien belangrijk te voorzien dat de projecthouders van elke actie ook dienen te participeren aan de evaluatie van het globale actieplan, uiteraard met inbegrip van de actie waar men zelf verantwoordelijke voor was.

Waar mogelijk wordt er in acties gebruik gemaakt van innovatieve methodieken zoals nieuwe technologieën, digitale media, veelbelovende interventies,... Daartoe worden internationale ontwikkelingen in de suïcidepreventie opgevolgd.

5. Taakverdeling en – bewaking

De preventieketen bestaat uit verschillende actoren die elk met een eigen taak en expertise mee instaan voor het realiseren van de gezondheidsdoelstelling en bijhorende preventiestrategieën, geconcretiseerd in het actieplan. Vanuit het Vlaams gezondheidsbeleid worden sommige van die actoren (partnerorganisaties, organisaties met terreinwerking, Logo's) in de preventieketen structureel gesubsidieerd. Die organisaties zorgen voor een jaarlijkse verantwoording van hun subsidies.

Voor een efficiënt preventiebeleid is een goede taakomschrijving en afstemming tussen de actoren nodig. Het is een kerntaak van de overheid om vanuit haar regierol en toezichtfunctie, dit proces te bewaken. Het uitklaren, bewaken en verbeteren van die taakverdeling blijft een permanent aandachtspunt.

6. Facettenbeleid en politiek engagement

Brede en duurzame impact is enkel mogelijk wanneer we er in slagen om actoren in alle levensdomeinen van de bevolking te sensibiliseren en te engageren om mee te werken aan de doelstelling (health in all policies).

Effectieve samenwerking tussen verschillende administraties en organisaties is pas mogelijk als er een duidelijk engagement is op het politieke niveau. Gezamenlijke beleidsinitiatieven en acties zouden daarom best worden opgenomen in de beleidsbrieven van de relevante ministers.

De uitvoering van de acties kan, naast een samenwerking tussen de administraties van de betrokken beleidsdomeinen, worden opgevolgd in overleg op het niveau van de Vlaamse Regering.

Voor de afstemming met het federale niveau moet het thema suïcidepreventie op de agenda komen van de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid. De basis hiervoor is het preventieprotocol van 21 maart 2016, waar het thema suïcidepreventie in vervat zit. De uitvoering van dit protocol wordt opgevolgd en aangestuurd door de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid.

7. Afstemming met andere gezondheidsdoelstellingen en actieplannen

Gedurende de ganse looptijd van VAS III is er aandacht voor een goede afstemming met andere plannen, voor zover dat relevant en opportuun is in het kader van VAS III.

Zo is er het Strategisch Plan 'De Vlaming leeft Gezonder in 2025', dat een aantal belangrijke thema's voor preventieve gezondheidszorg bundelt, waaronder ook geestelijke gezondheidsbevordering. De insteek is een settinggerichte werking, en het streven naar gezonder leven bij de bevolking door te werken op gezond gedrag en een gezonde omgeving.

Binnen het regeerakkoord is er voor gekozen om het actieplan Suïcide niet in te kantelen in het Strategisch plan, en apart te ontwikkelen. Dit vanuit de idee dat Suïcidepreventie zich wel focust op een afgebakend gezondheidsprobleem, en ook sterk doelgroepgericht is.

Tegelijk is het duidelijk dat er naast die verschillen ook heel wat linken en gedeelde gebieden zijn, onder andere als het gaat over geestelijke gezondheidsbevordering, maar ook op het gebied van middelengebruik. Een nauwe afstemming tussen de strategieën en acties van beide plannen zal dan ook nodig blijven.

Lijst van afkortingen

(K)IPEO	(Kinder) Instrument Psychosociale Evaluatie en Opvang Suïcidepogers
ASPHA	Advies Suïcidepreventie voor Huisartsen en Andere Hulpverleners
ASS	Autisme Spectrum Stoornis
ASSIP	Attempted Suicide Short Intervention Program
AZG	Agentschap Zorg en Gezondheid
BEP-TG	Beknopte Eclectische Psychotherapie voor Traumatische Rouw
BHO	Beheersovereenkomst
CAW	Centra Algemeen Welzijnswerk
CEBM	Centre for Evidence-Based Medicine
CGG-SP	suïcidepreventiewerking van de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg
CGT	Cognitieve Gedragstherapie
CLB	Centra voor Leerlingenbegeleiding
CPZ	Centrum ter Preventie van Zelfdoding
EHBP	Eerste Hulp bij Psychische problemen
ELZ	eerstelijnszone
ESF	Europees Sociaal Fonds
EXPOSS	Exposure to Self-harm and Suicide
FGVG	Fonds Ga voor Geluk
GGB	Geestelijke Gezondheidsbevordering
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
JAC	JongerenAdviesCentrum
KPC	KinderPsychiatrisch Centrum
LGBTI+	Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Intersex
LOES	Leidraad Opvang en Evaluatie Suïcidaliteit
LOK	Lokale Kring
MBCT-S	Mindfulness Based Cognitive Therapy (Suicide)
MCT	Mobiel crisisteam
MDR	Multidisciplinaire Richtlijn
MSPR	Multidisciplinaire Suïcide Preventie Reflex
NEET	Not in Employment, Education or Training
PAAZ	Psychiatrische Afdeling van een Algemeen Ziekenhuis
PTSS	Posttraumatische stressstoornis
PXL	Hogeschool PXL
PZ	Psychiatrisch Ziekenhuis
QALY	Quality Adjusted Life Years
RCT	Randomized Controlled Study
SCOUT	Social Connection amOng yoUth in disTress
SMART	Specifiek, Meetbaar, Aanvaardbaar, Realistisch en Tijdgebonden
SP-Reflex	suïcidepreventie-reflex
SWOT	strengths, weaknesses, opportunities, threats
TeJo	Therapeuten voor Jongeren
TT	Toekomstgerichte Training

UCLL	University College Leuven-Limburg
Ugent	Universiteit Gent
USI	Universeel, selectief, geïndiceerd
VAN	Vlaams Apothekersnetwerk
VAS	Vlaams actieplan suïcidepreventie
VAS I	Eerste Vlaams actieplan suïcidepreventie (2002-2010)
VAS II	Tweede Vlaams actieplan suïcidepreventie (2012-2020)
VAS III	Derde Vlaams actieplan suïcidepreventie (2022-2030)
VDAB	Vlaamse Dienst voor Arbeidsbemiddeling
VLESP	Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie
VR	Virtual Reality
VUB	Vrije Universiteit Brussel
WHO	World Health Organisation
WVG	Welzijn, Volksgezondheid, Gezin

BIJLAGE 1 - Wetenschappelijk Onderbouwing van de Preventiestrategieën

In wat volgt wordt wetenschappelijke onderbouwing meegegeven voor de verschillende preventiestrategieën uit het actieplan. Dit is opgebouwd per preventieniveau (op basis van het USI-model, zie inleiding).

Universele preventie

Universele preventie richt zich tot de volledige (Vlaamse) populatie, waarbij zoveel mogelijk wordt ingezet op het creëren van basiscondities die beschermen tegen suïcidaal gedrag.

Een eerste belangrijke component binnen universele preventie is algemene **geestelijke gezondheidsbevordering**. Wetenschappelijke evidentie toont dat psychische klachten en verminderde mentale gezondheid belangrijke risicofactoren zijn voor het ontwikkelen van suïcidale gedachten en suïcidaal gedrag (Turecki & Brent, 2016). Ook de theoretische modellen van suïcidaliteit tonen aan dat psychiatrische en psychische factoren een belangrijke rol spelen. Er moet dus worden ingezet op het algemeen versterken van weerbaarheid en veerkracht bij de bevolking. Een veelgebruikte manier om dit te doen is door brede preventieprogramma's op specifieke settings, zoals scholen, universiteiten en werkomgeving (Turecki et al., 2019). Onderzoek toont dat inzetten op psycho-educatieve programma's in scholen, bijvoorbeeld, suïcidaal gedrag en ideatie vermindert (Aseltine et al., 2007; Mann et al., 2021; Wasserman et al., 2015). Specifieke belangrijke factoren om op in te zetten binnen algemene geestelijke gezondheidsbevordering, zijn het verbeteren van copingvaardigheden en veerkracht. Dit is namelijk beschermend tegen suïcidaliteit (Ivbijaro et al., 2019; Shahram et al., 2021; Sun & Zhang, 2015; Zhang et al., 2012).

Hieraan gelinkt is het belangrijk om bepaalde attitudes en **stigma** rond suïcide binnen de maatschappij aandacht te geven en te wijzigen. Een onderzoek dat keek naar 25 Europese landen, toont aan dat stigma rond mentale gezondheid samengaat met verhoogde suïdecijfers (Schomerus et al., 2015). Het is dus belangrijk om stigma aan te pakken. Daaraan gelinkt is het belangrijk om dit stigma te doorbreken opdat suïcidaliteit bespreekbaar gemaakt kan worden in de maatschappij. Spreken over suïcidaliteit leidt namelijk niet tot (toenames in) suïcidaliteit, maar kan het risico zelfs verminderen (Blades et al., 2018; Polihronis et al., 2020). Het bespreekbaar maken van suïcidaliteit hangt samen met sociale steun, wat een belangrijke beschermende factor is (Batty et al., 2018; Calati et al., 2019). Bovendien kunnen stigma en bepaalde attitudes ten aanzien van psychische problemen of hulpverlening ervoor zorgen dat mensen niet of laatstijdig (professionele) hulp zoeken (Clement et al., 2015; Keller et al., 2019; Niederkrotenthaler et al., 2014). Onderzoek toont aan dat het verhogen van kennis en het verlagen van stigma rond suïcidaliteit en mentale gezondheid, samenhangt met positievere attitudes naar professionele hulp voor mentale problemen (Peel et al., 2017). Toegankelijkheid tot geestelijke gezondheidszorg en kennis en attitudes over het gezondheidszorgsysteem worden in het integratief model net aangehaald als belangrijke beschermende factoren. Doorbreken van stigma en aanmoedigen en faciliteren van hulp zoeken zijn dus belangrijke aandachtspunten binnen universele preventie.

Naast het doorbreken van stigma en bespreekbaar maken van suïcidaliteit, is de manier waarop dit besproken wordt ook van uiterst belang. Zoals weergegeven in het integratief model kan de confrontatie met suïcide in de omgeving of in de **media** een risicoverhogende factor zijn (Van

Heeringen 2007). Binnen de huidige samenleving neemt het gebruik, bereik en belang van (sociale) media steeds toe. Hierbij is het aanneembaar dat vele mensen vroeg of laat blootgesteld worden aan suïcide gerelateerde content (bv. nieuws, getuigenissen, verhaallijnen). Blootstelling aan suïcide verhoogt echter doorgaans het risico op suïcidaal gedrag (Hill et al., 2020). Ook nieuwsberichten of verhaallijnen over suïcide kunnen kwetsbare mensen met zelfmoordgedachten aanzetten tot zelfdoding (imitatie-effect), zo blijkt uit tal van studies (Niederkrotenthaler et al., 2020). Onderzoek toont echter aan dat wanneer op een hoopvolle manier over suïcide wordt gerapporteerd, en als mediarijchlijnen voor suïcidepreventie worden opgevolgd, dat media ook een positief effect kunnen hebben (King et al., 2018; Niederkrotenthaler & Till, 2020; Till et al., 2015; Williams et al., 2021). Daarom is het veilig bespreekbaar maken van suïcide in de maatschappij en media een belangrijk werkpunt binnen suïcidepreventie.

Tenslotte wordt het **beperken van de toegang tot dodelijke middelen** in onderzoek en modellen sterk naar voren geschoven als cruciale preventie-actie (Krysinska et al., 2016; Platt et al., 2019; Zalsman et al., 2017). In het integratief model wordt de toegang tot middelen als risicoverhogend aangehaald, binnen het geïntegreerd motivationeel-intentioneel model is de toegang tot middelen een intentionele moderator en ook binnen de drie stappen theorie kan de toegang tot middelen gekaderd worden binnen het praktisch vermogen. In al deze modellen wordt de toegang tot middelen dus gezien als risicofactor. Dit wordt dan ook ondersteund door evidentie, waarbij het beperken van middelen een duidelijk gunstig effect heeft op suïdecijfers (Mann et al., 2021; Zalsman et al., 2016). Dit kan onder andere gaan om het verbieden van bepaalde pesticiden (Gunnell et al., 2017), het beperken van beschikbaarheid van medicatie (Hawton et al., 2012), voertuigen uitrusten met katalysatoren (Studdert et al., 2010) en installeren van barrières op gevaarlijke locaties (Pirkis et al., 2013, 2015).

**Alles wat onder universele preventie valt, bundelen we in het nieuwe actieplan onder:
Strategie 1 – Suïcidepreventie bij de hele bevolking**

Selectieve Preventie

Het tweede niveau, selectieve preventie, richt zich op kwetsbare groepen. We maken een onderscheid tussen de kwetsbare groepen zelf, en de deskundigen die in contact staan met deze groepen.

1. Deskundigheidsbevordering

Selectieve preventie kan in eerste instantie gericht zijn op het deskundig maken van personen die in contact komen met kwetsbare groepen, zogenaamde **deskundigheidsbevordering**. Zo worden de kwetsbare doelgroepen op een indirecte wijze bereikt. Hierbij worden (toekomstige) hulpverleners en zogenaamde ‘gatekeepers’ opgeleid, getraind en gevormd. Gatekeepers zijn sleutelfiguren die in bepaalde settings in aanraking komen met risico-groepen of doelgroepen waarbij suïcidepreventie van belang is. Deze personen vormen de schakel tussen de doelgroep en verdere hulpverlening, maar spelen ook zelf een belangrijke rol bij het identificeren van risicofactoren of suïcidaliteit en het ondersteunen hiervan. Het bevorderen van hun kennis, attitudes en vaardigheden kan via informatie, ondersteuning, richtlijnen, training en beleid. Onderzoek ondersteunt het belang van gatekeeper training en opleiding van professionele hulpverleners, met evidentie die aantoonst dat het suïdecijfers verlaagt (Krysinska et al., 2016; Mann et al., 2021; Zalsman et al., 2017). Bij deskundigheidsbevordering in het kader van suïcidepreventie zijn hulpverleners belangrijke personen, maar ook andere settings spelen een belangrijke rol in het kader van detectie, opvang en doorverwijzing zoals onderwijs, werk,... Deze settings lopen in lijn met de kwetsbare doelgroepen die binnen selectieve preventie specifieke aandacht krijgen.

Alles wat onder deze vorm van selectieve preventie valt, bundelen we in het nieuwe actieplan onder: Strategie 2 – Deskundigheidsbevordering bij professionals en sleutelfiguren

2. Kwetsbare doelgroepen

Selectieve preventie richt zich naast de professionals en sleutelfiguren dus ook direct op kwetsbare doelgroepen. Zoals het integratief model illustreert, zijn bepaalde groepen gevoeliger aan het ontwikkelen van suïcidale gedachten en/of gedrag (van Heeringen, 2007).

Enkele doelgroepen op basis van socio-demografische kenmerken zijn in de wetenschappelijke literatuur al geïdentificeerd als hoger-risico groepen. Op basis van leeftijd, tonen Vlaamse en internationale suïcidecijfers een verhoogd risico bij jongeren en ouderen (Turecki et al., 2019; van Landschoot et al., 2019). Naar aanleiding van de COVID-19 pandemie is het belang van mentale gezondheid bij jongeren bovendien nog meer op de voorgrond gekomen.

Verder is er ook een merkbaar geslachtsverschil, waarbij het suïcidecijfer hoger ligt bij mannen dan bij vrouwen (van Landschoot et al., 2019). Bijna 3 op de 4 suïcides in Vlaanderen gebeuren door mannen.

Andere kwetsbare groepen die in wetenschappelijke literatuur geïdentificeerd zijn, zijn LGBTI+ personen (Haas et al., 2014; M. King et al., 2008) en gedetineerden (Fazel et al., 2017). Ook mensen uit bepaalde werk- of financiële situaties vormen kwetsbare groepen, zoals werklozen (Chen et al., 2010; Classen & Dunn, 2012; Platt & Hawton, n.d.), mensen uit een ongunstige sociaal-economische klasse (Batty et al., 2018) en bepaalde beroepsgroepen (Guseva Canu et al., 2019; Halonen et al., 2018; Milner et al., 2013; Peterson et al., 2016; Wild et al., 2021)

Tenslotte hebben mensen met psychische klachten een verhoogd risico op suïcidaliteit en vormen zij dus ook een kwetsbare doelgroep (Turecki et al., 2019; Turecki & Brent, 2016). Specifieke psychische stoornissen waarbij het risico op suïcidaliteit verhoogd is, zijn stemmingsstoornissen, angststoornissen, impulscontrole stoornissen, posttraumatische stressstoornis, eetstoornissen, en verslaving en middelenmisbruik (Mars et al., 2019; Nock et al., 2009; Turecki & Brent, 2016).

Alles wat onder deze vorm van selectieve preventie valt, bundelen we in het nieuwe actieplan onder: Strategie 3 – Suïcidepreventie bij kwetsbare groepen

Geïndiceerde preventie

Tenslotte richt het derde niveau, geïndiceerde preventie, zich op een hoog-risicogroep, namelijk personen die suïcidale gedachten of gedrag vertonen. Eerder suïcidaal gedrag is namelijk de sterkste voorspeller van toekomstig suïcidaal gedrag en overlijden door suïcide (Carroll et al., 2014b; Nock et al., 2013; Turecki et al., 2019). Het risico op overlijden door suïcide is in het bijzonder verhoogd tijdens het eerste jaar na een suïcidepoging, maar blijft ook hierna verhoogd (de Moore & Robertson, 1996; Jenkins, 2002; Suominen, Isometsä, Ostamo, et al., 2004; Suominen, Isometsä, Suokas, et al., 2004; Tidemalm et al., 2008, 2015; Wang & Mortensen, 2006). Het is dus belangrijk om mensen na een suïcidepoging de gepaste zorg te bieden, om dit risico te beperken.

Onderzoek ondersteunt de werking van verschillende psychosociale interventies, psychotherapieën, en farmacotherapie bij deze doelgroep (Krysinska et al., 2016; Mann et al., 2021; Riblet et al., 2017; Turecki et al., 2019). Hierbij hebben voornamelijk psychosociale interventies en gecoördineerde nazorg sterke evidentie (Krysinska et al., 2016).

Doorheen literatuur worden zorgcontinuïteit en opvolging sterk benadrukt (Turecki & Brent, 2016; Zalsman et al., 2016, 2017). Het is belangrijk om mensen bijvoorbeeld na een suïcidepoging goed op te volgen. Internationaal zijn hier al programma's voor beschikbaar, die effectief blijken (Doupnik et al., 2020; Gysin-Maillart et al., 2016). Ook personen die last hebben van suïcidale gedachten vereisen lange-termijn opvolging, follow-up gesprekken en ketenzorg voor het voorkomen van suïcidaal gedrag en verminderen van suïcidaliteit (Das et al., 2021).

Verder vormen laagdrempelige vormen van hulp als aanvulling op de reguliere/formele hulp een belangrijk deel van geïndiceerde preventie. Onderzoek toont ook dat (telefonische) crisislijnen en chats een gunstig effect hebben op welzijn, emotionele spanning en toekomstig suïcidaal gedrag (Gould et al., 2007, 2018, 2021). Er zijn heel wat drempels tot reguliere hulp zoals onder andere bepaalde overtuigingen, stigma en financiële problemen (Bruffaerts et al., 2011). Online alternatieven kunnen hierin een tegemoetkoming vormen, aangezien personen met suïcidale gedachten of gedrag vaak meer geneigd zijn online hulp te zoeken dan face-to-face (Wilks et al., 2018). Er werden internationaal en in Vlaanderen reeds online vormen van hulp ontwikkeld die effectief blijken voor het bieden van ondersteuning bij en behandelen van suïcidaliteit (Büscher et al., 2020; de Jaegere et al., 2019).

Verbondenheid en sociale ondersteuning zijn belangrijk binnen suïcidepreventie, zoals aangetoond in de theoretische modellen en evidentie. Het is dus belangrijk om naasten voldoende te betrekken. Zo zijn naasten belangrijk voor het verkrijgen van informatie, het installeren van veiligheid, het bieden van steun en hulp bij opvang en begeleiding (Barksdale et al., 2009; Grant et al., 2015; Nosek, 2008). Bovendien communiceren suïcidale personen voor hun poging vaak hun suïcidale gedachten en intentie aan familie en vrienden (Isometsä, 2001; Owens et al., 2009; Rich et al., 1988). De naasten kunnen dus een belangrijke rol spelen bij het identificeren van suïciderisico. De emotionele impact van samenleven met iemand met suïcidale gedachten of iemand die een suïcidepoging ondernam is groot (Ferrety et al., 2016). Naasten rapporteren een verminderd algemeen welzijn, zowel psychische als fysiek (Katz et al., 2015; McLaughlin et al., 2014; Robinson et al., 2016). Dus ook ondersteuning van de naasten is belangrijk.

Alles wat onder geïndiceerde preventie valt, bundelen we in het nieuwe actieplan onder: Strategie 4 – Preventie bij suïcidale personen & ondersteuning naasten

Zorg voor Nabestaanden

Naast de preventiestrategieën uit het USI-model is specifieke aandacht en zorg voor nabestaanden ook een belangrijke component binnen actieplannen m.b.t. suïcidepreventie.

Een overlijden door suïcide treft immers een groot aantal mensen rondom de overleden persoon. Dit kan gaan om familieleden, maar evenzeer vrienden, collega's, burens, kennissen, Schattingen uit onderzoek stellen dat elk overlijden aan suïcide, 135 personen beïnvloedt (Cerel et al., 2019). Onderzoek toont aan dat een overlijden ten gevolge van suïcide impact heeft op 1 op 20 mensen per jaar (4.3%) (Andriessen, Rahman, et al., 2017). Één op vijf personen (21.8%) zou gedurende zijn/haar leven zelfs te maken krijgen met een suïcide in zijn/haar omgeving (Andriessen, Rahman, et al., 2017).

Iemand verliezen aan suïcide verhoogt het risico op sociale, fysieke en mentale gezondheidsproblemen (Andriessen, Kryszka, et al., 2017). Onderzoek toont aan dat nabestaanden, in vergelijking met de algemene bevolking, een verhoogd risico hebben op suïcidaal gedrag en psychiatrische problemen zoals depressie, angststoornissen, posttraumatische stressstoornis en middelengebruik (de Groot & Kollen, 2013).

Iemand verliezen gaat gepaard met rouw. Bij nabestaanden van iemand die overleed aan suïcide is dit niet anders. Het is echter zo dat deze nabestaanden een verhoogd risico hebben op gecompliceerde rouw (Mitchell et al., 2004). Het verlies kan namelijk gepaard gaan met allerlei uiteenlopende emoties,

mogelijks trauma of shock door de manier van overlijden en allerhande vragen. Bovendien heerst er vaak een bepaald stigma rond suïcide, waardoor nabestaanden mogelijks onvoldoende sociale ondersteuning ervaren of minder hulpzoekend gedrag vertonen (Andriessen, Kryszynska, et al., 2017; Pitman et al., 2017).

Gelet op dit verhoogd risico op gezondheidsproblemen en specifiek het verhoogd risico op gecompliceerde rouw, is het belangrijk om ondersteuning te bieden aan nabestaanden. Dit kan in de vorm van professionele ondersteuning, maar ook lotgenotencontact. Er bestaan reeds verschillende vormen van professionele ondersteuning (Supiano et al., 2017; Zisook et al., 2018), lotgenotencontact (Schlichthorst et al., 2020) en online ondersteuningsfora (Kramer et al., 2015) bij nabestaanden van suïcide ondersteunt.

Zoals eerder vermeld, is het risico op suïcidaal gedrag bij nabestaanden verhoogd, wel twee tot drie keer, vergeleken met de algemene bevolking (de Groot & Kollen, 2013). Dit enerzijds door de gevolgen op de gezondheid van het overlijden, maar anderzijds ook door een mogelijks kopieereffect. Zoals eerder aangegeven (zie universele preventie), is er bij blootstelling aan suïcide in de omgeving een verhoogd risico op suïcidaliteit (Hill et al., 2020). Hierbij wordt het suïcidaal gedrag als het ware gekopieerd. Het is dus belangrijk om personen na een suïcide te ondersteunen, maar ook (laagdrempelige) informatie en hulp te voorzien. Dit op individueel vlak, maar ook settinggericht, bijvoorbeeld op scholen na een suïcide. Er bestaat evidentie die de werking van bepaalde postventie interventies gericht op scholen (Cha et al., 2018) en de bredere gemeenschap (Visser et al., 2014; Zisook et al., 2018) ondersteunt.

Het is dus belangrijk aandacht te hebben voor de doelgroep nabestaanden in het kader van suïcide, door het bieden van (laagdrempelige) ondersteuning, hulp en informatie. Internationaal betrekken veel landen nu ook postventie in hun nationaal suïcidepreventie plan (Platt et al., 2019).

Alle acties die zich richten tot nabestaanden bundelen we in het nieuwe actieplan onder: Strategie 5 – Postventie na suïcide & ondersteuning nabestaanden

Onderzoek, monitoring en evaluatie

Tot slot is het voor de opvolging en verdere ontwikkeling van een nieuw actieplan cruciaal om een helder zicht te hebben op suïcidaal gedrag (internationaal, maar ook specifiek in Vlaanderen) en op de effectiviteit van acties en preventiestrategieën. Onderzoekers benadrukken het belang van voortdurende evaluatie en monitoring van een actieplan en het effect ervan op suïcidecijfers (Platt et al., 2019; Zalsman et al., 2017). Dit betekent zowel het bijhouden en monitoren van cijfers van suïcide en suïcidepogingen, als het onderzoeken van bepaalde risico- en beschermende factoren in Vlaanderen. Dit laat enerzijds toe om de omvang en ernst in te schatten van suïcidaal gedrag in Vlaanderen. Anderzijds laat dit ook toe om bepaalde risicogroepen te identificeren of te zien welke doelgroepen misschien minder bereikt worden met huidige preventiemethodieken. Bovendien is het belangrijk dat actuele cijfers van suïcides en suïcidepogingen snel beschikbaar zijn. Op deze manier kan de werking van de bestaande preventiemethodieken worden nagegaan en kunnen noden bij specifieke groepen zo snel mogelijk worden opgemerkt. Op deze manier kan preventie dus gericht worden toegepast en zo goed mogelijk worden aangepast aan de noden die op dat moment bestaan. Daarnaast is het belangrijk om suïcidale processen te onderzoeken. Dit alles kan zorgen voor meer op maat ontwikkelde preventiemethodieken. Het blijvend evalueren van de methodieken en het algemene actieplan zijn dus van uiterst belang om passende preventiemethodieken aan te bieden en te ontwikkelen. Daarom werd in het derde Vlaams Actieplan Suïcidepreventie een strategie ingevoerd die specifiek gaat over onderzoek, monitoring van cijfers en evaluatie van het actieplan.

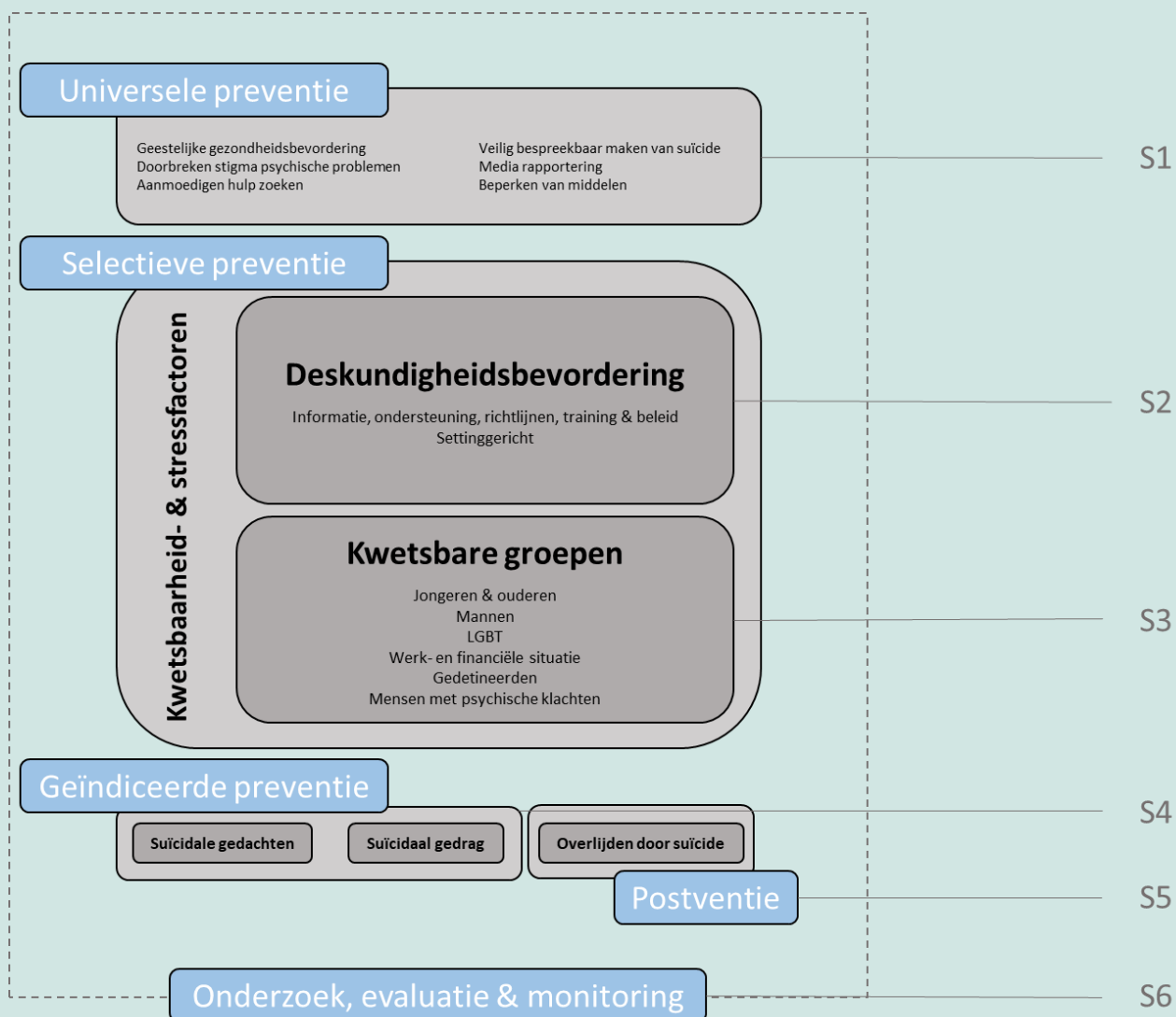
**Deze aandachtspunten en acties worden in het nieuwe actieplan gebundeld onder:
Strategie 6 – Onderzoek, monitoring cijfers, evaluatie actieplan**

Conclusie

Het derde Vlaams Actieplan Suïcidepreventie werd ontwikkeld op basis van recente wetenschappelijke evidentie en modellen. Op basis van de relevante recente wetenschappelijke evidentie werden zes voornaamste preventiestrategieën vooropgesteld die passen binnen het USI-model voor preventie (Gordon, 1983; Nordentoft, 2011). Daarbij werd ook rekening gehouden met de evaluatie van het vorige Vlaams Actieplan Suïcidepreventie en nationale actieplannen uit andere landen.

Uiteindelijk werden al deze zaken geïntegreerd tot volgende strategieën:

- Strategie 1 – Suïcidepreventie bij de hele bevolking
- Strategie 2 – Deskundigheidsbevordering bij professionelen en sleutelfiguren
- Strategie 3 – Suïcidepreventie bij kwetsbare groepen
- Strategie 4 – Preventie bij suïcidale personen & ondersteuning naasten
- Strategie 5 – Postventie na suïcide & ondersteuning nabestaanden
- Strategie 6 – Onderzoek naar suïcidaliteit, monitoring van cijfers en evaluatie van het actieplan



Figuur 1. Overzicht van de zes preventiestrategieën (S1-6) uit het Vlaams Actieplan Suïcidepreventie op basis van het USI-Model

BIJLAGE 2 – CEBM Levels of Evidence en beslisboom:

Onderstaande figuur toont de visuele samenvatting van CEBM (Centre for Evidence-Based Medicine) Levels of Evidence, die gebruikt werden om de sterkte van de wetenschappelijke evidentie aan te duiden.

Oxford Centre for Evidence-Based Medicine 2011 Levels of Evidence

Question	Step 1 (Level 1*)	Step 2 (Level 2*)	Step 3 (Level 3*)	Step 4 (Level 4*)	Step 5 (Level 5)
How common is the problem?	Local and current random sample surveys (or censuses)	Systematic review of surveys that allow matching to local circumstances**	Local non-random sample**	Case-series**	n/a
Is this diagnostic or monitoring test accurate? (Diagnosis)	Systematic review of cross sectional studies with consistently applied reference standard and blinding	Individual cross sectional studies with consistently applied reference standard and blinding	Non-consecutive studies, or studies without consistently applied reference standards**	Case-control studies, or "poor or non-independent reference standard**	Mechanism-based reasoning
What will happen if we do not add a therapy? (Prognosis)	Systematic review of inception cohort studies	Inception cohort studies	Cohort study or control arm of randomized trial*	Case-series or case-control studies, or poor quality prognostic cohort study**	n/a
Does this intervention help? (Treatment Benefits)	Systematic review of randomized trials or <i>n</i> -of-1 trials	Randomized trial or observational study with dramatic effect	Non-randomized controlled cohort/follow-up study**	Case-series, case-control studies, or historically controlled studies**	Mechanism-based reasoning
What are the COMMON harms? (Treatment Harms)	Systematic review of randomized trials, systematic review of nested case-control studies, <i>n</i> -of-1 trial with the patient you are raising the question about, or observational study with dramatic effect	Individual randomized trial or (exceptionally) observational study with dramatic effect	Non-randomized controlled cohort/follow-up study (post-marketing surveillance) provided there are sufficient numbers to rule out a common harm. (For long-term harms the duration of follow-up must be sufficient.)*	Case-series, case-control, or historically controlled studies**	Mechanism-based reasoning
What are the RARE harms? (Treatment Harms)	Systematic review of randomized trials or <i>n</i> -of-1 trial	Randomized trial or (exceptionally) observational study with dramatic effect			
Is this (early detection) test worthwhile? (Screening)	Systematic review of randomized trials	Randomized trial	Non-randomized controlled cohort/follow-up study**	Case-series, case-control, or historically controlled studies**	Mechanism-based reasoning

* Level may be graded down on the basis of study quality, imprecision, indirectness (study PICO does not match questions PICO), because of inconsistency between studies, or because the absolute effect size is very small; Level may be graded up if there is a large or very large effect size.

** As always, a systematic review is generally better than an individual study.

How to cite the Levels of Evidence Table

OCEBM Levels of Evidence Working Group*. "The Oxford 2011 Levels of Evidence".

Oxford Centre for Evidence-Based Medicine. <http://www.cebm.net/index.aspx?o=5653>

* OCEBM Table of Evidence Working Group = Jeremy Howick, Iain Chalmers (James Lind Library), Paul Glasziou, Trish Greenhalgh, Carl Heneghan, Alessandro Liberati, Ivan Moschetti, Bob Phillips, Hazel Thornton, Olive Goddard and Mary Hodgkinson

Onderstaande tabel toont het totaalscore per nieuwe actie; deze score is het resultaat van de gevolgde beslisboom zoals toegelicht in dit rapport.

Actie	USI	Evidentie	Nood	Haalbaarheid	Bereik	Innovatie	Totaal
1.1. Mentaal welbevinden in het basis-, secundair en hoger onderwijs	U	5	1.113	Onbekend	0,414	0	6,527
1.2. Preventie in de schoolsetting via het project Warme Scholen	U	5	-0,824	0,408	0,569	0	5153
1.3. Implementatie van de Geluksdriehoek	U	1,5	-1.569	0,408	1.241	0	1.580
1.4. Mentaalmaatje: Campagne over peer support	U	3	-1.444	-1.730	-1.420	0	-1.594
1.5. Deskundigheidsbevordering en psycho-educatie over medicatiebeheer	U	4	1.561	-0,883	0,362	0	5.040
1.6. Richtlijnen m.b.t. het beperken van de toegang tot methodes	U	4	0,517	-0,715	0,569	0	3.371
2.1. Deskundigheidsbevordering van (toekomstige) zorg- en hulpverleners via een Virtual Reality Tool	S	5	-0,351	0,127	0,469	1	6.245
2.2. Deskundigheidsbevordering van huisartsen via een LOK pakket	S	3	0,517	-0,715	0,569	0	4.371
2.3. Denktank en pilootproject Werksetting	S	5	1.053	-1.813	-0,423	0	3.817
3.1. Versterken van het mentaal welbevinden bij jongeren uit kwetsbare posities	S	2	-0,228	Onbekend	-0,569	0	1.203
3.2. Versterken van mentaal welbevinden bij werklozen	S	5	1.710	-1.276	-0,362	1	6.072
3.3. Suïcidepreventie op maat van land- en tuinbouwers	S	NVT					
4.1. Zelfhulp-app voor suïcidale jongeren	I	5	0,452	-0,152	0,288	0	5.588
4.2. Zelfzorggroep voor ervaringsgenoten na een suïcidepoging	I	2,5	-1.823	0,023	-0,509	1	1.191
4.3. Richtlijn voor de detectie en behandeling van suïcidale gedachten en gedrag bij kinderen en jongeren	I	5	1.337	0,023	0,800	0	7.160
4.4. Richtlijn voor de detectie en behandeling van suïcidale gedachten en gedrag bij personen met autisme	S	5	-0,180	-0,853	-0,851	1	4.116
4.5. Richtlijn voor de detectie en behandeling van suïcidale gedachten en gedrag bij chronische suïcidaliteit	I	4	1.337	-0,152	0,686	1	6.871

4.6. Tool voor hulpverleners om suïcidale gedachten en gedrag met jongeren te bespreken	I	5	-0,053	-0,152	1.084	1	6.879
4.7. Kortdurende interventie voor personen na een suïcidale crisis of suïcidepoging	I	4	0,579	0,724	0,458	1	6.761
4.8. Groepstraining voor suïcidale jongeren	I	3	0,200	0,023	0,572	1	4.795
4.9. Zorgcontinuïteit en ketenzorg voor suïcidale personen vanuit de hulplijnen	I	5	0,958	0,023	0,971	1	7.952
4.10. Netwerken GGZ: Evaluatie en ontwikkeling zorgaanbod en follow-up systeem voor suïcidale personen	I	4	1.084	-0,853	0,914	0	5.145
4.11. Interdisciplinaire intervisie op Eerste Lijns Zones	S	3,5	1.412	-1.276	-0,828	1	3.308
5.1. Laagdrempelige informatie en hulp voor nabestaanden	S	4,5	-0,175	-0,672	0,707	0	4.360
5.2. Deskundigheidsbevordering van hulpverleners m.b.t. postventie	S	5	0,175	0,469	0,291	0	5.935
5.3. Methodiek voor ondersteuning bij postventie na een suïcide	S	2,5	1.228	0,127	1.004	0	4.859
6.1. Onderzoek naar het effect van een richtlijnconforme verhaallijn in fictie				NVT			
6.2. Onderzoek naar de impact van suïcide in de media				NVT			
6.3. Onderzoek naar risicoberoepen				NVT			
6.4. Actuele en gedetailleerde suïcidedcijfers				NVT			

BIJLAGE 3 - Gezondheidseconomische evaluaties van acties rond suïcidepreventie

Inleiding

Selectie van acties

Naast prioriteitsstelling van de acties door werkgroepen, aangevuld met wetenschappelijke evidentie en evaluatie naar haalbaarheid, bereik, nood en innovativiteit, werden de voorgestelde acties geëvalueerd op gezondheidseconomische criteria. Volgende criteria werden hierbij beschouwd: aanwezigheid gezondheidseconomische evidentie, beschikbaarheid van kosten- en/of effectenstudie, analyseerbaarheid van het gezondheidseconomisch vraagstuk. Deze analyse gebeurde aan de hand van een quick review van elk van de acties waarbij door twee onafhankelijke onderzoekers een score werd toegekend op bovenstaande parameters op een 3-/5-level Likert schaal. Deze scores werden in een consesusmeeting verder overlopen om tot een globale score per actie te komen. De resultaten van deze oefening werden vervolgens samengevoegd met de evaluaties van de acties door de werkgroepen en VLESP om zo tot een lijst van acties te komen die op beide goed scoorden. Bij de uiteindelijke selectie van acties waarvoor een volwaardige gezondheidseconomische evaluatie werd uitgevoerd werd eveneens gezorgd dat deze acties afdoende gespreid waren over de verschillende strategieën. Hieronder worden de scores van elke actie weergegeven en de acties aangeduid die werden geselecteerd voor gezondheidseconomische evaluaties.

Strategie 1: Suïcidepreventie bij de hele bevolking	VLESP			GE - team		
	Nood	Haalbaarheid	Bereik	Evidentie / Good practice	Kosten	Analyseerbaar
U3 - Medicatie beheer / middelenbeperking	+	-	-/+	+	-/+	-
U6 - Richtlijnen middelen beperking	+	-	+	+	-	-
U12 - Mentaal welbevinden Onderwijs	+	-/+	-/+	+	-/+	-/+
U17 - Warme steden en gemeenten	-/+	-/+	-/+	-	+	-/+
U13 - Campagne normaliseren kwetsbaarheid	-	-	+	+	-/+	-
U14 - Vragenloket burgers	-/+	-/+	+	-	-/+	-
U15 - Warme Scholen	-	-/+	+	+	+	+
U16 - Warme William	-	+	+	-/+	+	-
U8 - Geluksdriehoek bevolking	-	-/+	+	-/+	-/+	-/+
U9 - NokNok.be uitbreiding	-	+	+	-/+	+	-/+
G17 - Mentale maatjes	-	-	-	-	-	-/+

Strategie 2: Deskundigheidsbevordering professionals	VLESP			GE - Team		
	Nood	Haalbaarheid	Bereik	Evidentie / Good practice	Kosten	Analyseerbaar
S2 - LOK interviews professionals	+	-/+	+	-	+	-
S3 - Versterken intermediairen	+	+	-	-	-	-/+
S11 - Opleidingen Vlaamse studenten	+	-/+	+	+	+	-
S9 - Virtual reality training tool	-/+	-/+	-/+	+	-/+	-/+
S15 - Zelfzorg professionals	-/+	-/+	-/+	-	-/+	-/+
U7 - deskundigheidsbevordering bevolking	-/+	-	-/+	+	+	-/+

Strategie 3: Suicidepreventie kwetsbare groepen	VLESP			GE - Team		
	Nood	Haalbaarheid	Bereik	Evidentie / Good practice	Kosten	Analyseerbaar
U2 - Risico onderzoek apothekers	+	-	-	+	-/+	-/+
U10 - Mentaal welbevinden werklozen	+	-	-/+	+	-/+	-/+
U1 - Ondersteunende materialen jeugdwerk	-/+	-/+	-/+	+	-/+	-/+
U11 - Mentaal welbevinden jongeren	-/+	-/+	-	-/+	-/+	-/+
S12 - suicide preventie tuin en landbouw	-	-	-	+	+	-/+
S13 - inventarisatie LGBTI zorg	-/+	-	-	-	-/+	*
S14 - Suicide preventie gedetineerden	-/+	-	-/+	+	-/+	-/+
S16 - versterking preventie bij ouderen	+	-	-/+	-/+	-	-/+
S17 - Uitbreiding Jongeren forum	-	-	-/+	+	-/+	-
S10 - Sensibilisering suicide werkvloer	+	-	-/+	-	-	-
G16 - Mentalisering patiënten PersStr.	-	+	-	+	-	-/+

Strategie 4: Preventie suïcidale personen en naasten ondersteuning	VLESP			GE - Team		
	Nood	Haalbaarheid	Bereik	Evidentie / Good practice	Kosten	Analyseerbaar
G1 - Multidisciplinaire Suicide Preventie Reflex	-	+	-/+	-	-/+	+
G2 - onderzoek naar suïciditeit bij ASS	-/+	-	-	-	-	-/+
G3 - Uitwerking leidraad zorgweigeraars	+	-/+	-	-	-	-/+
G5 - Toekomstgerichte Training voor jongeren	-/+	-/+	+	+	+	+
G6 - Multidisciplinaire richtlijn jongeren	+	-/+	+	-/+	-/+	-/+
G7 - Zelfhulp app jongeren	-/+	-/+	-/+	+	+	-
G8 - Creatieve box hulpverleners	-/+	-/+	+	-/+	-	-
G9 - Evaluatie implementatie tools	+	-	+	+	+	-
G10 - Multidisciplinaire richtlijn suïciditeit	+	-/+	+	+	+	+
G11 - Uitbreiding bereikbaarheid zelfmoordlijn	+	-/+	+	+	+	-/+
G12 - Uitbreiding ketenzorg hulplijnen	+	-/+	+	+	+	-/+
G18 - ervaringsgenoten van suïcidepoging	-	-/+	-	-	-	-/+
G19 - Meer 2A-teams voor een snellere zorg	-/+	-/+	+	-	-	+
G20 - dekking hospitalisatieverzekeringen	-/+	+	-/+	-	-	-/+
S1 - Interdisciplinaire intervisie op ELZ	-/+	-/+	+	-	-	-/+
S18 - Uitbreiden handvaten naastbestaanden	-/+	-	-/+	-	-	-
G4 - ASSIP traject na suïcide poging	+	+	-/+	+	+	+

Strategie 5: Postventie na suïcide	VLESP			GE - Team		
	Nood	Haalbaarheid	Bereik	Evidentie / Good practice	Kosten	Analyseerbaar
S4 – WG Verder na zelfdoding	-/+	-/+	+	+	+	+
S5 – Nabestaanden – Postventiemethodiek	+	-/+	+	-/+	-/+	-/+
S6 – Nabestaanden – Lotgenotencontact	-/+	-/+	-/+	+	+	-
S7 – Nabestaanden – DBV hulpverleners	-/+	-/+	+	-/+	-	-
S8 – Behandeling suïcidale flashforwards	+	-	+	+	+	-

*rode velden geven een score aan onder het gemiddelde, oranje rond het gemiddelde en groen boven het gemiddelde van de scores binnen de respectievelijke strategie.

Beschrijving en resultaten uit de gezondheidseconomische evaluaties van de acties

De uiteindelijke lijst van acties waarvoor een volwaardige gezondheidseconomische evaluatie werd uitgevoerd wordt hieronder weergegeven:

Strategie 1

- U12: Mentaal welbevinden in het onderwijs (lager, basis, secundair en hoger)

Strategie 2

- S9: VR-training hulpverleners
- U7: Deskundigheidsbevordering volledige bevolking (Luik 1 van de actie)

Strategie 3

- U1: Ondersteunende materialen jeugdwerk
- U10: Veerkracht- en beroepsvaardighedentraining werklozen

Strategie 4

- G4: ASSIP: kortdurend behandeltraject voor personen na een suïcidepoging
- G11: Zorgcontinuïteit en ketenzorg hulplijnen
- G6: Multidisciplinaire richtlijnen m.b.t. de detectie en behandeling van suïcidale gedachten

Strategie 5

- S5: Debriefing na zelfdoding, hulp en informatie aan nabestaanden

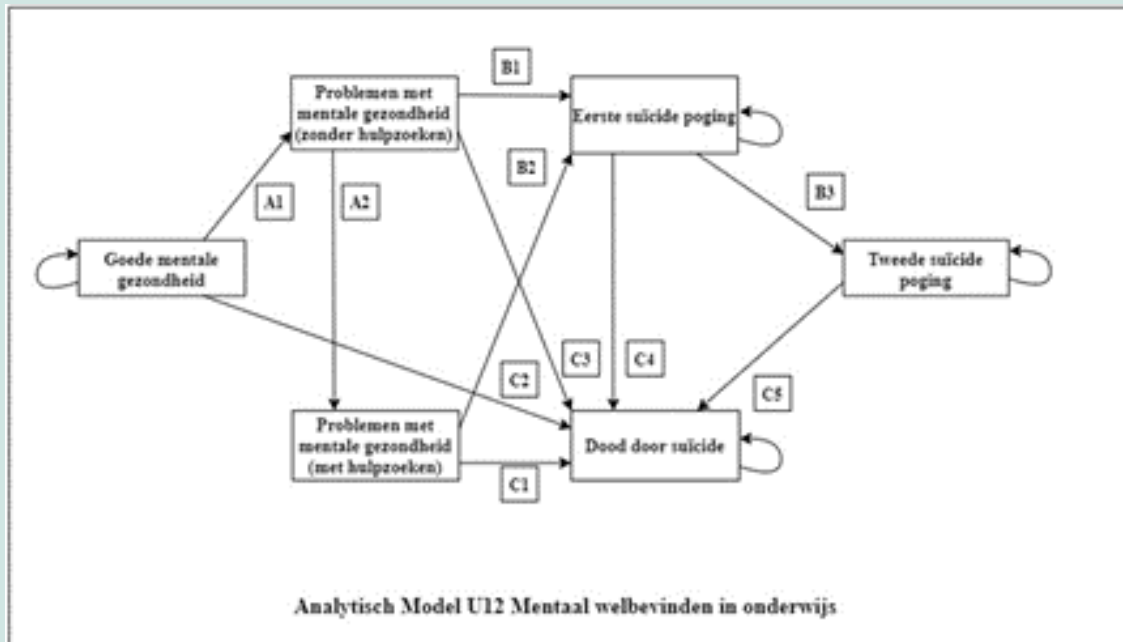
Hierna volgt een meer gedetailleerde bespreking van de gezondheidseconomische evaluaties van de verschillende acties.

Strategie 1

U12: Mentaal welbevinden in het onderwijs (lager, basis, secundair en hoger)

Beschrijving van de actie

Actie U12 beoogt om educatie te geven omtrent mentale geletterdheid binnen de setting onderwijs. Hierbij wil men dat er, startend vanaf het kleuteronderwijs tot en met het einde van het secundair onderwijs, tweejaarlijks een les gespendeerd wordt aan mentale gezondheid. Met deze actie worden dus idealiter alle Vlaamse jongeren bereikt.



Als resultaat van de actie zou de mentale gezondheidsgeletterdheid van de Vlaamse jongeren verbeteren. Een betere mentale gezondheidsgeletterdheid heeft als gevolg dat er (sneller) professionele hulp zal worden gezocht, dat een mentale stoornissen sneller wordt (h)erkend (door zowel individu als omgeving) en dat meer geloof wordt gehecht aan de effectiviteit van een professionele behandeling (Jorm, 2000). Daarnaast zorgt een betere mentale geletterdheid er ook voor dat bepaalde mentale stoornissen voorkomen kunnen worden (Jorm, 2000).

Ook voor de evaluatie van dit actievoorstel wordt gebruik gemaakt van een Markov-Model. De huidige situatie wordt vergeleken met een situatie waarbij de interventie zou worden geïmplementeerd. Hierbij vertrekken we vanuit een populatie gezonde jongeren, met de leeftijd van 10 jaar. Zij worden acht jaar gevolgd, doorheen 16 cycli van een half jaar. Aangezien men tweejaarlijks opnieuw wordt blootgesteld aan de interventie, worden de interventie-effecten in elke cyclus doorgerekend. Binnen deze doelgroep wordt een onderscheid gemaakt tussen de ernst van de mentale stoornis die jongere eventueel kan ontwikkelen en het geslacht van de jongeren. Binnen dit model veronderstellen we dat de jongere, wanneer deze een mentale stoornis ontwikkeld, het eerste half jaar nog geen professionele hulp krijgt. Dit omdat we veronderstellen dat er een enige tijd nodig is om tot het besef te komen hulp nodig is, ook al is men voldoende mentaal geletterd.

Evidentie voor deze actie vinden we terug in de systematische review van Dray et al. (2017). Zij vonden dat veerkrachtraining in de schoolomgeving zorgt voor een significante daling van het aantal depressieve symptomen, en voor zowel het internaliseren als externaliseren van problemen.

Veerkrachtraining zorg daarnaast ook voor een significante daling van de algemene psychologische onrust. Rechtstreekse cijfers over het effect van mentale geletterdheidstraining op suïcidaal gedrag werden niet gevonden. Een intensief suïcidepreventieprogramma zoals de “Signs of Suicide” studie (Schilling, Aseltine & James, 2018) vond een daling van het aantal suïcidepogingen met 68% in een periode van drie maand. Doch omdat dit wellicht een overschatting zou inhouden van het effect van een algemene educatie in mentale geletterdheid, werden de interventie-effecten voor deze actie geschat op relatieve daling van 20% op de kans om een mentale stoornis te ontwikkelen. Daarnaast wordt een relatieve stijging respectievelijk 30%, 20% en 10% toegekend aan het de kans om hulp zoeken voor een milde, matige of ernstige mentale stoornis.

Resultaten

Over een tijdshorizon van 8 jaar wordt deze actie dominant wat betekent dat de actie een netto toename inhoudt van kwaliteitsvolle levensjaren en een netto kostenbesparing genereert voor kosten aan de gezondheidszorg.



Geschatte reducties op basis van dit theoretisch model:

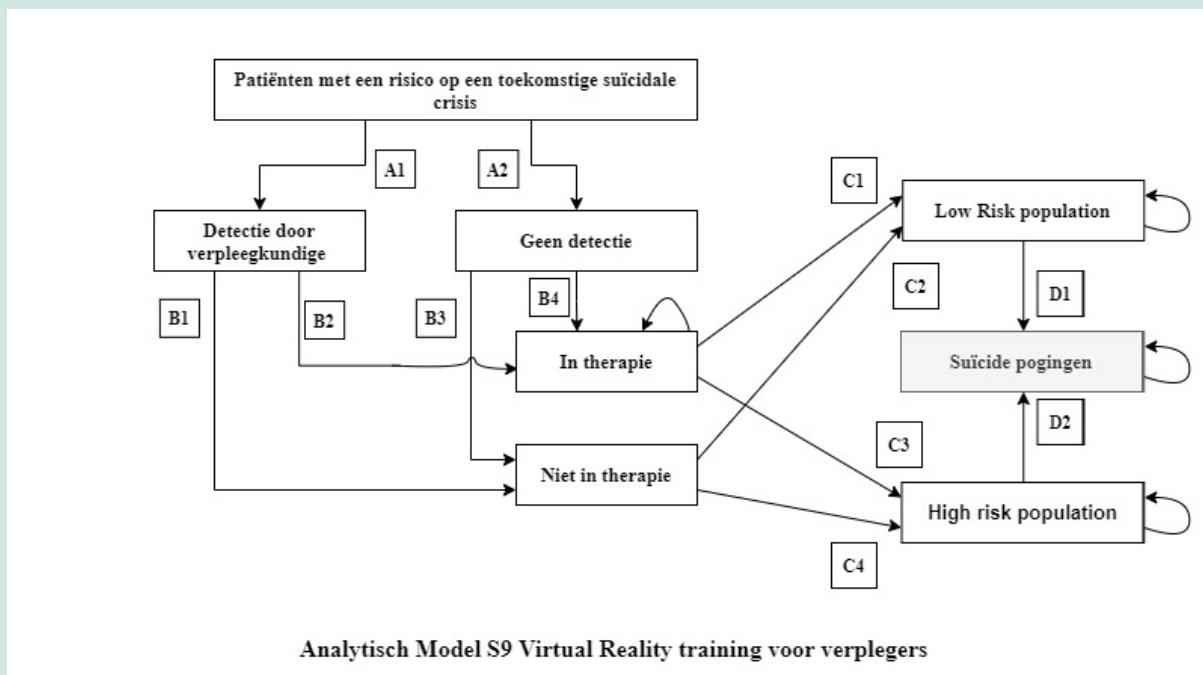
Verwachte procentuele daling in suïcidepogingen	-20%
Verwachte procentuele daling in overlijdens door suïcide	-4%

Strategie 2

S9: VR-training hulpverleners

Omschrijving van de actie

Deze actie betreft een voorstel om verpleegkundigen te trainen door middel van Virtual Reality technologie teneinde hen te trainen in het detecteren van toekomstige suïcide risico's in ziekenhuis patiënten, alsmede hen te leren hier met zelfvertrouwen en kennis van zaken over in contact te treden. Dit heeft als doel om patiënten tijdiger in therapie te helpen, waarmee op de lange termijn suïcide pogingen kunnen worden voorkomen.



Effectief betekent dit voor het model dat een populatie van risicovolle patiënten (denk hierbij bijvoorbeeld aan patiënten die depressieve klachten aan het ontwikkelen zijn) gedetecteerd kunnen worden door verpleegkundigen. Nadat hier dan een gesprek over is gevoerd zal deze patiënt een verhoogde kans hebben om in therapie te treden (hoger dan zonder een gesprek). Therapie op haar beurt verhoogd de kans dat de patiënt in een zogenoemde low-risk populatie terecht komt. Deze populaties hebben een suïcide poging kans zoals de gehele bevolking van Vlaanderen. De high-risk populatie heeft echter een sterk verhoogde kans op suïcide pogingen. Denk hierbij bijvoorbeeld aan iemand met een onbehandelde depressie. Via deze intermediaire *states* in het model kunnen wij van een detectie kans in het ziekenhuis naar een verwachte reductie in het aantal suïcide pogingen (en daarmee het aantal overlijdens door suïcide) modelleren.

Voor het positieve effect van therapie bij deze populatie gebruikten wij data van Stikkelbroek et al (2020), welke aangeeft dat therapie gemiddeld 42% succesvol is in het reduceren van suïcidale depressies. Hiernaast hebben wij aangenomen dat het acceptatie effect van een depressie 41% is, dit op basis van data die voor voorstel G4 naar voren is gekomen (zie verderop).

Cruciaal was de kans dat een detectie plaats zou vinden door verpleegkundigen, die primair met andere taken bezig zouden zijn. Hier was weinig harde data in te verkrijgen, en werd uiteindelijk

gekozen om een 5-tal verschillende scenario's te draaien, met detectie kansen van 0.029, 0.054, 0.079, 0.104, en 0.129. Deze bovengrens is gekozen op basis van *in silico* experimenten op het detecteren van suïcidale patiënten.

Voor de kostenschatting hebben wij gekeken naar de geschatte project kosten die door de organisatie zelf opgegeven zijn. Hier kwamen wij uit op een opstart kost van € 165.994 en een jaarlijkse kost van € 16.100.

Resultaten

Deze actie is dominant in vergelijking tot standaardzorg. Dit betekent dat deze actie een netto reductie in suïcidepogingen en overlijdens door suïcide teweegbrengt maar tevens dat de kost aan de gezondheidszorg lager uitvalt in vergelijking met de huidige situatie.

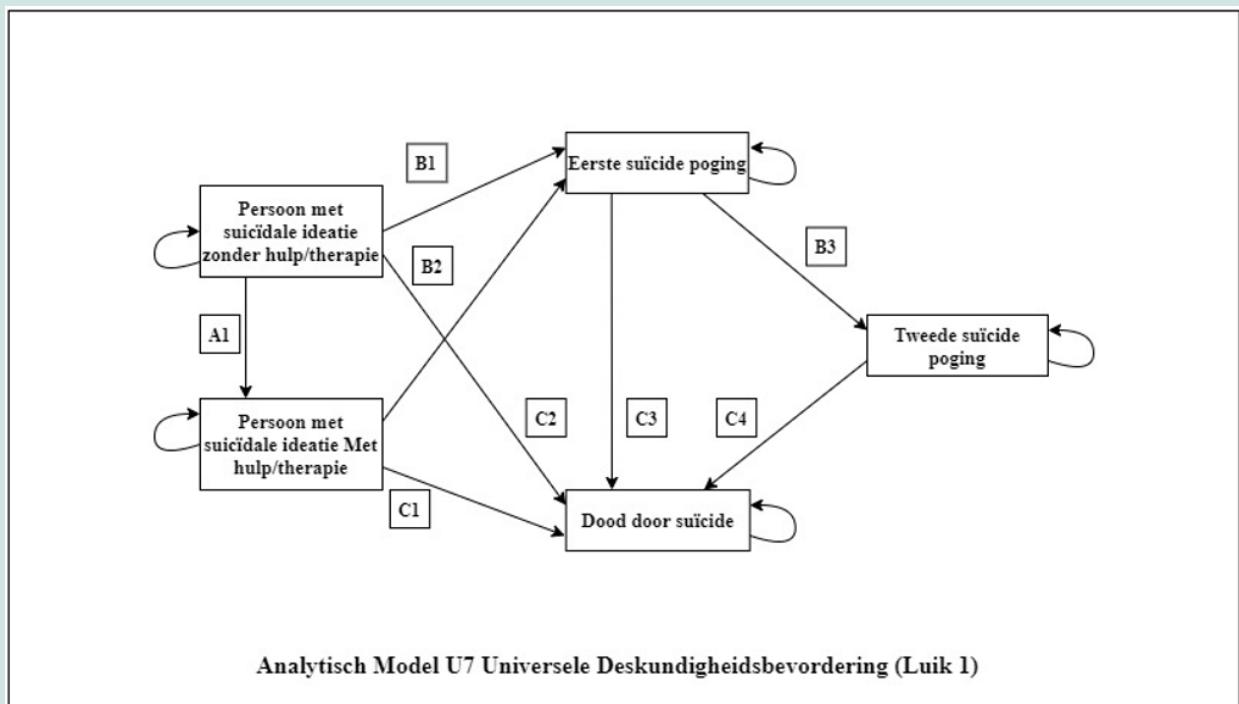
Geschatte reducties op basis van dit theoretisch model:

Verwachte procentuele daling in suïcidepogingen	-3,8%
Verwachte procentuele daling in overlijdens door suïcide	-1,36%

U7: Deskundigheidsbevordering volledige bevolking (Luik 1 van de actie)

Omschrijving van de actie

Actievoorstel U7 wil deskundigheidsbevordering aanbieden aan de volledige populatie. Specifiek beoogt deze actie om zoveel mogelijk mensen in Vlaanderen suïcidale signalen te leren herkennen, hen te leren hoe in gesprek te gaan met suïcidale personen en hen te leren hoe en naar waar men op een correcte manier kan doorverwijzen. De deskundigheidsbevordering zal er dus voor zorgen dat er een stijging zal zijn van het aantal personen met suïcidale ideaties die hiervoor beroep doet op professionele hulp (A1, zie Markov model hieronder). Daarnaast kan het correct bevragen van suïcidaliteit zorgen voor een verminderde kans op het ondernemen van een suïcidepoging en dus ook de kans op sterfte door suïcide (Dazzi et al., 2014), waardoor de interventie dus ook een effect zal hebben op de kans dat personen die reeds kampen met suïcidale ideaties uiteindelijk ook suïcidaal gedrag zullen stellen (B1, C2).



Een Markov-model wordt gebruikt om het potentieel effect van de interventie in te schatten. De interventie focust zich op personen met suïcidale ideaties die daarvoor niet in behandeling zijn. Het hebben van suïcidale ideaties is één van de grootste risicofactoren om te sterven door suïcide (Batterham et al., 2013). Aangezien er een duidelijk verschil is in prevalentie- en incidentiecijfers van suïcidale ideaties, suïcidepogingen en sterfte door suïcide tussen mannen en vrouwen, wordt het model afzonderlijk gedraaid voor de twee geslachten. De startcohort zijn jongeren van 15 jaar, die gedurende een periode van 8 jaar worden opgevolgd. Om te vermijden dat we de effecten van de interventie zouden overschatten worden de interventie-effect toegekend in de eerst twee jaar na de deskundigheidsbevorderingstraining.

Het effect van de interventie op het aantal personen dat hulp gaat zoeken (A1), wordt afgeleid vanuit een interventie waarin mensen worden geleerd om depressieve symptomen te herkennen en hiervoor door te verwijzen. Aangezien er een sterke link is tussen depressieve klachten en suïcidale ideaties, wordt ongeveer hetzelfde effect verwacht (Baker et al., 2001). Er wordt op basis van deze studie een

relatieve stijging van de kans om hulp te raadplegen van 25% verwacht. Echter zorgt de wijdheid van dergelijke universele preventiestrategie ervoor dat de effectiviteit niet altijd even duidelijk gerapporteerd is. Over het algemeen wordt het effect van dergelijke *gatekeepertraining* vooral gerapporteerd op gedragsdeterminanten van de personen die een training hebben ontvangen. Holmes et al. (2021) vonden zes maanden na een deskundigheidsbevorderingstraining een significant verhoging van de kennis, bereidheid en effectiviteit van de *gatekeeperskills*. Ook Fountoulakis, Gonda en Rihmer (2011) vonden wel een effect op de attitude van de deelnemers, maar vond weinig tot geen effect in hun gedragingen. Harde evidentie over het effect van van universele suïcidepreventie-acties op het aantal suïcidepogingen of de sterfte door suïcide werd niet gevonden. De relatieve daling van de suïcidepogingen en sterfte door suïcides worden daarom geschat op 15%.

Resultaten

Geschatte reducties op basis van dit theoretisch model:

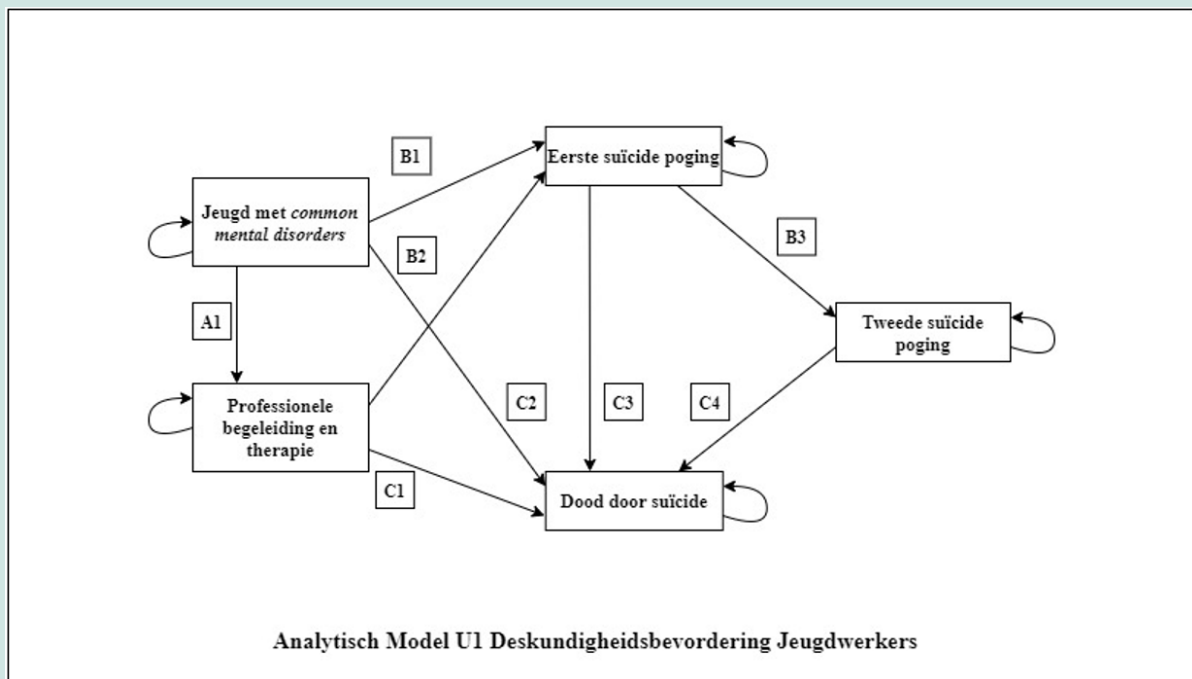
Verwachte procentuele daling in suïcidepogingen	-1%
Verwachte procentuele daling in overlijdens door suïcide	-5%

Strategie 3

U1: Ondersteunende materialen jeugdwerk

Omschrijving van de actie

Dit is een actie waarbij men via videotraining deskundigheidsbevorderingstraining wil aanbieden aan jeugdwerkers (leiding van jeugdbewegingen, vakantiecampen, ...). Het doel van deze training is dat de jeugdwerkers zich bekwaamer voelen om een gesprek aan te gaan met jongeren die kampen met mentale stoornis en dat ze leren hoe en wanneer men hulp dient in te schakelen. Hoewel de doelgroep van de actie jeugdwerkers zijn, zal het interventie-effect inspielen op de populatie 'jongeren met een mentale stoornis die nog geen professionele hulp hebben geraadpleegd'. Deze actie kan enerzijds voor zorgen dat deze jongeren met een mentale stoornis sneller de weg vinden naar professionele hulp, maar zou er anderzijds ook voor kunnen zorgen dat jongeren met een mentale stoornis minder vaak een suïcidepoging zullen ondernemen. Het is namelijk zo dat het hebben van een mentale stoornis een risicofactor is voor suïcidaliteit (Bilsen, 2018) en uit de literatuur blijkt dat het correct bevragen van suïcidaal gedrag de kans op suïcide positief kan beïnvloeden (Dazzi et al., 2014).



Om het potentiële effect van dit actievoorstel in kaart te brengen, maken we gebruik van een Markov-model. Hierbij wordt de huidige situatie afgezet tegenover de situatie waarin interventie-effecten worden meegenomen. We vertrekken vanuit een populatie jongeren met een mentale stoornis die geen professionele hulpverlener hebben geraadpleegd. Deze jongeren kunnen per cyclus (elke zes maand) alsnog professionele hulp inschakelen, een suïcidepoging ondernemen, sterven door suïcide of in dezelfde staat blijven. Voor de verschillende transitiekansen wordt een onderscheid gemaakt tussen de ernst van de mentale stoornis en het geslacht van de jongere. Uit de literatuur is namelijk gebleken dat de kans op een suïcidepoging groter is bij mensen met een zware mentale stoornis, gevolgd door een matige mentale stoornis en tenslotte een milde mentale stoornis (resp. HR 2,9, 7,4 en 19) (Miché et al., 2018). Hierbij wordt de assumptie gemaakt dat de risicokans van een suïcide(poging) bij personen met één mentale stoornis, overeenkomt met deze van personen met een milde stoornis, dat deze van personen met twee mentale stoornissen overeenkomt met deze personen met een matige stoornis en tenslotte dat de risicokans bij personen met drie of meer

mentale stoornissen overeenkomt met deze van personen met een ernstige mentale stoornis. Het geslacht wordt mee in rekening gebracht aangezien vrouwen vaker een suïcidepoging ondernemen dan mannen, maar het sterftecijfers ten gevolge van suïcide ligt bij mannen veel hoger. De kans op een suïcide of suïcidepoging wordt bepaald op basis van de incidentiecijfers voor sterfte door suïcide en suïcidepogingen van Vlaamse jongeren in het jaar 2017 (Cloots et al., 2019; Vancayseele et al., 2018). Omdat er geen incidentiecijfers beschikbaar zijn voor de suïcidepogingen bij 10-14 jarigen, werd er in dit model vanuit gegaan dat de verhouding pogingen op geslaagde pogingen binnen deze leeftijdsgroep het zelfde zal zijn als voor de 15-19 jarigen binnen hetzelfde geslacht. Het raadplegen van professionele hulp zorgt voor een relatieve daling van de kans op een suïcidepoging met 17,7% (McClellan, Ali & Mutter, 2021). Binnen dit model gaan we er van uit dat, éénmaal de stap naar professionele hulp wordt gezet, de persoon ook in de toekomst zal terugvallen op deze hulpverlening. Dit verklaart waarom er geen optie is om terug te keren naar de staat zonder professionele hulp. Daarnaast gaan we er ook vanuit dat de jongere na een suïcidepoging in een apart zorgsysteem belandt waarbij intensieve professionele hulp verzekerd wordt. In het model is het mogelijk om na een eerste poging, ook nog een tweede zelfmoordpoging te ondernemen. Literatuur geeft ook aan dat een eerdere zelfmoordpoging één van de grootste voorspellers is voor een toekomstige poging (Bilsen, 2018).

Binnen deze actie wordt verondersteld dat men jaarlijks 9000 jeugdwerkers zal bereiken. Het aantal jongeren die per jeugdwerker kunnen worden bereikt wordt geschat op 10. Het rechtstreeks effect op suïcides schatten we eerder klein in (relatieve reductie van 5%). Er wordt uitgegaan van een beperkt effect omdat videotraining geen intensieve trainingsvorm is en het belangrijk is dat dergelijk gesprek op een correcte manier wordt gevoerd eer een effect zal plaatsvinden (Dazzi et al., 2014).

Daarnaast beogen we dat het effect van de interventie op de kans dat een jongere de stap zet naar professionele hulp zal variëren afhankelijk van de ernst van de mentale stoornis. Aangezien uit onderzoek blijkt dat binnen de milde mentale stoornissen slechts 10% professionele hulp raadpleegt, bij de matige 24% en bij de ernstige 47% vermoeden we dat effect naar hulpverlening groter zal zijn bij jongeren met een milde stoornis, gevolgd door een matige en vervolgens een ernstige stoornis (Harris et al., 2016). Hierbij wordt er vanuit gegaan dat deze percentages bij jongeren eenzelfde verdeling kennen als bij de 16 tot 85 jarigen. We beogen een relatieve stijging naar professionele hulpverlening van 40, 20 en 15% voor respectievelijk jongeren met een milde, matige en ernstige mentale stoornis.

Resultaten

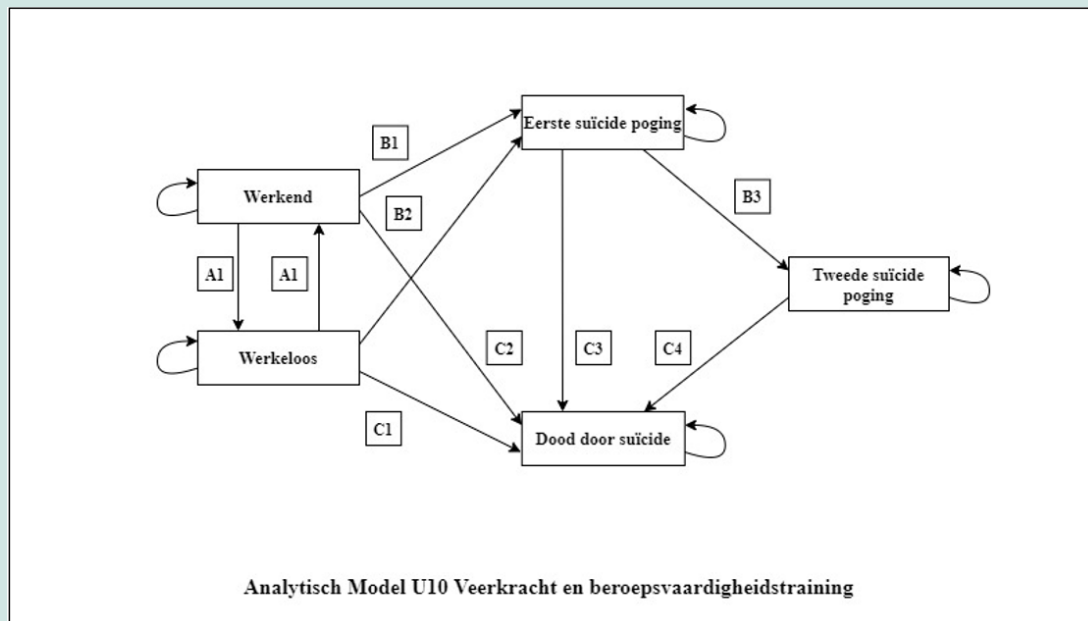
Deze actie is dominant in vergelijking tot standaardzorg. Dit betekent dat deze actie een netto reductie in suïcidepogingen en overlijdens door suïcide teweegbrengt maar tevens dat de kost aan de gezondheidszorg lager uitvalt in vergelijking met de huidige situatie. Geschatte reducties op basis van dit theoretisch model:

Verwachte procentuele daling in suïcidepogingen	-4%
Verwachte procentuele daling in overlijdens door suïcide	-2%

U10: Veerkracht- en beroepsvaardigheidstraining werklozen

Omschrijving van de actie

Actievoorstel U10 wil een beroepsvaardigheids- en veerkrachttraining aanbieden aan werklozen. Hierbij wil men zich specifiek focussen op NEET-jongeren (Not in Education, Employment or Training), maar wil men de actie zeker ook doortrekken naar de algemene werkloze bevolking. Literatuur toont aan dat werkloosheid de kans op suïcide doet toenemen met een factor 1,7 (Milner, Page & LaMontagne, 2013). Het aanbieden van dergelijke combinatietraining kan dus zowel een rechtstreeks effect hebben op suïcide door de veerkracht van de werklozen te verhogen, maar kan suïcide ook onrechtstreeks beïnvloeden door een daling van het aantal werklozen. Uit de review van Milner et al. (2013) blijkt dat combinatie-training, die dus zowel op cognitieve vaardigheden als op competenties effectiever zijn dan afzonderlijke interventies.



Voor het modelleren van deze actie vertrekken we ook weer vanuit een Markov-model. Aangezien de actie voornamelijk wil focussen op jongeren (15 jaar), vormen zij het startpunt van de evaluatie. Per cyclus van 6 maand heeft de werkloze jongere een kans om een job te vinden, een kans om een suïcidepoging te ondernemen, een kans om te sterven door suïcide en een kans om de volgende cyclus nog steeds werkloos/werkzoekend te zijn. Binnen dit model wordt veronderstelt dat er geen verhoogd suïciderisico meer is wanneer de persoon de transitie van werkloos naar werkend heeft doorgemaakt. De effecten van een beroepsvaardigheids- en veerkrachttraining worden gedurende vier cycli (2 jaar) meegenomen.

De interventie kan dus op drie transitiekansen inspelen, namelijk A1, B1 en C2. Wanneer we kijken naar het effect op A1, de werkloosheid, vinden we evidentie in de meta-analyse van Mawn et al. (2017). Hieruit bleek dat een NEET-training bij jongeren heeft gezorgd voor een stijging van het aantal werkende jongeren met 4%. Als we een relatieve stijging van 10% rekenen op de kans om werk te vinden na een training per cyclus, komen we na twee jaar op een absolute stijging van het aantal werkende jongeren met 4%.

De effectiviteit van de interventie op B1 en C2 is minder duidelijk gerapporteerd. Uit de review van Koopman et al. (2017) blijkt dat in 75% van de studies die zich focussen op de mentale gezondheid van werklozen op korte termijn voordelige effecten rapporteren. Langetermijneffecten werden echter

voorlopig echter zwak en beperkt gerapporteerd. De relatieve daling van de kans op zowel een suïcidepoging als sterfte door suïcide ten gevolge van de interventie wordt daarom geschat op 10% gedurende twee jaar.

Resultaten

Deze actie is dominant in vergelijking tot de huidige situatie. Dit betekent dat deze actie een netto reductie in suïcidepogingen en overlijdens door suïcide teweegbrengt maar tevens dat de kost aan de gezondheidszorg lager uitvalt in vergelijking met de huidige situatie.

Geschatte reducties op basis van dit theoretisch model:

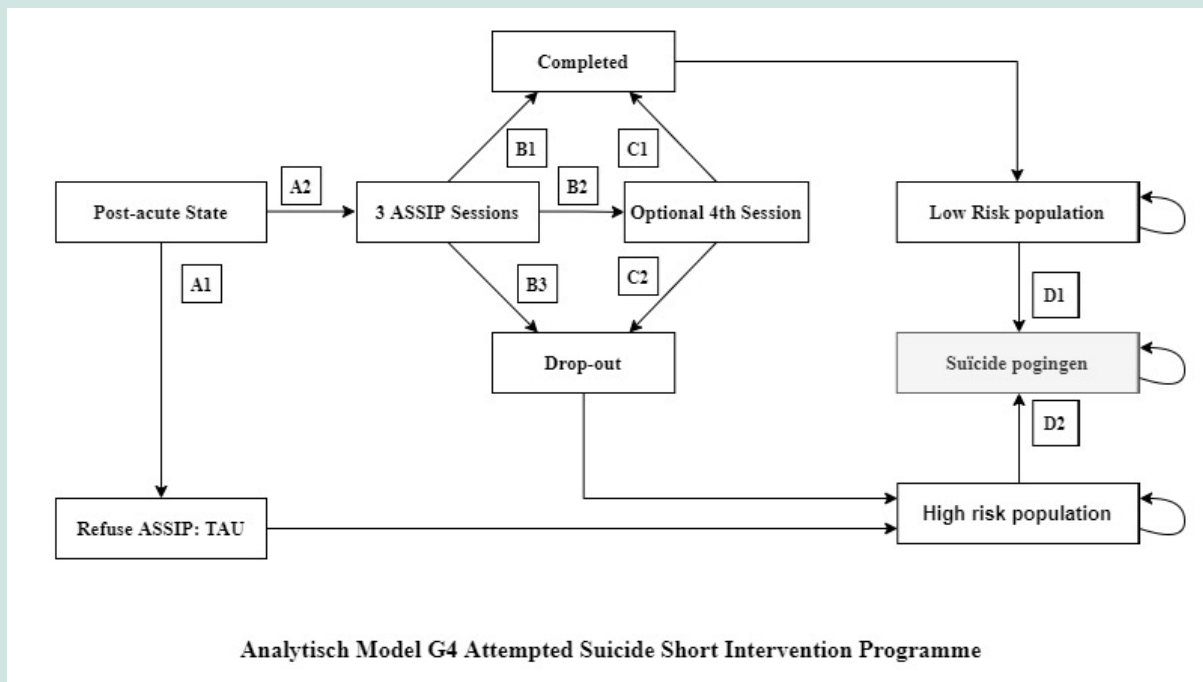
Verwachte procentuele daling in suïcidepogingen	-1%
Verwachte procentuele daling in overlijdens door suïcide	-4%

Strategie 4

G4: ASSIP: kortdurend behandeltraject voor personen na een suïcidepoging

Omschrijving van de actie

De actie betreft het voorstel om de ASSIP methodiek aan te bieden bij mensen die in het ziekenhuis zijn opgenomen voor een suïcide poging. In de post-acute fase direct na de intensive care behandeling krijgen patiënten het aanbod om de ASSIP interventie te ontvangen. Dit is een kortdurend behandel traject bedoeld om de patiënten tools te geven om toekomstige suïcidale crisissen te doorstaan zonder een herhaalpoging te doen. Op de langere termijn voorkomt dit herhaalpogingen en verlaagt het sterfte door suïcide. De evidentie is afkomstig van studies van een Zwitserse RCT, waaruit de transitie kansen zijn afgeleid (Gysin-Maillart et al, 2016).



Het analytisch model maakt eerst een selectie tussen patiënten die het aanbod afslaan (niet geïnteresseerd, of anderzijds niet beschikbaar voor de interventie), en deze aannemen (35% - 47%). 23%-27% hiervan neemt ook deel aan een optionele vierde sessie. Uiteindelijk sluit 97%-99% de sessies met succes af. Deze groep heeft een gereduceerde kans (26% - 34%) op een herhaalpoging. De primaire literatuur suggereert dat patiënten die ASSIP niet afmaken of alsnog een herhaalpoging plegen geen significante reductie hebben in de kans op een latere tweede poging. D.w.z. dat het hoofdeffect van ASSIP zich uit in het voorkomen van een eerste herhaalpoging, maar daarna geen significante effecten kent.

Dit voorstel heeft de sterkste effecten op de korte termijn (tussen 1 en 2 jaar). Naarmate de cohort uit het model langer gevolgd wordt nemen de verschillen tussen de groep die ASSIP heeft ontvangen versus de controle groep af. Dat neemt niet weg dat ASSIP een zeer effectieve methode is (met een geschatte 10.4% reductie in doden door suïcides binnen deze cohort).

Op basis van de literatuur wordt geschat dat er 8 (7-9) VTE ASSIP therapeuten vereist zullen zijn om Vlaanderen te voorzien van deze dienst, zeker omdat dit een intensief traject is voor de patiënten. De variabele kosten hiervoor worden geschat op € 6405. Tevens worden er eerste opstart kosten geschat op (op basis van de kostenschatting aangeleverd door de indienende organisatie) op €199.970.

Tenslotte kan in de toekomst gekeken worden naar manieren om meer patiënten deel te laten nemen aan ASSIP. Vanuit de primaire literatuur waren bijvoorbeeld taal barrières een reden voor 23% van de patiënten die niet meededen aan ASSIP.

Resultaten

Deze actie is dominant in vergelijking tot de huidige situatie. Dit betekent dat deze actie een netto reductie in suïcidepogingen en overlijdens door suïcide teweegbrengt maar tevens dat de kost aan de gezondheidszorg lager uitvalt in vergelijking met de huidige situatie.

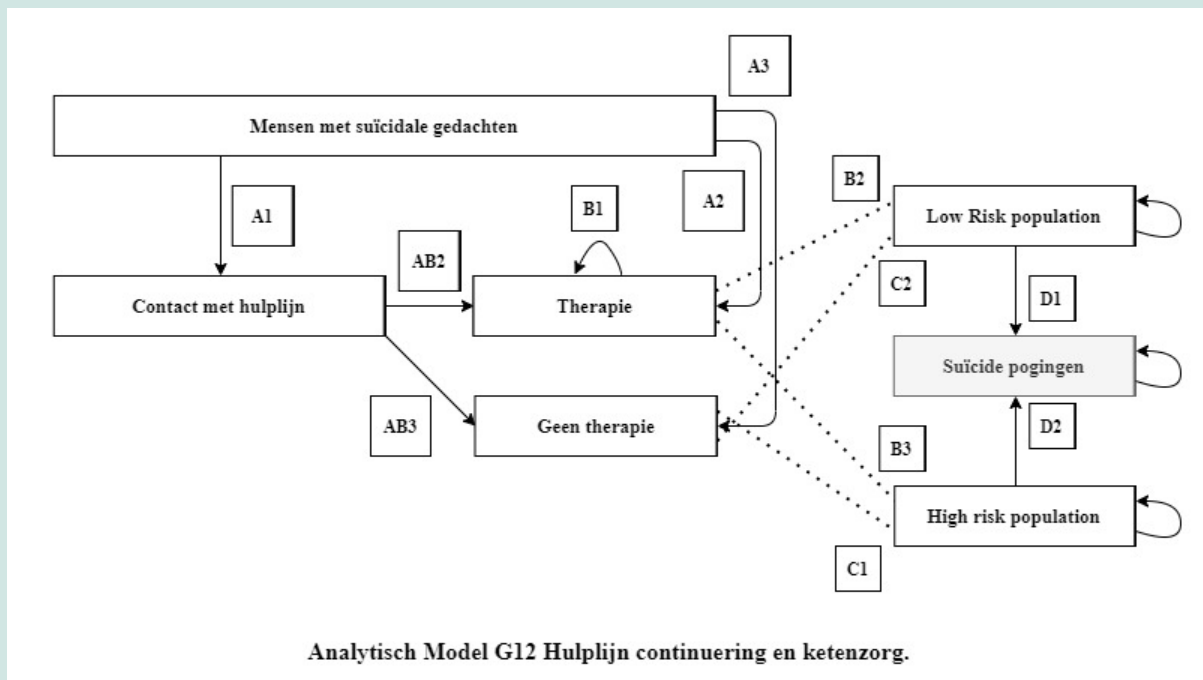
Geschatte reducties op basis van dit theoretisch model:

Verwachte procentuele daling in suïcidepogingen	-7,2%
Verwachte procentuele daling in overlijdens door suïcide	-10,6%

G11: Zorgcontinuïteit en ketenzorg hulplijnen

Omschrijving van de actie

G11 betreft het voorstel omtrent ketenzorg en zorg continuïteit voor mensen die de huidige suïcide hulplijnen contacteren. Dit contact met de hulplijn (zoals de zelfmoordlijn) heeft naast het ontwapenen van een acute suïcidale crisis het doel om een *window of opportunity* te creëren met de hulpzoeker teneinde deze naar een lange termijn oplossing (therapie) te sturen. Dit voorstel beoogt de capaciteit van de hulplijnen te vergroten, en deze de mogelijkheid te geven om hulpzoekers op te volgen met herhaal contact. Er is evidentie dat dit een positief effect heeft op het aantal hulpzoekers dat na contact in therapie treedt.



Het model dat wij hiervoor hebben opgesteld behandelt het verloop hiervan in een binaire keuze (therapie of geen therapie), waarbij de hulplijn de kans op therapie (AB2) verhoogd. Therapie is een *compartmental state*, waar de hulpzoekers zich voor een bepaalde tijd in bevinden om vervolgens (bij succesvolle therapie) in een *low-risk populatie* te belanden. Het alternatief, een *high-risk populatie*, zijn mensen die blijven kampen met een sterk verhoogd risico op suïcide. Zoals bij alle voorstellen modeleren wij één eerste suïcide poging, en daarna nog één herhaal poging, gerekend vanaf het punt van de interventie.

Voor dit model is data gebruikt gestratificeerd naar leeftijd en geslacht om te schatten hoeveel contacten en niet-contacten lijden tot therapie ofwel geen-therapie (A1, AB2, AB3, A3, A2). Deze beschikbare data gaf geen informatie over hoeveel huidige contacten een herhaal contact waren. Wij hebben dit geschat op 10%, maar dit blijft waarschijnlijk een overschatting van het aantal unieke personen dat contact zoekt. Tussen de 6.5% en de 11.5% van de mensen zochten contact met hulplijnen voor suïcidale gedachten en ideatie. Het autonome zoeken van therapie (A2) varieerde sterk met leeftijd, tussen de 10.1% en de 88%. A3 (zelfselectie naar geen therapie) was het restant van de kans, tussen 17.7% en de 70.4%.

Tevens hebben wij voor therapie een statisch, constant effect (niet gestratificeerd naar leeftijd of geslacht) aangenomen van 3.8% per cyclus. De low-risk populatie kans op een suïcide poging (per cyclus) werd geschat tussen 0.001 en 0.005% op basis van het VLESP epidemiologisch rapport 2018 (Van Landschoot, Van Heeringen & Portzky, 2018). De high-risk kans op een suïcide is geschat tussen de 0.008 en 0.047%. Tenslotte moet het interventie effect (verhoging van AB2) geschat worden. Dit is naar aanleiding van literatuur geschat op een relatieve verhoging tussen de 0.22 en 0.28.

Resultaten

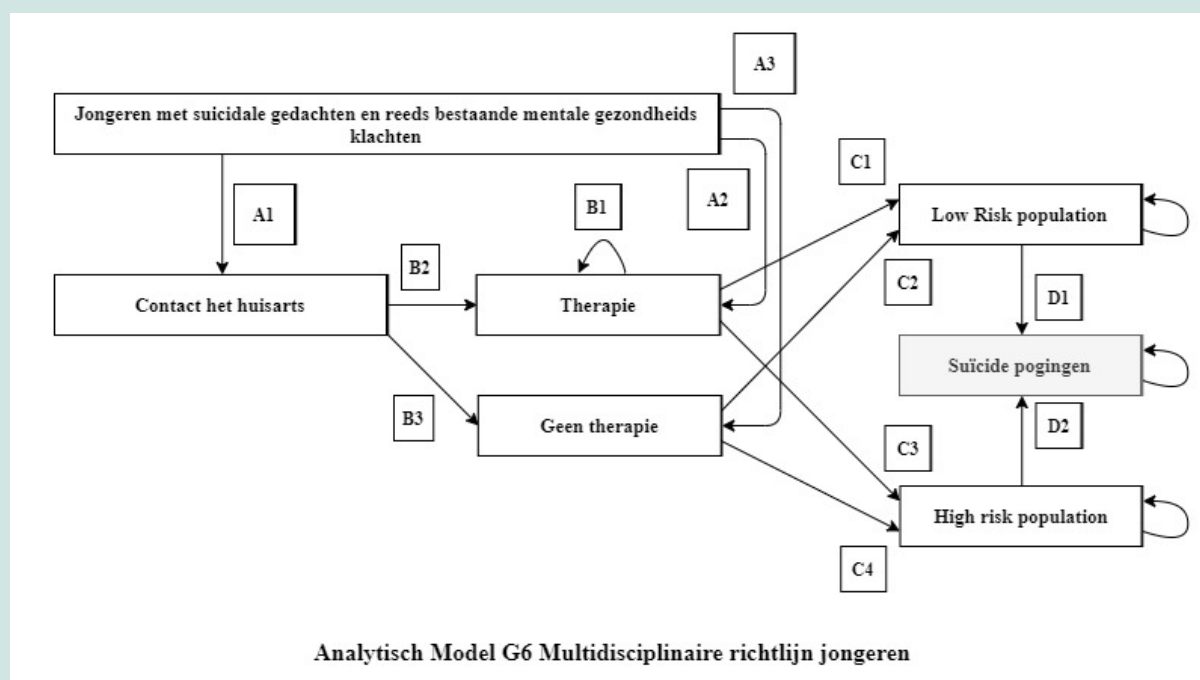
Geschatte reducties op basis van dit theoretisch model:

Verwachte procentuele daling in suïcidepogingen	-20%
Verwachte procentuele daling in overlijdens door suïcide	-4%

G6: multidisciplinaire richtlijnen m.b.t. de detectie en behandeling van suïcidale gedachten

Omschrijving van de actie

Actie G6 betreft een voorstel omtrent het opzetten van een multidisciplinaire richtlijn omtrent kwetsbare jongeren, door middel van het opzetten van e-learning, richtlijnen, en informatie verspreiding. Dit beoogd een tweeledig effect; enerzijds meer detectie van potentieel suïcidale jongeren vanuit huisartsen, en een verbeterde werking van therapie vanuit psychologen en psychiaters. Zodoende worden jongeren spoediger en effectiever geholpen voordat een suïcidale crisis kan ontstaan.



Het model dat wij hierbij toegepast hebben komt qua structuur sterk overeen met het model voor G11. Wel zijn de onderliggende probabilities verschillend. We zijn uitgegaan van een detectie verbetering door huisartsen met een factor 1.25 (1.11 – 1.36) (Baker et al, 2001). Het interventie effect op het succes van therapie is lager geschat tussen 1.025 en 1.09. Uit de studie van Brent et al (1997) konden wij afleiden dat structurele therapieën bij jongeren al zeer effectief kan zijn (0.667 – 0.674 kans op een geslaagde interventie).

Omdat dit voorstel primair kwetsbare jongeren met reeds bestaande mentale gezondheid problemen betreft, is het bereik beperkt. Ook is dit een leeftijdsgroep waarbij suïcide pogingen (misschien contra-intuïtief) minder vaak voorkomt. Uit epidemiologische data van VLESP, gecombineerd met data over mentale gezondheidsproblemen bij deze groep kwam naar voor dat het relatieve risico verschil tussen de high-risk groep en de low-risk groep een factor 4 had.

In absolute getallen kan verwacht worden dat dit voorstel over een één-jaar cohort tussen de 3-5 suïcides kan voorkomen. Dit voorstel kent echter ook relatieve lage variabele kosten (€ 4.500) na de opstart fase (€ 135.800,00), waardoor dit voorstel uiteindelijk op de langere termijn vrij kosteneffectief werkt.

Tenslotte kan het effect vergroot worden door deze richtlijnen en e-learning modules ook beschikbaar te maken aan een breder publiek van hulpverleners. Dit zou een miniem effect hebben op de kosten, maar het bereik potentieel nog verder verhogen.

Resultaten

Geschatte reducties op basis van dit theoretisch model:

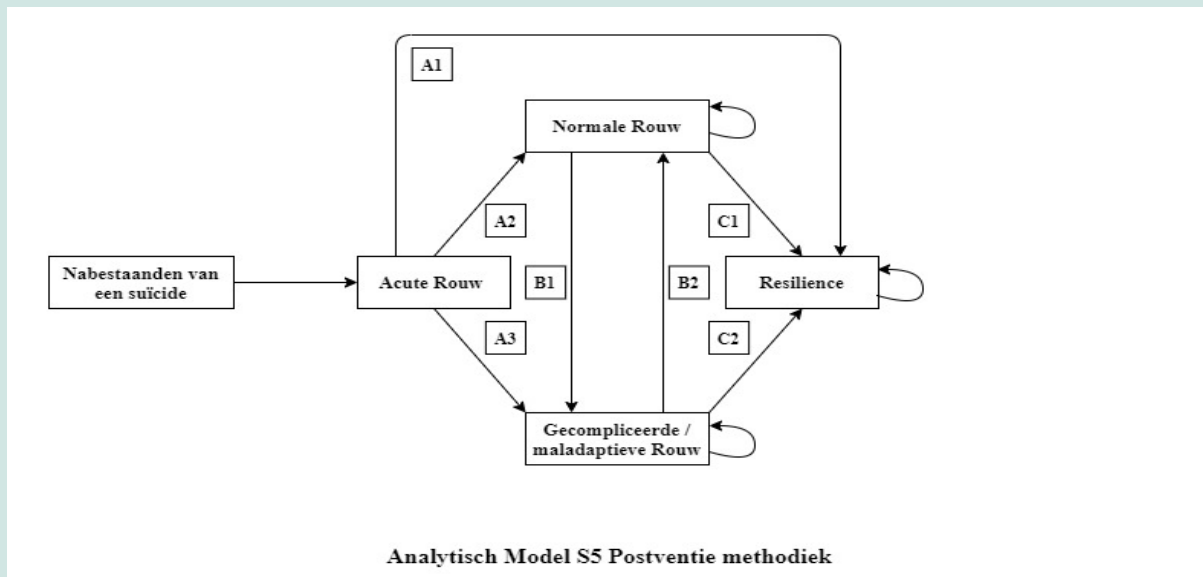
Verwachte procentuele daling in suïcidepogingen	-12,9%
Verwachte procentuele daling in overlijdens door suïcide	-12,9%

Strategie 5

S5: Debriefing na zelfdoding, hulp en informatie aan nabestaanden

Omschrijving van de actie

S5 betreft een voorstel om Postventie debriefing na een dood door suïcide structureel beschikbaar te maken in professionele organisaties en (jeugd)hulp centra. Postventies zijn semi-structurele therapeutische sessies voor nabestaanden om hen te begeleiden in het rouwproces. Dit rouwproces bestaat uit een langere periode, waarbij de postventie in eerste instantie mensen kan begeleiden naar gezonde vormen van lange termijn rouw.



Bij het analyseren van dit voorstel is na overleg tussen de betrokken partijen bewust gekozen om dit voorstel niet te analyseren in termen van suïcide reducties, maar in termen van QALYs. Dit is binnen gezondheidseconomie een geaccepteerde manier om 'menselijk welzijn' te analyseren van beleidsplannen. Hoewel het voorstel mogelijk een indirect effect gaat hebben op suïcides, is dat geen direct doel van postventies, noch is dit effect wetenschappelijk significant beschreven. Om deze redenen is besloten om S5 te analyseren op grond van welzijn, teneinde het voorstel ook te kunnen beoordelen op het hoofdelijk effect. Wel moet opgemerkt worden dat de literatuur aangeeft dat nabestaanden tenminste 2 postventies sessies moeten ontvangen (een enkele sessie is niet significant effectief).

Het model bestaat uit 4 vormen van rouw. *Acute rouw* is een intense vorm die de eerste vier weken doorgaat. Na deze fase kan er een rechtstreekse transitie plaatsvinden naar *resilience* (kans 34% - 37%), een gezonde lange termijn verwerking. In deze toestand ondervindt een nabestaande weinig tot geen persoonlijke hinder van het rouwproces. *Normale rouw* is een vorm van rouw dat tot een jaar kan duren. Mensen in deze toestand zijn nog wel aangedaan door het overlijden maar ondervinden geen zware ontregeling van hun dagelijks bestaan. Anders is *gecompliceerde en maladaptieve rouw*. Gecomplieerde rouw is een vorm van rouw dat niet afneemt met tijd, en vanaf het begin zeer intens blijft. Maladaptieve rouw is rouw dat zich uit in ongezonde coping gedrag, zoals alcohol gebruik.

Voor de transitie probabilities is gekeken naar een studie van Bonanno (2004), en een kosten-efficiëntie studie uit Australië door Comans et al (2013). Deze studies gaven aan dat postventies de

kans naar ongezonde rouw met 15% verlagen. De Utility scores voor deze rouw vormen zijn geschat uit het rapport van Van Wilder et al (2021). Voor Acute rouw en Maladaptieve rouw is dit geschat op 0.497, Normale rouw op 0.629, en Resilience op 0.840.

Het bereik van de postventies is onduidelijk, maar is in Vlaanderen in eerste instantie geschat op 4000 (met een sensitivity analyse van 2000 tot 6000).

Resultaten

Zoals reeds hogerop aangegeven werden de resultaten enkel uitgedrukt als incrementele kost per incrementele QALY. Uit de deterministische analyse komt naar voor dat deze +/-€1200/QALY bedraagt. Gegeven de gangbare drempelwaarde van ~€40.000/QALY kan men besluiten dat dit een kosteneffectieve actie zou zijn.

Referenties

- Baker, R., Reddish, S., Robertson, N., Hearnshaw, H., & Jones, B. (2001). Randomised controlled trial of tailored strategies to implement guidelines for the management of patients with depression in general practice. *British Journal of General Practice*, 51(470), 737-741.
- Batterham, P. J., Caele, A. L., Mackinnon, A. J., & Christensen, H. (2013). The association between suicidal ideation and increased mortality from natural causes. *Journal of affective disorders*, 150(3), 855-860.
- Bilsen, J. (2018). Suicide and youth: risk factors. *Frontiers in psychiatry*, 9, 540.
- Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive af-ter extremely aversive events? *American Psychologist*, 59, 20–28
- Brent, D. A., Holder, D., Kolko, D., Birmaher, B., Baugher, M., Roth, C., ... & Johnson, B. A. (1997). A clinical psychotherapy trial for adolescent depression comparing cognitive, family, and supportive therapy. *Archives of general psychiatry*, 54(9), 877-885.
- Cloots, H., Hendrickx, E., Kongs, A., & Smets, H. (2019). Zelfdoding per leeftijd - 2017 [Online publicatie]. Agentschap Zorg en Gezondheid, afdeling Informatie en Zorgberoepen. Geraadpleegd op 15/10/2021 via https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/cijfers_suicide_leefijd_2017.xlsx
- Comans, T., Visser, V., & Scuffham, P. (2013). Cost effectiveness of a community-based crisis intervention program for people bereaved by suicide. *Crisis*.
- Dazzi, T., Gribble, R., Wessely, S., & Fear, N. T. (2014). Does asking about suicide and related behaviours induce suicidal ideation? What is the evidence?. *Psychological medicine*, 44(16), 3361-3363.
- Dray, J., Bowman, J., Campbell, E., Freund, M., Wolfenden, L., Hodder, R. K., ... & Wiggers, J. (2017). Systematic review of universal resilience-focused interventions targeting child and adolescent mental health in the school setting. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 56(10), 813-824.
- Fountoulakis, K. N., Gonda, X., & Rihmer, Z. (2011). Suicide prevention programs through community intervention. *Journal of affective disorders*, 130(1-2), 10-16.
- Gysin-Maillart, A., Schwab, S., Soravia, L., Megert, M., & Michel, K. (2016). A novel brief therapy for patients who attempt suicide: A 24-months follow-up randomized controlled study of the attempted suicide short intervention program (ASSIP). *PLoS medicine*, 13(3), e1001968.
- Harris, M. G., Baxter, A. J., Reavley, N., Diminic, S., Pirkis, J., & Whiteford, H. A. (2016). Gender-related patterns and determinants of recent help-seeking for past-year affective, anxiety and substance use disorders: findings from a national epidemiological survey. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 25(6), 548-561.
- Holmes, G., Clacy, A., Hermens, D. F., & Lagopoulos, J. (2021). Evaluating the longitudinal efficacy of SafeTALK suicide prevention gatekeeper training in a general community sample. *Suicide and Life-Threatening Behavior*.
- Jorm, A. F. (2000). Mental health literacy: Public knowledge and beliefs about mental disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 177(5), 396-401.

- Koopman, M. Y., Pieterse, M. E., Bohlmeijer, E. T., & Drossaert, C. H. (2017). Mental health promoting interventions for the unemployed: a systematic review of applied techniques and effectiveness. *International Journal of Mental Health Promotion*, 19(4), 202-223.
- Mawn, L., Oliver, E. J., Akhter, N., Bambra, C. L., Torgerson, C., Bridle, C., & Stain, H. J. (2017). Are we failing young people not in employment, education or training (NEETs)? A systematic review and meta-analysis of re-engagement interventions. *Systematic reviews*, 6(1), 1-17.
- McClellan, C., Ali, M. M., & Mutter, R. (2021). Impact of mental health treatment on suicide attempts. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 48, 4-14.
- Miché, M., Hofer, P. D., Voss, C., Meyer, A. H., Gloster, A. T., Beesdo-Baum, K., & Lieb, R. (2018). Mental disorders and the risk for the subsequent first suicide attempt: results of a community study on adolescents and young adults. *European child & adolescent psychiatry*, 27(7), 839-848.
- Milner, A., Page, A., & LaMontagne, A. D. (2013). Long-term unemployment and suicide: a systematic review and meta-analysis. *PloS one*, 8(1), e51333.
- Pitman, A. L., Osborn, D. P., Rantell, K., & King, M. B. (2016). Bereavement by suicide as a risk factor for suicide attempt: a cross-sectional national UK-wide study of 3432 young bereaved adults. *BMJ open*, 6(1), e009948.
- Stikkelbroek, Y., Vink, G., Nauta, M. H., Bottelier, M. A., Vet, L. J., Lont, C. M., ... & Bodden, D. H. (2020). Effectiveness and moderators of individual cognitive behavioral therapy versus treatment as usual in clinically depressed adolescents: a randomized controlled trial. *Scientific Reports*, 10(1), 1-13.
- Vancayseele, N., Rotsaert, I., Portzky, G., & van Heerlingen, C. (2018). Leefijdsspecifiek risico suïcidepogingen Gent – 2017 [Online publicatie]. Agentschap Zorg en Gezondheid, afdeling Informatie en Zorgberoepen. Geraadpleegd op 15/10/2021
- Van Landschoot, R., Van Heeringen, K., & Portzky, G. (2018). Epidemiologisch rapport. De Vlaamse suïdecijfers in een nationale en internationale context. Gent: Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie.
- Van Wilder, L., Charafeddine, R., Beutels, P., Bruyndonckx, R., Cleemput, I., Demarest, S., ... & Devleeschauwer, B. (2021). Belgian population norms for the EQ-5D-5L, 2018. *Quality of Life Research*, 1-11.

BIJLAGE 4 - Becijfering van de gezondheidsdoelstelling

WERKWIJZE BECIJFERING GEZONDHEIDSDOELSTELLING

De effectiviteitsberekening in functie van de gezondheidsdoelstelling gebeurde op basis van een selectie aan acties uit het voorgestelde actieplan. Deze selectie bestaat uit de acties die:

- ofwel binnen de top 3 van gesuggereerde acties vallen o.b.v. de wetenschappelijke evaluatie van VLESP (zie Tabel 4.1.)
- ofwel gezondheidseconomisch werden geëvalueerd (zie Tabel 4.2.)²

Tabel 4.1. Top 3 van de acties per strategie o.b.v. wetenschappelijke evaluatie

Strategie 1: Suïcidepreventie bij de hele bevolking	○ U12: Mentaal welbevinden in het onderwijs (lager, basis, secundair en hoger) ○ U15: Warmescholen.net ○ U3: Aantal suïcides en suïcidepogingen verminderen door het beperken van middelen: deskundigheidsbevordering en psycho-educatie m.b.t. medicatiebeheer
Strategie 2: Deskundigheidsbevordering bij professionals en sleutelfiguren	○ S11: Deskundigheidsbevordering en ondersteuning van toekomstige professionals rond geestelijke gezondheidsbevordering en suïcidepreventie (continuerend) ○ S9: VR-tool voor (toekomstige) zorg- en hulpverleners ○ S2: Deskundigheidsbevordering huisartsen – LOK-pakket
Strategie 3: Suïcidepreventie bij kwetsbare groepen	○ U10: Versterken van mentaal welbevinden bij werklozen ○ G16: 'Good practice': mentaliseren bevorderend werken om suïcide te voorkomen voor mensen met een persoonlijkheidspathologie ○ U1: Ondersteunende materialen jeugdwerk
Strategie 4: Preventie bij suïcidale personen & ondersteuning naasten	○ G11: Zorgcontinuïteit en ketenzorg voor suïcidale personen vanuit de hulplijnen ○ G6: MDR detectie en behandeling van suïcidale gedachten en gedrag bij kinderen en jongeren ○ G8: Ontwikkeling, effectstudie en implementatie van een creatieve box voor hulpverleners om suïcidale gedachten en gedrag met jongeren te bespreken en verder te onderzoeken
Strategie 5: Postventie na suïcide & ondersteuning nabestaanden	○ S7: Deskundigheidsbevordering hulpverleners i.v.m. nabestaanden ○ S5: Postventiemethodiek ○ S4: Bekendmaking en uitbreiding van laagdrempelige info en hulp voor nabestaanden na zelfdoding miv psycho-educatie(ve) methodieken

Tabel 4.2. Geselecteerde acties voor gezondheidseconomische evaluatie

Strategie 1: Suïcidepreventie bij de hele bevolking	○ U12: Mentaal welbevinden in het onderwijs (lager, basis, secundair en hoger)
Strategie 2: Deskundigheidsbevordering bij professionals en sleutelfiguren	○ S9: VR-tool voor (toekomstige) zorg- en hulpverleners ○ U7: Deskundigheidsbevordering volledige bevolking (luik 1 van de actie)
Strategie 3: Suïcidepreventie bij kwetsbare groepen	○ U10: Versterken van mentaal welbevinden bij werklozen ○ U1: Ondersteunende materialen jeugdwerk
Strategie 4: Preventie bij suïcidale personen & ondersteuning naasten	○ G6: MDR detectie en behandeling van suïcidale gedachten en gedrag bij kinderen en jongeren ○ G4: ASSIP – kortdurend behandeltraject voor personen na een suïcidepoging ○ G11: Zorgcontinuïteit en ketenzorg voor suïcidale personen vanuit de hulplijnen
Strategie 5: Postventie na suïcide & ondersteuning nabestaanden	○ S5: Debriefing na zelfdoding, hulp en informatie aan nabestaanden

Deze selectie werd gemaakt om de hoeveelheid aan assumpties bij de becijfering van de doelstelling zo veel mogelijk te beperken: een inschatting van de impact op het aantal suïcides en suïcidepogingen voor elke voorgestelde actie in het actieplan zou leiden tot een te groot aantal vrijheidsgraden en assumpties in dit geheel. Hierdoor zou de resulterende doelstelling minder betrouwbaar en realistisch zijn. Deze selectie resulteert in 14 acties, die te zien zijn in Tabel 4.3. Belangrijk om hier mee te geven is dat de acties uit strategie 5 werden uitgesloten van deze selectie aangezien deze gericht zijn op nabestaanden; hun effect dus wordt uitgedrukt in gewonnen levenskwaliteit voor nabestaanden, maar niet als een geschatte reductie in het aantal suïcides.

Tabel 4.3. Acties als basis voor de berekening van de gezondheidsdoelstelling

Strategie 1: Suïcidepreventie bij de hele bevolking
○ U12: Mentaal welbevinden in het onderwijs (basis, secundair en hoger) ○ U15: Warmescholen.net ○ U3: Aantal suïcides en suïcidepogingen verminderen door het beperken van middelen: deskundigheidsbevordering en psycho-educatie m.b.t. medicatiebeheer
Strategie 2: Deskundigheidsbevordering bij professionals en sleutelfiguren
○ S11: Deskundigheidsbevordering en ondersteuning van toekomstige professionals rond geestelijke gezondheidsbevordering en suïcidepreventie (continuerend) ○ S9: VR-tool voor (toekomstige) zorg- en hulpverleners ○ S2: Deskundigheidsbevordering huisartsen – LOK-pakket ○ U7: Deskundigheidsbevordering volledige bevolking
Strategie 3: Suïcidepreventie bij kwetsbare groepen
○ U10: Versterken van mentaal welbevinden bij werklozen ○ G16: 'Good practice': mentaliseren bevorderend werken om suïcide te voorkomen voor mensen met een persoonlijkheidspathologie ○ U1: Ondersteunende materialen jeugdwerk
Strategie 4: Preventie bij suïcidale personen & ondersteuning naasten
○ G11: Zorgcontinuïteit en ketenzorg voor suïcidale personen vanuit de hulplijnen ○ G6: MDR detectie en behandeling van suïcidale gedachten en gedrag bij kinderen en jongeren ○ G8: Ontwikkeling, effectstudie en implementatie van een creatieve box voor hulpverleners om suïcidale gedachten en gedrag met jongeren te bespreken en verder te onderzoeken ○ G4: Kort durend behandeltraject voor personen na een suïcidepoging

Voor de becijfering werd als volgt te werk gegaan:

1. Voor elk van de acties in Tabel 4.3. werden enkele **parameters** vastgesteld: (i) de doelgroep waarop de actie zich richt, (ii) het huidige aantal overlijdens omwille van suïcide in deze doelgroep en (iii) de geschatte, procentuele daling in het aantal overlijdens omwille van suïcide over een looptijd van VASIII. Voor verdere toelichting over de geschatte, procentuele daling verwijzen we naar de resultaten van Fase 3a.
2. Aan de acties waarvoor geen afzonderlijke analyse werd gedaan in Fase3a, werd een **proxy** van het gezondheidseconomisch effect toegekend. Deze proxy is een weergave van het gezondheidseconomisch effect op basis van de inhoudelijk sterkst aansluitende actie die wel afzonderlijk gezondheidseconomisch geëvalueerd werd.
3. Voor alle acties werd vervolgens ook een parameter voor het **marginale attribueerbaar aandeel** opgenomen. Deze parameter geeft de verwachte bijdrage van deze actie weer, gegeven de andere acties die reeds in het actieplan worden opgenomen. Wanneer twee acties zich bijvoorbeeld op dezelfde doelgroep richten, kan er namelijk niet vanuit gegaan worden dat de impact op het aantal overlijdens door suïcide cumulatief zal verlopen. Vandaar dat een correctie wordt uitgevoerd op basis van een parameter voor het marginale effect.
4. Op basis van deze parameters, kan een schatting van de verwachte impact op het aantal overlijdens door suïcide berekend worden, uitgedrukt in absolute cijfers, over een looptijd voor VASIII van 8 jaar.

De gebruikte parameters zijn ook te zien in Tabel 4.4.

Tabel 4.4. Parameters voor de acties als basis voor de berekening van de gezondheidsdoelstelling

Actie	Aantal overlijdens omwille van suïcide binnen de doelgroep	Proxy	Marginale attribueerbaar aandeel
U12	80	U12	0,9
U15	28	U12	0,25
U3	132	S9	0,9
S11	978	S9	0,9
S9	978	S9	0,25
S2	978	S9	0,5
U7	978	U7	0,8
U10	73,1544	U10	0,9
G16	93,888	G4	0,15
U1	28	U1	0,5
G11	440,1	G11	0,9
G6	28	G6	0,9
G8	28	U1	0,15
G4	437	G4	0,5

Opmerking: zowel de proxy als het aantal overlijdens binnen de doelgroep zijn benaderingen; deze keuzes werden gemaakt op basis van onderbouwde assumpties van VLESP en het gezondheidseconomisch team.

De bekomen potentiële reductie van 10% tussen 2020 en 2030 werd ten slotte ook kwalitatief geëvalueerd door de experts van VLESP en van het gezondheidseconomisch team, in overleg met Zorg & Gezondheid. Hierbij werden nog enkele belangrijke **kanttekeningen** gemaakt:

1. In vergelijking met de **internationale context** ligt deze doelstelling in de lijn met wat andere landen vooropstellen in hun actieplan. De daling van 10% correspondeert daarenboven met het globaal doel in het Mental Health Action Plan van de Wereldgezondheidsorganisatie om suïcide te reduceren met 10% (World Health Organization, 2013). Het is belangrijk om een ambitieuze maar tegelijkertijd haalbare en realistische doelstelling te beogen. Veel landen roepen op tot zeer ambitieuze doelstellingen maar de meerderheid haalt deze echter niet (Fox et al., 2020).
2. Bij het meten van het effect van een actieplan zijn twee **meetmomenten** van belang, met name het moment voor de start van de implementatie en het moment tijdens/na de implementatie (Platt, Arensman, & Rezaeian, 2019). Er werd gekozen om 2020 als referentiejaar en 2030 als eindjaar te nemen voor de gezondheidsdoelstelling, aangezien in 2020 VAS II eindigde en VASIII in 2030 zal aflopen.
3. De effectiviteitsberekeningen werden uitgevoerd op basis van (onderbouwde) **assumpties** en kunnen omwille van tal van factoren bijgevolg afwijken van de realiteit. Zo werd voor deze berekening bijvoorbeeld vertrokken van een effectiviteit van acties over de looptijd van het 3^e actieplan. Aangezien het niet realistisch is dat al deze acties in jaar 1 van dit actieplan van start zullen gaan, zal het aspect van looptijd ook een invloed uitoefenen op de effectiviteit van het programma.
4. Zoals eerder ook vermeld, zal het al dan niet **realiseren van de doelstelling** onderhevig zijn aan een combinatie van factoren. Deze parameters kunnen de overlijdens door suïcide in positieve en negatieve richting beïnvloeden en zullen ook factoren omvatten waarop de Vlaamse overheid weinig tot geen impact uitgeoefend kan worden. Hierbij denken we bijvoorbeeld aan de onzekere en nog ongekende impact van COVID-19.
5. **VASIII bouwt verder** op het vorige actieplan waarbij er reeds een stevige basis voor suïcidepreventie is gelegd in Vlaanderen. Het referentiejaar voor VASIII is 2020 maar dit kan niet als nulmeting worden geïnterpreteerd aangezien er tussen 2000 en 2020 al heel wat suïcidepreventie-methodieken gerealiseerd werden, die er mede toe geleid hebben dat de daling in het aantal suïcides in de periode 2000-2017 werd gerealiseerd. Gezien deze reeds bestaande historiek aan acties en methodieken, zijn er telkens meer inspanningen nodig voor de terugdringing van een extra suïcide(poging), wat volgt vanuit het principe van dalend marginaal nut. Het is niet mogelijk te berekenen welke de impact kan zijn van de acties vanuit VASII die verder gecontinueerd worden maar men kan niet uitgaan van een louter cumulatief effect van elke aparte actie van VASIII in combinatie met de continuerende acties van VASII. De basis van de berekening van de gezondheidsdoelstelling ligt dan ook bij de nieuwe acties van VASIII.

In het kader van de effectiviteitsberekening, in combinatie met bovenstaande elementen en kanttekeningen, kan deze gezondheidsdoelstelling als een **ambitieuze en haalbaar streefdoel** beschouwd worden.

FORMULERING VAN DE INDICATOR

Voor de verwezenlijking van deze gezondheidsdoelstelling is het van belang de incidentie van suïcide op te volgen. Onderstaande **indicator** kan hiertoe gebruikt worden:

Tabel 4.5. Indicator ter opvolging van de gezondheidsdoelstelling

Hoofddoelstelling	Daling aantal zelfdodingen tegen 2030 met 10% t.o.v. het jaar 2020
Indicator	Incidentie suïcide (per 100.000 inwoners)
Teller	Aantal suïcides
Noemer	Aantal inwoners Vlaams gewest
Databestand	Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid van het Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap

SMART-PRINCIPES

Duiding van de gezondheidsdoelstelling aan de hand van de SMART- principes:

1. **Specifiek:** De doelstelling is suïcidespecifiek, gezien de doelstelling beoogt het aantal zelfdodingen in Vlaanderen te reduceren met 10% tegen 2030.
2. **Meetbaar:** De doelstelling kan gemeten worden op basis van bovenstaande indicator, namelijk de incidentie van suïcide per 100.000 inwoners. Deze cijfers worden gepubliceerd door het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid.
3. **Aanvaardbaar:** De gezondheidsdoelstelling werd voorgesteld op de gezondheidsconferentie en wordt gedragen door alle betrokken actoren: de doelstelling is gebaseerd op de actievoorstellen die vanuit de voorbereidende werkgroepen werden geformuleerd en beoordeeld.
4. **Realistisch:** De gezondheidseconomische evaluatie, uitgevoerd in het kader van de gezondheidsconferentie, kon aantonen dat de gezondheidsdoelstelling voor 2030 ambitieus maar realistisch is. De nieuwe doelstelling bouwt verder op de resultaten van het vorige Vlaams Actieplan Suïcidepreventie (toen werd een daling van 20% sinds 2000 vooropgesteld en behaald).
5. **Tijdsgebonden:** De gezondheidsdoelstelling dient gerealiseerd te worden tegen 2030.

BIJLAGE 5 - Budgettair kader

Het budgettair kader voor het Vlaams Actieplan Suïcidepreventie kwam tot stand op basis van enerzijds, de reeds beschikbare budgetten voor suïcidepreventie en anderzijds, de indicatieve nodig geachte middelen voor de nieuwe acties.

Onderstaand overzicht is indicatief en niet definitief. Het budgettair kader voor de realisatie van de gezondheidsdoelstelling zal tot 2030 evolueren en verder uitgewerkt worden. Naast de beschikbare budgettaire ruimte, hangt dit onder meer samen met de keuze van bijkomende acties in functie van maatschappelijke evoluties en noden gedurende de looptijd van het actieplan, en de investeringen van beleidsdomeinen en sectoren buiten de preventieve gezondheidszorg die bijdragen aan deze gezondheidsdoelstelling. Dit budgettair kader is m.a.w. een dynamisch gegeven in functie van de beschikbare middelen en beleidsprioriteiten en wordt bijgesteld in functie van de voortgang van de realisatie van de gezondheidsdoelstelling.

Huidige financiering van het Vlaamse suïcidepreventiebeleid

De Vlaamse overheid verstrekt subsidies aan een aantal organisaties (partnerorganisaties, organisaties met terreinwerking en andere organisaties) voor de uitvoering van het Vlaamse suïcidepreventiebeleid. Hieronder wordt een oplijsting gegeven van de organisaties die betrokken zijn bij het Vlaamse suïcidepreventiebeleid en financiering van de Vlaamse overheid ontvangen.

Bij drie organisaties is de Vlaamse financiering uitsluitend bedoeld voor het realiseren van opdrachten gerelateerd aan het Vlaams actieplan suïcidepreventie. De taakomschrijving en subsidiebedragen van deze organisaties zijn opgenomen in een (beheers)overeenkomst:

- Het **Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie (VLESP)** als partnerorganisatie voor suïcidepreventie van zelfdoding (beheersovereenkomst 1/01/2019 – 31/12/2023).
- Het **Centrum ter Preventie van Zelfdoding** als organisatie met terreinwerking voor suïcidepreventie door laagdrempelige telezorg (beheersovereenkomst 1/01/2017 – 31/12/2021 – verlengd t.e.m. 31/12/2023).
- De **Suïcidepreventiewerking van de Centra Geestelijke Gezondheidszorg (CGG-SP)**, erkend als organisatie met terreinwerking, zit geïntegreerd in de enveloppe- subsidie van de CGG.

De volgende organisaties worden gefinancierd in het kader van het preventiebeleid en/of het meewerken aan de realisatie van de gezondheidsdoelstellingen, waaronder de gezondheidsdoelstelling suïcidepreventie. Suïcidepreventie is slechts een deelaspect van hun globaal takenpakket. Voor deze organisaties is het niet steeds mogelijk om de geldstromen uit te splitsen per gezondheidsthema of gezondheidsdoelstelling:

- **De Logo's:** locoregionale netwerken voor preventie met als voornaamste taak om preventiemethodieken te dissemineren bij en via lokale organisaties en overheden
- **Partnerorganisatie voor de Eerste Lijn:** met als deelopdracht de ondersteuning van de eerstelijnsactoren inzake preventieve gezondheidszorg, o.a. door de ondersteuning van de implementatie van methodieken
- **Landsbonden van de ziekenfondsen:** voor het meewerken aan de realisatie van de Vlaamse gezondheidsdoelstellingen ten aanzien van hun leden.

Het **Consortium Geestelijke Gezondheidsbevordering** wordt gesubsidieerd als partnerorganisatie voor geestelijke gezondheidsbevordering, wat een ruimer thema is dan de suïcidespecifieke focus, maar er wel toe bijdraagt (beheersovereenkomst 1/01/2021 – 31/12/2025).

Een **overzicht van de financieringen** vanuit het preventieve gezondheidsbeleid staat gepubliceerd op de website van Zorg en gezondheid: <https://www.zorg-en-gezondheid.be/financiering-preventief-gezondheidsbeleid>. Per beleidsthema is er een apart overzicht, ook voor geestelijke gezondheidsbevordering en suïcidepreventie. Binnen elk overzicht worden eerst de organisaties en de daarbij horende subsidies binnen beheersovereenkomst opgesomd en dan de projectsubsidies.

Extra middelen voor het Vlaams Actieplan Suïcidepreventie

Gedurende het voortraject werd gevraagd aan de deelnemende organisaties om een inschatting aan te leveren van de totale kosten die verbonden zijn aan de ontwikkeling, implementatie, uitvoering en evaluatie van hun actievoorstellen. Hierbij werd ook bevraagd welke delen van de kosten gedragen kunnen worden binnen de reguliere middelen van de verschillende organisaties en/of voor welke delen er bijkomende middelen nodig zijn.

In de tekst die volgt zijn kostenramingen te vinden voor de acties uit het 3e Vlaams Actieplan Suïcidepreventie die louter indicatief zijn. Deze kosten kunnen nog wijzigen op basis van nieuwe informatie. De kostenramingen worden weergegeven per nieuw actievoorstel, geordend volgens (sub)strategie.

Strategie 1 – Suïcidepreventie bij de hele bevolking

Substrategie 1. Geestelijke gezondheidsbevordering via het versterken van beschermende factoren

1.1. Mentaal welbevinden in het basis en secundair onderwijs (Vlaams Instituut Gezond Leven)

Geschatte kost per jaar & looptijd

De kostenramingen in onderstaande tabel zijn louter indicatief en de looptijd van de actie kan wijzigen.

Looptijd: 2023-2030

	Jaar 1	Jaar 2-8	Totaal (volledige looptijd)
Eenmalige kosten			
Loonkost	€ 300 000		
Werkingskost	€ 6 500		
Materiaalkost	€ 92 400		
Transport/ reiskosten			
Andere kosten			
Totaal (eenmalig)	€ 398 900		€ 398 900
Jaarlijkse kosten			
Loonkost	€ 10 000	€ 10 000	€ 80 000
Werkingskost			
Materiaalkost	€ 10 000	€ 10 000	€ 80 000
Transport/ reiskosten			
Andere kosten			

Totaal (jaarlijks)	€ 30 000	€ 30 000	€ 160 000
Totaal (per jaar)	€ 428 900	€ 30 000	€ 558 900

Bronnen van middelen

Van de eenmalige kosten is **€200 000 van de loonkost en €72 400 van de materiaalkost** gedekt door een projectsubsidie Mentaal Welbevinden in de klas; €10 000 valt binnen de Gezonde School inspiratiedagen. Deze kosten worden vanaf 2022 voorzien binnen de Beheersovereenkomst Geestelijke Gezondheidsbevordering (BHO GGB) (incl. verkenning van uitbreiding naar kleuteronderwijs).

Basis en secundair onderwijs

Acties 2021: opgenomen binnen projectsubsidie Mentaal Welbevinden in de klas, met nadruk op ontwikkeling (een online platform 'Geluk in de klas', met informatie over preventief en bevorderend werken rond het mentaal welbevinden van een klasgroep (c.q. inhouden uit de geluksdriehoek toegepast op klascontexten, tips voor een heel schooljaar, veelgestelde vragen), een hybride toolkit Happy Snacks en ondersteunende materialen, een lespakket over de geluksdriehoek, een vormingen voor leerkrachten / onderwijsprofessionals over hoe deze materialen te gebruiken) en communicatie. Organisatie van een online event 'Expeditie Geluk' voor kinderen uit de lagere school (in samenwerking met Ketnet)

Acties vanaf 2022: maken deel uit van dossier BHO GGB (goedgekeurd): Implementatie-activiteiten zoals organisatie van vormingen, communicatie-acties en beperkte doorontwikkeling Happy Snacks.

Vanaf 2023: verkenning uitbreiding naar het kleuteronderwijs.

Conclusie kosten/middelen: Geen nood aan extra middelen binnen VAS III

1.2. Preventie in de schoolsetting via het project Warme Scholen (Fonds Ga voor Geluk)

Geschatte kost per jaar & looptijd

De kostenramingen in onderstaande tabel zijn louter indicatief en de looptijd van de actie kan wijzigen.

Looptijd: 2022-2030

Eenmalige kosten	Jaar 1 – 2,5
Loonkost	€ 3 744 468 (over 2,25 jaar)
Werkingskost	€ 524 167
Materiaalkost	
Transport/ reiskosten	
Andere kosten	
Totaal (eenmalig)	= € 4 268 635

Bronnen van middelen

- **ESF SUBSIDIE:** 1.7 miljoen voor departement onderwijs, PXL, FGVG webplatform, FGVG werkingskosten
- **Reguliere werkingskosten van de exemplarische scholen, van de deelnemende scholen in transitie, van PXL en van het Fonds GavoerGeluk**
Voor de prestaties (inclusief werkingskosten) m.b.t. de activiteiten van het Lerend Netwerk van directeurs en medewerkers van de 7 exemplarische scholen, van de 100 deelnemende scholen, van de experts van het Fonds GavoerGeluk, van PXL en van het departement onderwijs worden betaald vanuit de

Geen nood aan extra middelen of VLESP middelen voor opstart, implementatie, of recurrente middelen.

Kosten voor evaluatie werden niet in kaart gebracht via de template; deze konden hier bijgevolg niet meegerekend worden indien nodig.

Conclusie kosten/middelen: Geen nood aan extra middelen binnen VASIII
--

1.3. Implementatie van de Geluksdriehoek (Vlaams Instituut Gezond Leven)

Geschatte kost per jaar & looptijd

De kostenramingen in onderstaande tabel zijn louter indicatief en de looptijd van de actie kan wijzigen.

Looptijd: 2022-2030

	Jaar 1	Jaar 2-9	Totaal (volledige looptijd)
Eenmalige kosten			
Loonkost	€ 40 000		€ 40 000
Werkingskost			
Materiaalkost			
Transport/ reiskosten			
Andere kosten			
Totaal (eenmalig)	€ 40 000		€ 40 000
Jaarlijkse kosten			
Loonkost	€ 90 000	€ 90 000	€ 810 000
Werkingskost	€ 14 000	€ 14 000	€ 126 000
Materiaalkost	€ 30 000	€ 30 000	€ 270 000
Transport/ reiskosten			
Andere kosten			
Totaal (jaarlijks)	€ 134 000	€ 134 000	€ 1 206 000
Totaal (per jaar)	€ 174 000	€ 134 000	€ 1 246 000

Bronnen van middelen

De implementatie van de Geluksdriehoek is mee opgenomen in het beleidsplan bij de BHO GGB. De kosten voor de meeste deelacties in dit actievoorstel kunnen hierdoor opgenomen worden binnen deze BHO.

Kosten voor het aanbod van het groepstraject:

De praktijk wijst uit dat de organisaties die deze sessie willen inrichten doorgaans over weinig budget voor vorming beschikken. Het kan daarom een meerwaarde zijn om deze sessies gratis aan te bieden. De raming hiervoor bedraagt ongeveer **10 000 euro/jaar**. Deze financiering werd niet binnen BHO GGB voorzien.

Conclusie: Bijkomende kosten van zo'n €10 000 euro per jaar vanuit VASIII zijn nodig voor een gratis aanbod van groepssessies.

Substrategie 2. Doorbreken van stigma verbonden aan psychische problemen

1.4. Mentaalmaatje: campagne over 'peer support' (Patiëntenkoepel OpGang)

Raming kostprijs:

Geen informatie beschikbaar.

Bronnen van middelen

Binnen Vlaamse Veerkracht, het Relanceplan Vlaamse Regering (waar éénmalige middelen tot eind 2023 zullen ingezet worden voor het herstel en de veerkracht van personen met een psychische nood als gevolg van de Corona-periode), is het "mentaalmaatje" opgenomen binnen de (familie-)buddywerking voor het contextgericht werken.

Deze middelen zijn dus reeds beschikbaar.

Conclusie kosten/middelen: Geen extra middelen nodig

Substrategie 5. Beperken van de toegang tot (dodelijke) middelen en methodes

1.5. Deskundigheidsbevordering van apothekers (Vlaams apothekersnetwerk, VLESP)

Bronnen van middelen

Looptijd: 2022-2030

Ontwikkeling 2022-2023

Implementatie: 2024-2030

Er werd eind 2021 een projectsubsidie toegekend aan VAN en VLESP voor een bedrag van **€249 000** via de subsidie van het project 'Aantal suïcides en suïcidepogingen verminderen door het beperken van middelen: deskundigheidsbevordering van apothekers in het geven van psycho-educatie m.b.t. medicatiebeheer'.

Dit laat toe om de ontwikkelingsfase uit te voeren. Na deze projectfase valt bovendien de implementatiekost nog af te wachten.

Conclusie kosten/middelen: Extra middelen werden reeds toegekend

1.6. Richtlijnen m.b.t. het beperken van de toegang tot methodes (VLESP)

Geschatte kost per jaar & looptijd

De kostenramingen in onderstaande tabel zijn louter indicatief en de looptijd van de actie kan wijzigen.

Looptijd: 2027-2030

Enmalige kosten	Jaar 1	Jaar 2	Totaal
Loonkost	€ 60 200	€ 60 200	€ 120 400
Werkingskost			
Materiaalkost	€ 12 500	€ 12 500	€ 25 000
Transport/ reiskosten			
Andere kosten			
Totaal	€ 72 700	€ 72 700	€ 145 400

Bronnen van middelen

Dit voorstel kan, rekening houdend met de vooropgestelde timing, binnen de reguliere werking van VLESP gerealiseerd worden.

Conclusie kosten/middelen: Geen nood aan extra middelen
--

Strategie 2 – Deskundigheidsbevordering van professionals en sleutelfiguren

2.1. Deskundigheidsbevordering van (toekomstige) zorg- en hulpverleners via een Virtual Reality Tool (VLESP en UCLL)

Geschatte kost per jaar & looptijd

De kostenramingen in onderstaande tabel zijn louter indicatief en de looptijd van de actie kan wijzigen.

Looptijd: 2022-208

Piloot: 2022

Implementatie: 2023-2025

Uitwerking extra scenario's: 2025-2028

Enmalige kosten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Totaal
Loonkost	€ 39 873,75	€ 39 873,75	€ 39 873,75	€ 39 873,75	€ 159 495
Werkingskost	€ 2 875	€ 2 875	€ 2 875	€ 2 875	€ 11 500
Materiaalkost	€ 625	€ 625	€ 625	€ 625	€ 2 500
Transport/ reiskosten	€ 135	€ 135	€ 135	€ 135	€ 540
Andere kosten	€ 575	€ 575	€ 575	€ 575	€ 2300
Totaal	€ 44 083,75	€ 44 083,75	€ 44 083,75	€ 44 083,75	€ 176 335

Bronnen van middelen

Wat het aandeel van VLESP betreft in deze actie, kan de personeelskost ingebed worden in de reguliere VLESP werking, maar er is wel nood aan een budget voor de aankoop van de VR-brillen, de technologie die nodig is om de tool te kunnen aanbieden en te implementeren in de vormingen. Dit wordt geschat op € 4000 (startkost voor de aankoop van ca. 10 brillen), en een jaarlijkse onderhouds/update kost van € 1000 (over een periode van 8 jaar, tot einde actieplan).

Eens de technologie zijn meerwaarde heeft aangetoond, is het belangrijk dat een grondige studie gebeurt naar de mogelijkheden voor duurzame implementatie en de kost die hier aan verbonden is, ook rekening houdend met de houdbaarheid van de VR-brillen en de scenario's en eventuele onderhoudskosten. Op basis hiervan kan beslist worden of het gebruik van de VR-tool een zinvolle aanvulling kan vormen op het vormingsaanbod dat reeds gebruikt wordt.

UCLL heeft extra budget nodig voor:

- De werkingskosten voor brede bekendmaking en implementatie
- Personeelskost en werkingskosten in het geval van het uitwerken van meer scenario's (momenteel is er slechts 1 pilot oefening ontwikkeld van ca. 15 min.) en opgenomen in het budget.
- Dit wordt geschat (€24 000 personeelskost voor twee extra scenario's en €12 000 voor materiaal). In totaal **€ 36 000**.

Conclusie kosten/middelen: Nood aan extra middelen t.w.v. € 36 000

2.2. Deskundigheidsbevordering van huisartsen via een LOK pakket

Geschatte kost per jaar & looptijd

De kostenramingen in onderstaande tabel zijn louter indicatief en de looptijd van de actie kan wijzigen.

Looptijd: 2023-2030

	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3-8	Totaal (volledige looptijd)
Eenmalige kosten				
Loonkost	€ 9 183,5	€ 9 183,5		€ 18 367
Werkingskost				
Materiaalkost				
Transport/ reiskosten				
Andere kosten				
Totaal (eenmalig)	€ 9 183,5	€ 9 183,5		€ 18 367
Jaarlijkse kosten				
Loonkost			€ 22 166	€ 132 996
Werkingskost				
Materiaalkost				
Transport/ reiskosten				
Andere kosten				
Totaal (jaarlijks)			€ 22 166	€ 132 996
Totaal (per jaar)	€ 9 183,5	€ 9 183,5	€ 22 166	€ 151 360

Bronnen van middelen

De ontwikkeling van deze actie valt buiten de reguliere werking, dus 100% met extra middelen, dit voor een periode van 2 jaar.

Daarna worden 10 van deze vormingen met reguliere middelen georganiseerd, dit voor de rest van de periode van het VAS. Indien er meer vormingen nodig zijn, zullen er extra middelen voorzien moeten worden.

Conclusie kosten/middelen: De opstartkosten van dit voorstel zijn te financieren met extra middelen t.w.v. €18.367 over 2 jaar tijd.

2.3. Denktank en pilootproject ‘Suïcidepreventie in de WERKSETTING’

Geschatte kost per jaar en looptijd

De kostenramingen in onderstaande tabel zijn louter indicatief en de looptijd van de actie kan wijzigen.

Looptijd: 2023-2030

Eenmalige kosten	Jaar 1	Jaar 2	Totaal
Loonkost	€ 90 000	€ 90 000	€ 180 000
Werkingskost	€ 10 000	€ 10 000	€ 20 000
Materiaalkost		€ 45 000	€ 45 000
Transport/ reiskosten			
Andere kosten			
Totaal	€ 100 000	€ 100 000	€ 245 000

Bronnen van middelen

De ontwikkeling van deze actie valt buiten de reguliere middelen, dus 100% met extra middelen voor een periode van 2 jaar.

Eventuele kosten nadien (i.f.v. duurzame implementatie) zullen duidelijk worden op basis van de resultaten van het pilootproject. In principe zal de implementatie van de tools en methodieken ingebed worden in de reguliere werking van de betrokken partners (Idewe, VLESP, ...).

Conclusie kosten/middelen: er worden extra middelen gevraagd voor het pilootproject t.w.v. € 245.000.

2.4. Deskundigheidsbevordering van bemiddelaars bij VDAB

Geschatte kost per jaar & looptijd

De kostenramingen in onderstaande tabel zijn **louter indicatief** en ook de looptijd kan wijzigen. De bronnen om deze kosten te financieren dienen verder besproken te worden tussen VLESP, VDAB, de betrokken administraties en kabinetten.

Looptijd: 2023-2030

	Jaar 1	Jaar 2-8 (per jaar)	Totaal (volledige looptijd)
Eenmalige kosten			
Loonkost	€ 6 080		
Werkingskost			
Materiaalkost	€ 20 000		
Transport/ reiskosten			
Andere kosten			
Totaal (eenmalig)	€ 26 080		€ 26 080
Jaarlijkse kosten			
Loonkost	€ 11 400	€ 3 800	€ 38 000
Werkingskost			
Materiaalkost			
Transport/ reiskosten			
Andere kosten			
Totaal (jaarlijks)	€ 11 400	€ 3 800	€ 38 000
Totaal (per jaar)	€ 37 480	€ 3 800	€ 64 080

Bronnen van middelen

De ontwikkeling van deze actie valt buiten de reguliere werking, dus 100% met extra middelen. In het eerste jaar is er een opstartkost (voor de ontwikkeling van de materialen) en een personeelskost voor het geven van de vormingen. Vanaf het 2^{de} jaar is er een jaarlijkse personeelskost van 3.800 euro.

Conclusie kosten/middelen: De opstartkosten van dit voorstel zijn te financieren met extra middelen t.w.v. 38.000 euro voor een periode van 8 jaar.

Strategie 3 – Suïcidepreventie bij kwetsbare groepen

Substrategie. Jongeren

3.1. Versterken van mentaal welbevinden bij jongeren uit kwetsbare posities (Gezond Leven)

Geschatte kost per jaar & looptijd

De kostenramingen in onderstaande tabel zijn louter indicatief en de looptijd van de actie kan wijzigen.

Looptijd: 2022-2030

	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3-9	Totaal (volledige looptijd)
Eenmalige kosten				
Loonkost	€ 32 500	€ 32 500		€ 65 000
Werkingskost	€ 23 500	€ 23 500		€ 47 000
Materiaalkost	€ 1000	€ 1000		€ 2 000
Transport/ reiskosten	€ 2500	€ 2500		€ 5 000
Andere kosten				
Totaal (eenmalig)	€ 57 250	€ 57 250		€ 114 500
Jaarlijkse kosten				
Loonkost			€ 10 000	€ 70 000
Werkingskost				
Materiaalkost				
Transport/ reiskosten				
Andere kosten				
Totaal (jaarlijks)			€ 10 000	€ 70 000
Totaal (per jaar)	€ 57 250	€ 57 250	€ 10 000	€ 184 500

Bronnen van middelen

Vlaams Instituut Gezond Leven voert – onder voorbehoud van beschikbare budgettaire middelen) deze actie uit, in samenwerking met enkele partners (vb. Maks vzw, Young Star Productions, ...) voor het luik nieuwe media en communicatie.

Er wordt een projectvoorstel ingediend bij de Koning Boudewijnstichting (Projectoproep De Warmste Week-fonds).

Conclusie kosten/middelen: Mogelijk zijn middelen nodig binnen VASIII voor deze volledige actie indien de middelen niet via alternatieve projectsubsidies gevonden kunnen worden (t.w.v. €114 500 eenmalige kosten en €10 000 jaarlijks recurrente kosten)

Substrategie. Financieel kwetsbare groepen en kwetsbare beroepsgroepen

3.2. Versterken van mentaal welbevinden bij werklozen (Gezond Leven)

Geschatte kost per jaar & looptijd

De kostenramingen in onderstaande tabel zijn louter indicatief en de looptijd van de actie kan wijzigen.

Looptijd: 2022-2030

	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3-9	Totaal (volledige looptijd)
Eenmalige kosten				
Loonkost	€ 40 000	€ 40 000		€ 80 000
Werkingskost	€ 1525	€ 1525		€ 3 050
Materiaalkost	€ 7250	€ 7250		€ 14 500
Transport/ reiskosten	€ 500	€ 500		€ 1 000
Andere kosten				
Totaal (eenmalig)	€ 49 275	€ 49 275		€ 98 550
Jaarlijkse kosten				
Loonkost			€ 15 000	€ 105 000
Werkingskost				
Materiaalkost				
Transport/ reiskosten				
Andere kosten				
Totaal (jaarlijks)			€ 15 000	€ 105 000
Totaal (per jaar)	€ 49 275	€ 49 275	€ 15 000	€ 203 550

Bronnen van middelen

De jaarlijkse kosten, m.a.w. de implementatie van de ontwikkelde methodiek, kan opgenomen worden door het Vlaams Instituut Gezond Leven in het kader van de BHO GGB.

Bijgevolg is er vraag naar extra middelen voor de opstart en eenmalige ontwikkeling van de actie t.w.v. €98.550. Voor dit actievoorstel werden eind 2021 bijkomende projectmiddelen voorzien voor Gezond Leven.

Conclusie kosten/middelen: De extra middelen werden reeds toegekend aan Gezond leven

3.3 Suïcidepreventie op maat van land- en tuinbouwers

Hoger landbouwonderwijs (Gezond Leven)

Geschatte kost per jaar & looptijd

De kostenramingen in onderstaande tabel zijn louter indicatief en de looptijd van de actie kan wijzigen.

Looptijd: 2023-2030

	Jaar 1-8	Totaal (volledige looptijd)
Jaarlijkse kosten		
Loonkost	€ 10 000	€ 80 000
Werkingskost		
Materiaalkost		
Transport/ reiskosten		
Andere kosten		
Totaal (jaarlijks)	€ 10 000	€ 80 000
Totaal (per jaar)	€ 10 000	€ 80 000

Bronnen van middelen

74.992,79 euro via een projectsubsidie van het Departement Landbouw en Visserij; deze werd goedgekeurd 2021 – november 2023.

Conclusie kosten/middelen: Geen nood aan extra middelen binnen VAS III

Strategie 4 – Preventie bij suïcidale personen & ondersteuning naasten

Substrategie 1. Laagdrempelige informatie en hulp aanbieden: telefonisch, online, face-to-face

4.1. Zelfhulp-app voor suïcidale jongeren (VLESP)

Geschatte kost per jaar & looptijd

De kostenramingen in onderstaande tabel zijn louter indicatief en de looptijd van de actie kan wijzigen.

Looptijd: 2024-2030

	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3-7	Totaal (volledige looptijd)
Eenmalige kosten				
Loonkost	€ 79 575	€ 79 575		€ 159 150
Werkingskost	€ 25 000	€ 25 000		€ 50 000
Materiaalkost	€ 5 000	€ 5 000		€ 10 000
Transport/ reiskosten				
Andere kosten	€ 11 057,5	€ 11 057,5		€ 22 115
Totaal (eenmalig)	= € 120 632,5	= € 120 632,5		= € 241 265
Jaarlijkse kosten				
Loonkost			€ 7 700	€ 38 500
Werkingskost			€ 2 000	€ 10 000
Materiaalkost				
Transport/ reiskosten				
Andere kosten			€ 970	€ 4 850
Totaal (jaarlijks)			€ 10 670	€ 53 350
Totaal (per jaar)	€ 120 632,5	€ 120 632,5	€ 10 670	€ 294 615

Bronnen van middelen

De inhoud van de app (loonkost) wordt voorzien binnen de reguliere middelen van VLESP. Dit komt overeen met de eenmalige loonkosten t.w.v. € 159.150

De technische ontwikkelingskost (werkings- en materiaalkosten) is een extra kost.

Conclusie kosten/middelen: Nood aan extra middelen t.w.v. €60 000 voor de ontwikkeling.
--

4.2. Zelfzorggroep voor ervaringsgenoten na een suïcidepoging (Patiëntenplatform OpGang)

Geschatte kost per jaar & looptijd

De kostenramingen in onderstaande tabel zijn louter indicatief en de looptijd van de actie kan wijzigen.

Looptijd 2027-2030

Pilootstudie door VLESP: 2027-2028

Indien positieve resultaten: Implementatie: 2029-2030

Deze actie dient eerst onderzocht en geëvalueerd te worden op veiligheid en effectiviteit d.m.v. een pilootstudie dat door VLESP zal worden uitgevoerd. Indien de resultaten van de pilootstudie positief zijn, zal deze actie verder geïmplementeerd worden.

Bronnen van middelen

Het onderzoek uitgevoerd door VLESP kan binnen de reguliere werking gebeuren.

Voor de uitwerking van de zelfzorggroep en het verder uitbouwen van de actie moet vanuit OpGang nog verder bekeken worden welke middelen nodig zijn. Gezien deze actie in het 2^{de} deel van het actieplan wordt gepland, zal dit pas in latere fase ingeschat kunnen worden.

Conclusie kosten/middelen: Geen informatie over extra middelen

Substrategie 2. Ontwikkelen en implementeren van richtlijnen en interventies ter bevordering van de detectie en behandeling van suïcidale gedachten en gedrag

4.3. Richtlijn voor de detectie en behandeling van suïcidale gedachten en gedrag bij kinderen en jongeren (VLESP)

Geschatte kost per jaar & looptijd

De kostenramingen in onderstaande tabel zijn louter indicatief en de looptijd van de actie kan wijzigen.

Looptijd: 2022-2030

Ontwikkeling: 2022-2024

Implementatie: 2025-2030

	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4-9	Totaal (volledige looptijd)
Eenmalige kosten					
Loonkost	€ 39 600	€ 39 600	€ 39 600		€ 118 800
Werkingskost	€ 5 666,7	€ 5 666,7	€ 5 666,7		€ 17 000
Materiaalkost					
Transport/ reiskosten	€ 400	€ 400	€ 400		€ 1 200
Andere kosten	€ 4733,3	€ 4733,3	€ 4733,3		€ 14 200
Totaal (eenmalig)	€ 50 400	€ 50 400	€ 50 400		€ 151.200
Jaarlijkse kosten					
Loonkost					
Werkingskost					
Materiaalkost				€ 2 500	€ 15 000
Transport/ reiskosten					
Andere kosten					
Totaal (jaarlijks)				€ 2 500	€ 15 000
Totaal (per jaar)	€ 50 400	€ 50 400	€ 50 400	€ 2 500	€ 166 200

Bronnen van middelen

Er is een vraag naar extra middelen voor de ontwikkeling van de actie. Voor dit actievoorstel werden eind 2021 bijkomende projectmiddelen voorzien voor VLESP.

Conclusie kosten/middelen: De extra middelen werden reeds toegekend aan VLESP

4.4. Een richtlijn voor de detectie en behandeling van suïcidale gedachten en gedrag bij personen met autisme (VLESP)

Geschatte kost per jaar & looptijd

De kostenramingen in onderstaande tabel zijn louter indicatief en de looptijd van de actie kan wijzigen.

Looptijd: 2022-2030

Ontwikkeling: 2022-2024

Implementatie: 2025-2030

Eenmalige kosten	Jaar 1-2
Loonkost	€ 142 000
Werkingskost	€ 20 000
Materiaalkost	€ 5 000
Transport/ reiskosten	
Andere kosten	€ 14 300
Totaal	€ 181 300

Voor dit project werden eind 2021 middelen voorzien vanuit het Strategisch Plan Autisme.

Conclusie kosten/middelen: De extra middelen werden reeds toegekend aan VLESP

4.5. Een richtlijn voor de detectie en behandeling van suïcidale gedachten en gedrag bij chronische suïcidaliteit (VLESP en CGG-SP)

Geschatte kost per jaar & looptijd

De kostenramingen in onderstaande tabel zijn louter indicatief en de looptijd van de actie kan wijzigen.

Looptijd: 2022-2030

Ontwikkeling: 2022-2024

Implementatie: 2025-2030

Eenmalige kosten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4-9	Totaal (volledige looptijd)
Loonkost	€ 62 416,3	€ 62 416,3	€ 62 416,3		€ 187 249
Werkingskost					
Materiaalkost					
Transport/ reiskosten					
Andere kosten					
Totaal (eenmalig)	€ 62 416,3	€ 62 416,3	€ 62 416,3		€ 187 249
Jaarlijkse kosten					
Implementatie CGG-SP				€ 77 440	
Totaal (jaarlijks)				€ 77 440	€ 464 640
Totaal (per jaar)	€ 62 416,3	€ 62 416,3	€ 62 416,3	€ 77 440	€ 651 889

Bronnen van middelen

De ontwikkeling van de richtlijn kan gefinancierd worden binnen de reguliere werking van VLESP.

Voor de implementatie van de richtlijn via vormingen door CGG-SP wordt voor een bijkomend jaarlijks vormingsaanbod een extra bedrag van 77.740€ gevraagd.

Conclusie kosten/middelen: Geen nood aan extra middelen voor de ontwikkeling vanuit VLESP. Voor de implementatie en in het bijzonder voor de uitrol van een bijkomend jaarlijks vormingsaanbod (CGG-SP) wordt jaarlijks een extra bedrag van 77.740 euro gevraagd.

4.6. Tool voor hulpverleners om suïcidale gedachten en gedrag met jongeren te bespreken (VLESP)

Geschatte kost per jaar & looptijd

De kostenramingen in onderstaande tabel zijn louter indicatief en de looptijd van de actie kan wijzigen.

Looptijd: 2022-2030

Ontwikkeling: 2022-2023

Implementatie: 2024-2030

	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3-9	Totaal (volledige looptijd)
Eenmalige kosten				
Loonkost	€ 27 925,5	€ 27 925,5		€ 55 851
Werkingskost	€ 2 500	€ 2 500		€ 5 000
Materiaalkost	€ 17 500	€ 17 500		€ 35 000
Transport/ reiskosten				
Andere kosten				
Totaal (eenmalig)	€ 47 925,5	€ 47 925,5		€ 95 851
Jaarlijkse kosten				
Loonkost				
Werkingskost			€ 6 000	€ 42 000
Materiaalkost				
Transport/ reiskosten				
Andere kosten				
Totaal (jaarlijks)			€ 6 000	€ 42 000
Totaal (per jaar)	€ 47 925,5	€ 47 925,5	€ 6 000	€ 137 000

Bronnen van middelen

Een deel van de geschatte kosten kan binnen de reguliere werking van VLESP worden opgenomen. Maar bijkomende middelen worden gevraagd.
 Conclusie kosten/middelen: Nood aan extra financiering t.w.v. €80 800 (eenmalig) en €6000 jaarlijks.

4.7. Kortdurende interventie voor personen na een suïcidale crisis of suïcidepoging (VLESP)

Geschatte kost per jaar & looptijd

De kostenramingen in onderstaande tabel zijn louter indicatief en de looptijd van de actie kan wijzigen.

Looptijd: 2022-2030

Pilootstudie: 2022

Effectiviteitsstudie: 2023-2024

Implementatie: 2025-2030

	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4-8	Totaal (volledige looptijd)
Eenmalige kosten					
Loonkost	€ 67 800	€ 67 800	€ 67 800		€ 203 400
Werkingskost	€ 1 666,7	€ 1 666,7	€ 1 666,7		€ 5 000
Materiaalkost	€ 1 333,3	€ 1 333,3	€ 1 333,3		€ 4 000
Transport/ reiskosten					
Andere kosten	€ 7 523,3	€ 7 523,3	€ 7 523,3		€ 22 570
Totaal (eenmalig)	€ 78 323,3	€ 78 323,3	€ 78 323,3		€ 234 970
Jaarlijkse kosten					
Loonkost					
Werkingskost					
Materiaalkost					
Transport/ reiskosten				€ 2 000	€ 10 000
Andere kosten					
Totaal (jaarlijks)				€ 2 000	€ 10 000
Totaal (per jaar)	€ 78 323,3	€ 78 323,3	€ 78 323,3	€ 2 000	€ 244 970

Bronnen van middelen

Dit voorstel valt binnen de reguliere middelen van VLESP

Conclusie kosten/middelen: Geen nood aan extra middelen.

4.8. Groepstraining voor suïcidale jongeren (VLESP)

Geschatte kost per jaar & looptijd

De kostenramingen in onderstaande tabel zijn louter indicatief en de looptijd van de actie kan wijzigen.

Looptijd: 2026-2030

Ontwikkeling: 2026-2028

Implementatie: 2029-2030

Enmalige kosten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Totaal
Loonkost	€ 64 000	€ 64 000	€ 64 000	€ 192 000
Werkingskost	€ 5833,33	€ 5833,33	€ 5833,33	€ 17 500
Materiaalkost	€ 5000	€ 5000	€ 5000	€ 15 000
Transport/ reiskosten	€ 666,67	€ 666,67	€ 666,67	€ 2 000
Andere kosten	€ 8056,67	€ 8056,67	€ 8056,67	€ 24 170
Totaal	€ 83 556,67	€ 83 556,67	€ 83 556,67	€ 250 670

Bronnen van middelen

Deze actie wordt opgenomen binnen de reguliere middelen van VLESP

VLESP zal trekker en uitvoerder zijn van het onderzoek. Om af te toetsen of de inhoud en vorm van de training voldoende aansluiten op de noden, zal bij aanvang van het project **twee stakeholdersgroepen** worden opgesteld waarin 1) suïcidale jongeren worden vertegenwoordigd en 2) hulpverleners worden vertegenwoordigd die met suïcidale jongeren werken (o.a. CGG-SP, GGZ netwerken kinderen en jongeren, JAC, Tejo, CLB, Awel, Ambrassade, ...).

Conclusie kosten/middelen: Geen nood aan extra middelen
--

Substrategie 3. Zorgcontinuïteit voor suïcidale personen bevorderen

4.9. Zorgcontinuïteit en ketenzorg voor suïcidale personen vertrekkend vanuit de hulplijnen (CPZ, Tele-onthaal)

Geschatte kost per jaar & looptijd

De kostenramingen in onderstaande tabel zijn louter indicatief en de looptijd van de actie kan wijzigen.

Looptijd: 2022-2030

Verkenningfase: 2022-2023.

Pilootfase: 2024-2026 als pilootproject, waarna het eventueel kan ingebed worden in de reguliere werking van de Zelfmoordlijn.

	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3-8	Totaal (volledige looptijd)
Eenmalige kosten				
Loonkost	€ 83 650	€ 83 650		167 300
Werkingskost				
Materiaalkost				
Transport/ reiskosten				
Andere kosten				
Totaal (eenmalig)	€ 83 650	€ 83 650		€ 167 300
Jaarlijkse kosten				
Loonkost	€ 167 500	€ 167 500	€ 167 500	€ 1 340 000
Werkingskost				
Materiaalkost				
Transport/ reiskosten				
Andere kosten				
Totaal (jaarlijks)	€ 167 500	€ 167 500	€ 167 500	€ 1 340 000
Totaal (per jaar)				

Bronnen van middelen

Opstart: Onderzoek & ontwikkeling in piloot wordt voorzien vanuit VLESP of extra middelen indien het niet binnen VLESP kan; t.w.v. €140.500

Netwerk- en ketenzorg (stafmedewerker CPZ en stafmedewerker Tele-Onthaal) valt binnen de reguliere werking van beide organisaties; t.w.v. €26.800

De jaarlijkse kosten rond follow-up zijn extra, hiervoor is bijkomend budget nodig, t.w.v. €167.500

Conclusie kosten/middelen: er worden extra middelen gevraagd voor de opstartkosten t.w.v. €140.500 en recurrente, jaarlijkse kosten voor de duurtijd van VASIII t.w.v. €167 500

4.10. Netwerken GGZ: Evaluatie en ontwikkeling zorgaanbod en follow-up systeem voor suïcidale personen (FOD Volksgezondheid, Zorgnet Icuuro, Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie, VLESP)

Geschatte kost per jaar & looptijd

De kostenramingen in onderstaande tabel zijn louter indicatief en de looptijd van de actie kan wijzigen.

Looptijd: 2022-2030

Verdere timing is nog te bepalen, te onderzoeken vanaf 2022-2023.

	Jaar 1	Jaar 2-6 (kosten per jaar)	Totaal (volledige looptijd)
Eenmalige kosten			
Loonkost	€ 331 662,09		
Werkingskost			
Materiaalkost			
Transport/ reiskosten			
Andere kosten			
Totaal (eenmalig)	€ 331 662,09		€ 331 662,09
Jaarlijkse kosten			
Loonkost		€ 428 137	
Werkingskost			
Materiaalkost			
Transport/ reiskosten			
Andere kosten			
Totaal (jaarlijks)		€ 428 137	€ 2 140 685
Totaal (per jaar)	€ 331 662,09	€ 428 137	€ 2 472 347,09

Bronnen van middelen

Het volledige voorstel is te financieren met extra middelen.

Conclusie kosten/middelen: Nood aan extra middelen: eenmalige kosten t.w.v. € 331 662,09 en jaarlijkse kosten (voor 5 jaar) € 428 137.

4.11. Interdisciplinaire intervisie op Eerste Lijns Zones (Domus medica)

Geschatte kost per jaar & looptijd

De kostenramingen in onderstaande tabel zijn louter indicatief en de looptijd van de actie kan wijzigen.

Looptijd: vóór 2026

Eenmalige kosten	Over 1,5 jaar
Loonkost	€ 12 120
Werkingskost	€ 1 815
Materiaalkost	€ 7 280
Transport/ reiskosten	
Andere kosten	
Totaal	€ 21 215

Belangrijk dat gratis moderator wordt aangeboden/aangeduid die dit proces kan begeleiden.
Gesuggereerde timing vóór 2026, maar nog verder te concretiseren.

Bronnen van middelen

Deze actie wordt volledig met extra middelen gefinancierd.

Conclusie kosten/middelen: nood aan extra middelen t.w.v. €21 215
--

Strategie 5 - Postventie na suïcide & ondersteuning nabestaanden

Substrategie 1. Laagdrempelige informatie en hulp aanbieden aan nabestaanden

5.1. Laagdrempelige informatie en hulp voor nabestaanden

(Werkgroep Verder na Zelfdoding, VLESP)

Geschatte kost per jaar & looptijd

De kostenramingen in onderstaande tabel zijn louter indicatief en de looptijd van de actie kan wijzigen.

Looptijd: 2022-2030

Ontwikkeling: 2022-2025

Implementatie: 2025-2030

	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 5-8	Totaal (volledige looptijd)
Eenmalige kosten						
Loonkost	€ 9 325	€ 9 325	€ 9 325	€ 9 325		€ 37 300
Werkingskost	€ 40 000	€ 40 000	€ 40 000	€ 40 000		€ 160 000
Materiaalkost						
Transport/ reiskosten	€ 112,5	€ 112,5	€ 112,5	€ 112,5		€ 450
Andere kosten						
Totaal (eenmalig)	€ 49 437,5	€ 49 437,5	€ 49 437,5	€ 49 437,5		€ 197 750
Jaarlijkse kosten						
Loonkost	€ 29 000	€ 29 000	€ 29 000	€ 29 000	€ 29 000	€ 261 000
Werkingskost						
Materiaalkost						
Transport/ reiskosten	€ 2 000	€ 2 000	€ 2 000	€ 2 000	€ 2 000	€ 18 000
Andere kosten						
Totaal (jaarlijks)	€ 31 000	€ 31 000	€ 31 000	€ 31 000	€ 31 000	€ 279 000
Totaal (per jaar)	€ 80 437,5	€ 80 437,5	€ 80 437,5	€ 80 437,5	€ 31 000	€ 476 750

Bronnen van middelen

Deze actie kan opgenomen worden binnen de reguliere werking van VLESP

Conclusie kosten/middelen: Geen nood aan extra middelen

Substrategie 3. Ondersteuning bij postventie na een suïcide

5.2. Deskundigheidsbevordering van hulpverleners m.b.t. postventie (Werkgroep Verder na Zelfdoding, VLESP)

Geschatte kost per jaar & looptijd

De kostenramingen in onderstaande tabel zijn louter indicatief en de looptijd van de actie kan wijzigen.

Looptijd: 2022-2030

Ontwikkeling: 2022

Implementatie: 2023-2030

	Jaar 1	Jaar 2-9	Totaal (volledige looptijd)
Eenmalige kosten			
Loonkost	€ 24 300		€ 24 300
Werkingskost			
Materiaalkost	€ 3 000		€ 3 000
Transport/ reiskosten			
Andere kosten			
Totaal (eenmalig)	€ 27 300		€ 27 300
Jaarlijkse kosten			
Loonkost		€ 20 550	€ 164 400
Werkingskost		€ 625	€ 5000
Materiaalkost			
Transport/ reiskosten		€ 125	€ 1000
Andere kosten			
Totaal (jaarlijks)		€ 21 300	€ 170 400
Totaal (per jaar)	€ 27 300	€ 21 300	€ 197 700

Bron van middelen

Deze actie kan opgenomen worden binnen de reguliere werking van VLESP

Conclusie kosten/middelen: Geen nood aan extra middelen
--

5.3. Methodiek voor ondersteuning bij postventie na een suïcide (Werkgroep Verder na Zelfdoding, VLESP)

Geschatte kost per jaar & looptijd

De kostenramingen in onderstaande tabel zijn louter indicatief en de looptijd van de actie kan wijzigen.

Looptijd: 2023-2030

Ontwikkeling: 2023 – 2025

Implementatie: 2026-2030

	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4-8	Totaal (volledige looptijd)
Eenmalige kosten					
Loonkost	€ 24 267	€ 24 267	€ 24 267		€ 72 800
Werkingskost					
Materiaalkost	€ 3333	€ 3333	€ 3333		€ 10 000
Transport/ reiskosten					
Andere kosten					
Totaal (eenmalig)	€ 27 600	€ 27 600	€ 27 600		€ 82 800
Jaarlijkse kosten					
Loonkost	€ 40 200	€ 40 200	€ 40 200	€ 40 200	€ 321 600
Werkingskost	€ 1000	€ 1000	€ 1000	€ 1000	€ 8000
Materiaalkost					
Transport/ reiskosten	€ 6500	€ 6500	€ 6500	€ 6500	€ 52 000
Andere kosten					
Totaal (recurrent)	€ 47 700	€ 47 700	€ 47 700	€ 47 700	€ 381 600
Totaal (per jaar)	€ 75 300	€ 75 300	€ 75 300	€ 47 700	€ 464 400

Bronnen van middelen

Deze actie kan opgenomen worden binnen de reguliere werking van VLESP

Conclusie kosten/middelen: Geen nood aan extra middelen
--

Strategie 6 - Onderzoek naar suïcidaliteit, monitoring van cijfers en evaluatie van het actieplan

Substrategie 1. Wetenschappelijk onderzoek naar suïcidaliteit, risicogroepen en effectiviteit van acties

6.1. Onderzoek naar het effect van een richtlijnconforme en hoopvolle verhaallijn in fictie (VLESP)

Geschatte kost per jaar & looptijd

De kostenramingen in onderstaande tabel zijn louter indicatief en de looptijd van de actie kan wijzigen.

Looptijd: 1,5 jaar, indien de opportuniteit zich voordoet

Enmalige kosten	Jaar 1,5
Loonkost	€ 14 200
Werkingskost	€ 4 000
Materiaalkost	
Transport/ reiskosten	
Andere kosten	€ 1 420
Totaal	€ 19 620

Bronnen van middelen

Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie is trekker en uitvoerder van het onderzoek. Het onderzoek zal uitgevoerd worden in nauwe samenwerking met de desbetreffende producer en evt. ook met culturele centra. Het Vlaams Audiovisueel Fonds kan ook een mogelijke partner zijn.

Dit voorstel vereist financiering via extra middelen.

Conclusie kosten/middelen: Extra middelen nodig t.w.v. €19 620

6.2. Onderzoek naar de impact van suïcide in de media (VLESP)

Geschatte kost per jaar & looptijd

De kostenramingen in onderstaande tabel zijn louter indicatief en de looptijd van de actie kan wijzigen.

Looptijd: 2025-2026

Enmalige kosten	Jaar 1	Jaar 2	Totaal
Loonkost	€ 1650	€ 1650	€ 32 100
Werkingskost	€ 2500	€ 2500	€ 5 000
Materiaalkost	€ 200	€ 200	€ 400
Transport/ reiskosten	€ 1875	€ 1875	€ 3 750
Andere kosten			
Totaal	€ 20 625	€ 20 625	€ 41 250

Het VLESP is trekker en uitvoerder van dit onderzoek. Voor de implementatie van de aanbevelingen en de mogelijke richtlijnen die daaruit voortvloeien, kunnen mediaprofessionals betrokken worden. Dit voorstel vereist financiering via extra middelen.

Conclusie kosten/middelen: Extra middelen nodig t.w.v. €41 250

6.3. Onderzoek naar risicoberoepen (VLESP)

Geschatte kost

De kostenramingen in onderstaande tabel zijn louter indicatief en de looptijd van de actie kan wijzigen.

Looptijd: 2024

.

Loonkost	€ 88 000
Werkingskost	€ 2500
Overheadkost UGent 10%	€ 9 050
Totaal	€ 99 550

Conclusie kosten/middelen: Eenmalige kost van 99 550€

Substrategie 2. Actuele registratie van suïcidaal gedrag

6.3. Actuele en gedetailleerde suïcidecijfers en cijfers van suïcidepogingen (EZO, VAZG)

Geschatte kost per jaar en looptijd

Onderstaande kostenraming is voor het Registratieproject Suïcidepogingen dat door de Eenheid voor Zelfmoordonderzoek, UGent wordt uitgevoerd.

Looptijd: 2022-2030.

Jaarlijkse kosten	
Loonkost	€ 120 000
Werkingskost	€ 2500
Overheadkost UGent 10%	€ 12 250
Totaal	€ 134 750

Conclusie kosten/middelen: Jaarlijkse kosten van ongeveer 135 000€

BIJLAGE 6 – Timing

Strategie	Actie	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
1. Suïcidepreventie bij de hele bevolking	1.1. Mentaal welbevinden in het basis-, secundair en hoger onderwijs	Doorheen VAS III								
	1.2. Preventie in de schoolsetting via het project Warme Scholen	Doorheen VAS III								
	1.3. Implementatie van de Geluksdriehoek	Doorheen VAS III								
	1.4. Mentaalmaatje: Campagne over peer support	Ontwikkeling			Implementatie doorheen VAS III					
	1.5. Deskundigheidsbevordering en psycho-educatie over medicatiebeheer	Ontwikkeling			Implementatie					
	1.6. Richtlijnen m.b.t. het beperken van de toegang tot methodes						Ontwikkeling		Implementatie	
2. Deskundigheidsbevordering van professionelen en sleutelfiguren	2.1. Deskundigheidsbevordering van (toekomstige) zorg- en hulpverleners via een Virtual Reality Tool	Piloot		Implementatie		Uitwerking extra scenario's				
	2.2. Deskundigheidsbevordering		Ontwikkeling		Implementatie					

	g van huisartsen via een LOK pakket				
	2.3. Denktank en pilootproject Werksetting				
	2.4. Deskundigheidsbevordering van VDAB-bemiddelaars	Ontwikkeling	Implementatie		
3. Suïcidepreventie bij kwetsbare groepen	3.1. Versterken van mentaal welbevinden bij jongeren uit kwetsbare posities	Ontwikkeling	Implementatie		
	3.2. Versterken van mentaal welbevinden bij werklozen	Ontwikkeling	Implementatie		
	3.3. Suïcidepreventie op maat van land- en tuinbouwers				
4. Preventie bij suïcidale personen & ondersteuning naasten	4.1. Zelfhulp-app voor suïcidale jongeren		Ontwikkeling	Implementatie	
	4.2. Zelfzorggroep voor ervaringsgenoten na een suïcidepoging			Piloot	Implementatie
	4.3. Richtlijn voor de detectie en behandeling van suïcidale gedachten en gedrag bij kinderen en jongeren	Ontwikkeling		Implementatie	
	4.4. Richtlijn voor de detectie en behandeling van suïcidale gedachten en	Ontwikkeling		Implementatie	

	gedrag bij personen met autisme				
	4.5. Richtlijn voor de detectie en behandeling van suïcidale gedachten en gedrag bij chronische suïcidaliteit	Ontwikkeling		Implementatie	
	4.6. Tool voor hulpverleners om suïcidale gedachten en gedrag met jongeren te bespreken	Ontwikkeling		Implementatie	
	4.7. Kortdurende interventie voor personen na een suïcidale crisis of suïcidepoging	Piloot	Effectiviteitsstudie	Implementatie	
	4.8. Groepstraining voor suïcidale jongeren				Ontwikkeling Implementatie
	4.9. Zorgcontinuïteit en ketenzorg voor suïcidale personen vanuit de hulplijnen	Verkenning	Piloot		Implementatie
	4.10. Netwerken GGZ: Evaluatie en ontwikkeling zorgaanbod en follow-up systeem voor suïcidale personen	Looptijd te onderzoeken	Evaluatie, ontwikkeling en implementatie (verdere timing nog te bepalen)		
	4.11. Interdisciplinaire intervisie op Eerste Lijns Zones	Gesuggereerde timing vóór 2026			
	5.1. Laagdrempelige informatie en hulp voor nabestaanden	Ontwikkeling		Implementatie	

5. Postventie na suïcide & ondersteuning nabestaanden	5.2. Deskundigheidsbevordering van hulpverleners m.b.t. postventie	Ontwikkeling	Implementatie	
	5.3. Methodiek voor ondersteuning bij postventie na een suïcide		Ontwikkeling	Implementatie
6. Onderzoek naar suïcidaliteit, monitoring van cijfers en evaluatie van het actieplan	6.1. Onderzoek naar het effect van een richtlijnconforme verhaallijn in fictie	Indien opportuniteit zich voordoet		
	6.2. Onderzoek naar de impact van suïcide in de media		Uitvoering	
	6.3. Onderzoek naar risicoberoepen	Uitvoering		
	6.4. Actuele en gedetailleerde suïcidecijfers	Doorheen VAS III		

