VLESP | Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie

Vlaams Actieplan Suïcidepreventie II 2012-2020

Tussentijdse evaluatie

Rotsaert Ine
Kirsten Pauwels
Prof. dr. Cornelis van Heeringen
Prof. dr. Gwendolyn Portzky
Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie
Universiteit Gent
info@vlesp.be

VLAAMS ACTIEPLAN SUICIDEPREVENTIE 2012-2020

Vlaanderen is zorg

Inhoudstafel

INHOUDSTAFEL I

LIJST MET FIGUREN IV

1. INLEIDING 1

1.1 VAS II 1

1.2 DOEL TUSSENTIJDSE EVALUATIE 4

1.3 METHODOLOGIE 4

1.4 ACTOREN 7

1.4.1 Vlaamse Werkgroep 7

1.4.2 Deelnemende actoren 8

2. GEZONDHEIDSDOELSTELLING 11

2.1 SUÏCIDES 11

Leeftijdsgroep 16-29 jaar 12

Leeftijdsgroep 30-44 jaar 13

Leeftijdsgroep 45-59 jaar 14

Leeftijdsgroep 60-75 jaar 15

Leeftijdsgroep 75+ 16

2.2 POGINGEN 17

2.3 SUÏCIDALE IDEATIE 19

2.3.1 Cijfers Gezondheidsenquête 19

2.3.2 Cijfers studie Jongeren en Gezondheid 21

2.4 CONCLUSIE GEZONDHEIDSDOELSTELLING 22

3. BIJKOMENDE INDICATOREN 24

3.1 TOENAME VAN KENNIS OVER GEESTELIJKE GEZONDHEID (-SPROBLEMEN) EN DE MOGELIJKHEDEN VAN BEHANDELING VAN GEESTELIJKE GEZONDHEIDSPROBLEMEN 24

3.1.1. Beschikbare informatie 24

3.1.2. Conclusie 25

3.2 TOENAME VAN HULPZOEKGEDRAG 25

3.2.1 Cijfermateriaal CGG 25

3.2.2 CASE-study: 2000 vs. 2015 27

3.2.3 Onderzoek Lucas & Te Gek!? 29

3.2.4 Conclusie 30

3.3 VERBETERING IN KWALITEIT EN KWANTITEIT VAN BERICHTGEVING OVER SUÏCIDE IN DE MEDIA 30

3.3.1. Beschikbare informatie 30

3.3.2. Conclusie 31

3.4 BESCHIKBAARHEID EN TOEGANKELIJKHEID VAN DODELIJKE MIDDELEN, GEBRUIK BIJ SUÏCIDAAL GEDRAG, EN TOEGANKELIJKHEID VAN SUÏCIDE HOT SPOTS 32

3.4.1. Beschikbare informatie 32

3.4.2. Conclusie 34

3.5 ATTITUDES, KENNIS, ANGST, ZELFVERTROUWEN, VROEGE HERKENNING, VAARDIGHEDEN IN RISICOBEPALING EN OMGAAN MET SUÏCIDALE MENSEN 35

3.5.1. Beschikbare informatie 35

3.5.2. Conclusie 36

3.6 KWALITATIEVE FEEDBACK VAN GEBRUIKERS VAN VOORZIENINGEN, I.E. GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG, INTERNETFACILITEITEN ZOALS CRISISHULP EN E-MENTAL HEALTH 37

3.7 ALGEMENE CONCLUSIE BIJKOMENDE INDICATOREN 37

4. ACTIES 39

4.1 BINNEN VAS II 39

4.1.1 Strategie 1: Geestelijke gezondheidsbevordering met betrekking tot individu en maatschappij 39

4.1.1.1 Fit in je Hoofd en aanverwanten 40

4.1.1.2 Ondersteuningsvaardigheden bij ouders 50

4.1.1.3 Netwerkgroepen voor ouderen 52

4.1.1.4 Het doorbreken van stigma en het aanmoedigen van hulpzoekend gedrag 54

4.1.1.5 Preventiecoaches 59

4.1.1.6 Richtlijnen m.b.t. berichtgeving over zelfdoding 64

4.1.1.7 Conclusie strategie 1 70

4.1.2 Strategie 2: Suïcidepreventie door laagdrempelige telefonische en online hulp 72

4.1.2.1 Zelfmoord1813 72

4.1.2.2 Zelfmoordlijn 75

4.1.2.3 Preventie 2.0 82

4.1.2.4 Serious Game 87

4.1.2.5 BackUp 88

4.1.2.6 Think Life 91

4.1.2.7 Conclusie strategie 2 98

4.1.3 Strategie 3: Bevorderen van deskundigheid en netwerkvorming bij intermediairs 99

4.1.3.1 Deskundigheidsbevordering 99

4.1.3.2 Posterstudie 106

4.1.3.3 ASPHA 108

4.1.3.4 Conclusie strategie 3 111

4.1.4 Strategie 4: Strategieën voor specifieke risicogroepen 112

4.1.4.1 Zorg voor Suïcidepogers 112

4.1.4.2 Nieuwe behandelvormen voor suïcidale personen 121

4.1.4.3 VDIP 122

4.1.4.4 Zorg voor nabestaanden 125

4.1.4.5 Huisartsen 133

4.1.4.6 LGBT 135
4.1.4.7 Awel-studie 137
4.1.4.8 ABFT 138
4.1.4.9 Conclusie strategie 4 140
4.1.5 Strategie 5: De ontwikkeling en implementatie van aanbevelingen en hulpmiddelen voor de preventie van suïcide 141
4.1.5.1 Aanbevelingen voor de preventie van suïcide (Euregenas) 141
4.1.5.2 Aanbevelingen voor vroegdetectie, vroeginterventie en behandeling van suïcidaal gedrag (Multidisciplinaire richtlijn) 144
4.1.5.3 Aanbevelingen voor ketenzorg voor suïcidale personen 145
4.1.5.4 Conclusie strategie 5 146
4.2 NIET GEFINANCIERD DOOR DE VLAAMSE OVERHEID 147
4.2.1 MindMates 147
4.2.2 Leerstoelen 149
4.2.3 Warme Steden 151
4.3 BIJKOMENDE INITIATIEVEN 154
5. CONCLUSIE 155
5.1. GEZONDHEIDSDOELSTELLING 155
5.2 VOOROPGESTELDE STRATEGIEËN IN HET VAS II 156
5.3 VOOROPGESTELDE ACTIES IN HET VAS II 157
5.4 NIEUWE ACTIES IN HET VAS II, OPVOLGING NODEN 158
5.5 AANBEVELINGEN 158
6. REFERENTIES 160
BIJLAGE 1: BIJKOMENDE ACTIES EN PROJECTEN A

Lijst met figuren

0 Figuren Inleiding

Fig. A: Schematische voorstelling Vlaams Actieplan Suïcidepreventie

Fig. B: Evidence-based strategieën in de preventie van suïcide

1 Figuren Gezondheidsdoelstelling

Fig. 1.1: Evolutie mannen 16-29j, 2000-2014

Fig. 1.2: Evolutie vrouwen 16-29j, 2000-2014

Fig. 1.3: Evolutie mannen 30-44j, 2000-2014

Fig. 1.4: Evolutie vrouwen 30-44j, 2000-2014

Fig. 1.5: Evolutie mannen 45-59j, 2000-2014

Fig. 1.6: Evolutie vrouwen 45-59j, 2000-2014

Fig. 1.7: Evolutie mannen 60-75j, 2000-2014

Fig. 1.8: Evolutie vrouwen 60-75j, 2000-2014

Fig. 1.9: Evolutie mannen 75j+, 2000-2014

Fig. 1.10: Evolutie vrouwen 75j+, 2000-2014

Fig. 1.11: Event-based rate-evolutie van suïcidepogingen per 100.000 inwoners in Vlaanderen volgens geslacht, 1999-2015

Fig. 1.12: Suïcidepogingen per leeftijdscategorie, 2016

Fig. 1.13: Percentage van de bevolking (van 15 jaar en ouder) met zelfmoordgedachten volgens leeftijd en geslacht, Gezondheidsenquête, 2004, België – Vlaams Gewest

Fig. 1.14: Percentage van de bevolking (van 15 jaar en ouder) dat zelfmoordgedachten heeft gehad in de loop van hun leven

Fig. 1.15: Percentage van de bevolking (van 15 jaar en ouder) dat zelfmoordgedachten heeft gehad in de loop van hun leven

Fig. 1.16: Percentage prevalentie zelfmoordgedachten, 2006, 2010, 2014

2 Figuren indicatoren

Fig. 2.1: Cijfers Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg, 2012-2015

Fig. 2.2: Nieuwe dossiers waarbij suïcideproblematiek/suïcidegedachten als hoofdproblematiek benoemd werd

Fig. 2.3: Dossiers in behandeling (zowel nieuwe dossiers als dossiers gestart in de jaren ervoor) waarbij er sprake is van suïciderisico

Fig. 2.4: Hulpzoekend gedrag bij Vlaamse adolescenten - opdeling naar geslacht. Een vergelijking tussen 2000 en 2015

Fig. 2.5: Zelfdodingen op het spoort t.o.v. zelfdodingen in het algemeen

Fig. 2.6: Zelfdodingen op het spoor t.o.v. zelfdodingen in het algemeen: jaarlijkse tendensen

3 Figuren VAS II

Fig.3.1 Figuren strategie 1

Fig. 3.1.a: Aantal bezoekers website Fit in je Hoofd, 2012-2016

Fig. 3.1.b: Aantal deelnemers coachingsplatform 'Mijn Veerkracht', 2015-2016

Fig. 3.1.c: Aantal downloads Fit in je Hoofd-app

Fig. 3.1.d: Aantal verspreide posters en brochures Fit in je Hoofd, 2012-2015

Fig. 3.1.e: Resultaten tevredenheidsmeting Goed-Gevoel-Stoel, 2012

Fig. 3.1.f: Aantal bezoekers website NokNok, 2012-2016

Fig. 3.1.g: Aantal bezoekers website Geestelijk Gezond Vlaanderen, 2012-2016

Fig. 3.1.h: Verspreiding flyers met als thema 'rouw' en 'suïcide' + verspreiding van alle flyers, 2012-2016

Fig. 3.1.i: Aantal handtekening charter Geestelijk Gezond Vlaanderen, 2012-2016

Fig. 3.1.j: Aantal contacten met journalisten in het kader van de mediarichtlijnen, 2012-2016

Fig. 3.1.k: Aantal journalisten en/of studenten bereikt via vorming, 2012-2016

Fig. 3.2 Figuren strategie 2

Fig. 3.2 a: Aantal bezoekers website, 2015-2016

Fig. 3.2.b: Top vijf van de meest bezochte pagina's, naast de homepage, 2016

Fig. 3.2.c: Aantal oproepen Zelfmoordlijn, opgesplitst naar de verschillende kanalen, 2012-2016

Fig. 3.2.d: Aantal vrijwilligers werkzaam aan de Zelfmoordlijn, 2012-2016

Fig. 3.2.e: Aantal meldingen meldknop, 2012-2015

Fig. 3.2.f: Aantal zoektermen, aantal keer dat de advertentie werd getoond + Click-Through-Rate, 2012-2016

Fig. 3.2.g: Bereik sociale media, 2012-2016

Fig. 3.2.h: Beoordeling van de vorm waarin Think Life werd aangeboden

Fig. 3.2.i: Beoordeling van de inhoud van Think Life: vond de deelnemer de onderdelen zinvol?

Fig. 3.2.j: Beoordeling van Think Life in relatie tot suïcidale gedachten

Fig. 3.2.k: Depressieve klachten: verloop van de gemiddelde BDI-scores per meetmoment

Fig. 3.2.l: Hopeloosheid: verloop van de gemiddelde BHS-scores per meetmoment

Fig. 3.2.m: Piekeren: verloop van de gemiddelde PSWQ-scores per meetmoment

Fig. 3.2.n: Angst: verloop van de gemiddelde HADS-A-scores per meetmoment

Fig. 3.3 Strategie 3

Fig. 3.3.a: Vormingen werkingsgebied CGG-SP: activiteiten en deelnemers, 2012-2016

Fig. 3.3.b: Vormingen in het kader van Zorg voor Pogers: activiteiten en deelnemers, 2012-2016

Fig. 3.3.c: Intermediaire doelgroepen vormingen CGG-SP 2016

Fig. 3.3.d: Vormingen CPZ: aantal bereikte mensen (studenten + intermediairs) via vorming, 2012-2016

Fig. 3.3.e: Bereik vormingen Werkgroep Verder + resultaten tevredenheidsmeting, 2012-2016

Fig. 3.3.f: Aantal oproepen ASPHA, 2012-2016

Fig. 3.3.g: Verspreiding folders ASPHA, 2012-2016

Fig. 3.4 Strategie 4

Fig. 3.4.a: Aantal deelnemende ziekenhuizen IPEO, 2012-2016

Fig. 3.4.b: Aantal deelnemende instellingen KIPEO, 2012-2016

Fig. 3.4.c: Aantal deelnemers vormingen, 2012-2016

Fig. 3.4.d: Sensibilisering: Vorming waarin Zorg voor Pogers wordt opgenomen, 2012-2016

Fig. 3.4.e: Tevredenheidsbevraging IPEO bij 26 ziekenhuizen in 2012

Fig. 3.4.f: Tevredenheidsbevraging IPEO bij 26 ziekenhuizen in 2013

Fig. 3.4.g: Tevredenheidsbevraging IPEO bij 26 ziekenhuizen in 2014

Fig. 3.4.h: Tevredenheidsbevraging IPEO bij 10 ziekenhuizen in 2015

Fig. 3.4.i: Tevredenheidsbevraging IPEO bij 24 ziekenhuizen in 2016

Fig. 3.4.j: Tevredenheidsbevraging KIPEO bij de algemene ziekenhuizen, 2015-2016- absolute cijfers

Fig. 3.4.k: Tevredenheidsbevraging KIPEO bij de CGG's, 2015-2016 – absolute cijfers

Fig. 3.4.l: Tevredenheidsbevraging KIPEO bij kinderpsychiatrische diensten, 2015-2016 – absolute cijfers

Fig. 3.4.m: Tevredenheidsbevraging KIPEO bij 13 CLB's in 2015

Fig. 3.4.n: Bereik platform On Track Again 2013-2016

Fig. 3.4.o: Aantal actieve zorgperiodes VDIP 2014-2015

Fig. 3.4.p: Bereik online gespreksgroepen, 2012-2016

Fig. 3.4.q: Bereik offline gespreksgroepen, 2012-2016

Fig. 3.4.r: Bereik Dag van de Nabestaanden, 2012-2016

Fig. 3.4.s: Bereik 1 Mei – Wandeling, 2012-2016

Fig. 3.4.t: Bereik online forum, 2012-2016

4 Conclusie en aanbevelingen

Fig. 4.1: Evidence-based strategieën in de preventie van suïcide

1. Inleiding

1.1 VAS II

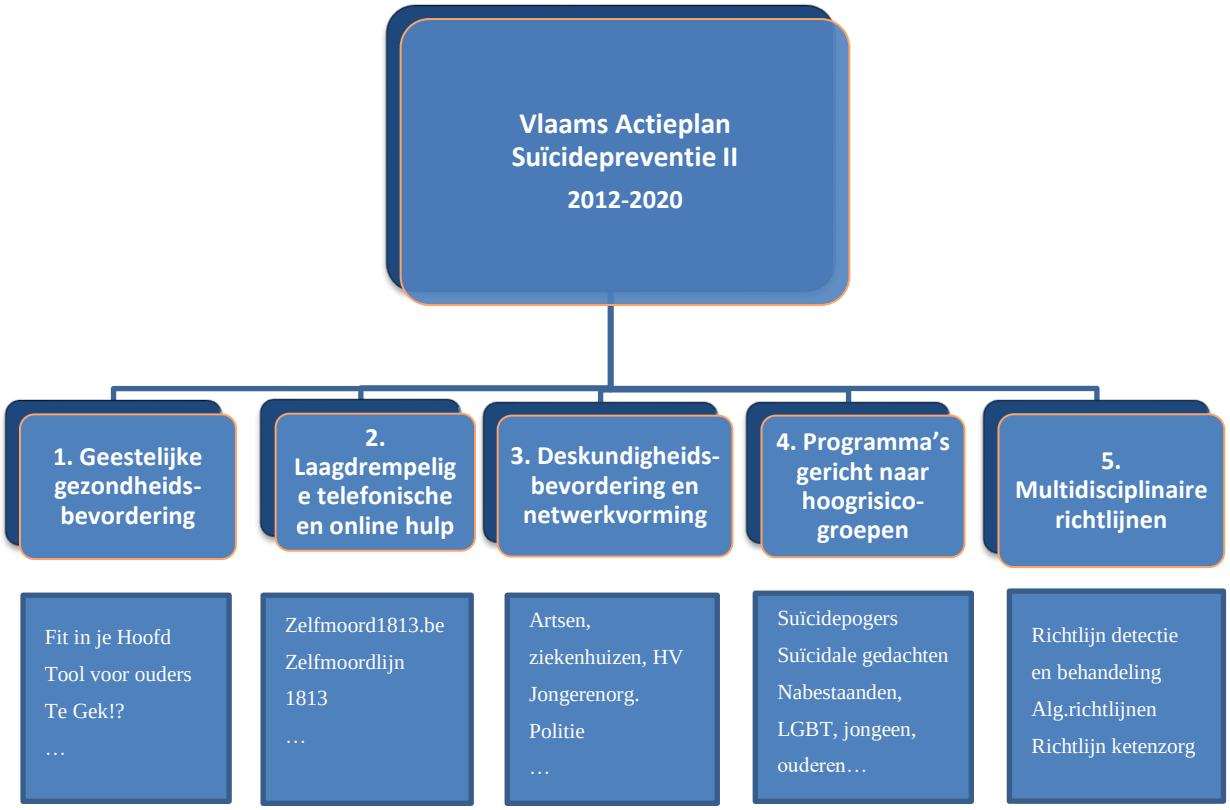
In 2002 organiseerde toenmalig Vlaams minister van Volksgezondheid Mieke Vogels, een gezondheidsconferentie over de preventie van depressie en zelfdoding. Deze conferentie gaf de aanzet voor een ontwerp van een gezondheidsdoelstelling. Deze luidde als volgt: "***De sterfte door zelfdoding bij mannen en vrouwen moet tegen 2010 verminderd zijn met 8% ten opzichte van 2000".*** Om deze doelstelling te behalen, werd in 2006 het eerste Vlaams Actieplan Suïcidepreventie uitgewerkt, bestaande uit verschillende concrete acties. Na afloop van het actieplan in 2010 werden deze acties geëvalueerd.

In 2010 liep de zesde gezondheidsdoelstelling betreffende de preventie van suïcide en het bijhorende actieplan af. Eind 2011 werd dan ook door huidig Vlaams Minister voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, Jo Vandeurzen, een tweede Gezondheidsconferentie Suïcidepreventie georganiseerd. Naar analogie met de zesde doelstelling van de Wereldgezondheidsorganisatie, werd de hieruit volgende Vlaamse gezondheidsdoelstelling suïcidepreventie als volgt voorgesteld: *"**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 voorstel omvat vijf strategieën, zijnde

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

Onder elke strategie vallen verschillende acties[1] die verder worden toegelicht in dit rapport. Hieronder kan een schematische weergave van het VAS worden teruggevonden.

Fig. A: Schematische voorstelling Vlaams Actieplan Suïcidepreventie

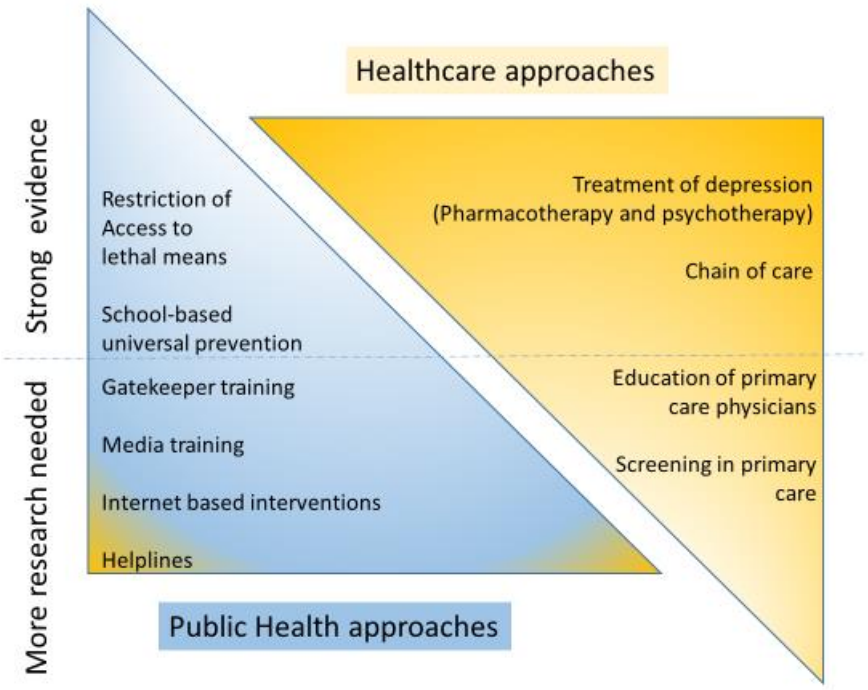


[1] Actie en strategie zijn niet hetzelfde. Een strategie is meer conceptueel, een algemene methode of benadering, bijvoorbeeld, restrictie van middelen, deskundigheidsbevordering, screening, aandacht voor risicogroepen, crisisopvang, geestelijke gezondheidspromotie, etc.

Een actie is de concrete uitwerking van zo'n strategie, zoals bijvoorbeeld Fit in je Hoofd een specifiek uitgewerkte campagne voor geestelijke gezondheidspromotie in Vlaanderen is, met een concrete timing, doelstellingen, werkwijze, ...

In deze tussentijdse evaluatie is het ook belangrijk om de strategieën die in 2012 werden vooropgesteld in het Vlaams Actieplan te evalueren op basis van de meest recente wetenschappelijk evidentie omtrent suïcidepreventiestrategieën. De review-studie van Zalsman en collega's (2016) geeft een duidelijk overzicht van de huidige kennis en evidentie omtrent de strategieën die effectief zijn in de preventie van zelfdoding. In onderstaande figuur worden de preventiestrategieën weergegeven waarvoor momenteel wetenschappelijke evidentie is van de werkzaamheid, met daarbij een opsplitsing tussen strategieën met sterke evidentie en strategieën waarvoor reeds enige evidentie voorhanden is maar nog verder onderzoek nodig is. Vooral strategieën die restricties leggen op letale middelen of methoden blijken sterk geassocieerd te zijn met een daling in het aantal suïcides. Daarnaast blijkt universele preventie gericht naar scholen eveneens een dalend effect teweeg te brengen. Wat de strategieën binnen de gezondheidszorg betreft, is er vooral sterke evidentie voor de behandeling van depressie. Ten slotte gaat belangrijke aandacht uit naar ketenzorg. Deze maatregel, waar de continuïteit van zorg centraal staat, geeft sterk bewijs aan effectief te zijn in de preventie van suïcide. In de conclusie zal gereflecteerd worden naar de toepassing van deze strategieën binnen het Vlaams Actieplan Suïcidepreventie.

Fig. B: Evidence-based strategieën in de preventie van suïcide



Bron: Zalsman et al., 2016

1.2 Doel tussentijdse evaluatie

Aangezien de duurtijd van het tweede Vlaams Actieplan Suïcidepreventie reeds voorbij de helft zit, is het tijd om een stand van zaken te geven. Op die manier kunnen de verschillende initiatieven die aanwezig zijn binnen suïcidepreventie in beeld worden gebracht. De tussentijdse evaluatie is gebaseerd op vier indicatoren, nl. onderbouwing, bereik, tevredenheid en effectiviteit. Aan de hand hiervan is het mogelijk om enkele concrete aanbevelingen op te stellen, bestaande uit aandachtspunten die de organisaties kunnen bijsturen. Het is bijgevolg essentieel te benadrukken dat dit rapport tot doel heeft een overzicht te geven van het suïcidepreventielandschap in Vlaanderen. Dit houdt niet in dat een waarde of score zal worden toegekend aan elke actie dat in dit rapport werd opgenomen.

1.3 Methodologie

Voorafgaand aan de eigenlijke evaluatie van de verschillende acties, wordt er kort stilgestaan bij enkele indicatoren:

- Allereerst gaat er aandacht uit naar de **gezondheidsdoelstelling**. Hierbij zal een stand van zaken worden gegeven over de cijfers inzake suïcide, suïcidepogingen en suïcidale ideaties.

- Daarnaast worden enkele **vooropgestelde indicatoren** aangehaald, die door de overheid werden doorgegeven n.a.v. de takeninvulling van VLESP. Deze zijn: toename van kennis over geestelijke gezondheid (-sproblemen) en de mogelijkheden van behandeling van geestelijke gezondheidsproblemen; toename van hulpzoekgedrag; verbetering in kwaliteit en kwantiteit van berichtgeving over suïcide in de media; beschikbaarheid en toegankelijkheid van dodelijke middelen, gebruik bij suïcidaal gedrag en toegankelijkheid van suïcide hot spots; attitudes, kennis, angst, zelfvertrouwen, vroege herkenning, vaardigheden in risicobepaling en omgaan met suïcidale mensen; kwalitatieve feedback van gebruikers van voorzieningen, i.e. geestelijke gezondheidszorg, internetfaciliteiten zoals crisishulp en e-mental health. Om deze indicatoren in te vullen, werd gebruik gemaakt van aanwezige studies en registraties. Wegens de korte tijdsduur was het onmogelijk om hier nieuwe onderzoeken naar te verrichten. Enerzijds werden deze gegevens aangevuld aan de hand van een literatuurstudie, waarbij voornamelijk onderzoek vanaf 2012 werd opgenomen.

Daarnaast werd bij verschillende actoren afgetoetst of er informatie kon worden gevonden.

- Om de verschillende acties te evalueren, werden vier indicatoren gebruikt, nl. onderbouwing, bereik, tevredenheid en effectiviteit. Het eerste luik, "**onderbouwing**", gaat in op de wetenschappelijke basis die aan de oorsprong ligt van de actie. Hierbinnen wordt onder meer gepeild naar de reden voor het opstarten van deze actie. Verschillende zaken komen hier aan bod, zoals cijfermateriaal, literatuurstudies en studieprotocollen. Een tweede indicator, "**bereik**", toont aan hoeveel mensen gebruik maken van de aangeboden dienst- of hulpverlening. Dit gegeven kan breed worden ingevuld: aantal bezoekers op websites, aantal deelnemers aan activiteiten, de verdeling van folders en brochures etc. Ten derde wordt gepeild naar de **tevredenheid** van elke actie. Op die manier komt ook de mening van de gebruiker aan bod. Onder dit luik worden vooral resultaten van tevredenheidsbevragingen en gebruikersonderzoeken geplaatst. Ten slotte gaat er belangrijke aandacht uit naar de **effectiviteit** van elke actie.

Belangrijk hierbij op te merken is dat de resultaten van bestaand onderzoek, gevoerd door of in opdracht van de projecthouder, hieronder worden begrepen. Dit zijn voornamelijk resultaten van pilootstudies, effectonderzoeken en projectevaluaties. Bij bovenstaande indicatoren dient te worden opgemerkt dat de invulling voor elke actie varieert. Deze is namelijk afhankelijk van de beschikbaarheid van informatie. Voornamelijk de indicatoren "tevredenheid" en "effectiviteit" konden niet altijd worden ingevuld.

Om de indicatoren in te vullen, werd een eerste verkenning gedaan. Aan de hand van het Vlaams Actieplan Suïcidepreventie en de aanwezigheid van VLESP binnen de Vlaamse Werkgroep kon al een groot deel van de acties worden geïdentificeerd. Om een eerste zicht te krijgen over de inhoud van deze initiatieven werd de portaalsite van Zelfmoord1813 enerzijds en de individuele websites anderzijds geraadpleegd. Zo kon een eerste, beknopte invulling van elke actie worden gemaakt.

Om deze eerder beperkte informatie uit te breiden, werden de desbetreffende projecthouders gecontacteerd. Tijdens dit contactmoment werd informatie rond de actie uitgewisseld, om zo de vooropgestelde indicatoren in te vullen. Op die manier kon de expertise van de betreffende organisatie worden opgenomen binnen dit rapport. Na afloop van deze gesprekken werd een fiche opgesteld, waarbinnen de informatie vanuit de verkennende studie en de gesprekken werd gebundeld.

Om na te gaan of deze gegevens de actie voldoende dekten en of deze informatie goed werd geïnterpreteerd, werd deze fiche doorgestuurd naar de projecthouder in kwestie. Hierbij kon feedback worden gegeven op de neergeschreven informatie. Op die manier kon worden verzekerd dat de juiste gegevens werden opgenomen.

Ten slotte zullen, naar analogie met de doelstelling van deze evaluatie, enkele **aanbevelingen** worden opgesteld. Op die manier kunnen aandachtspunten worden meegegeven aan de verschillende partners binnen suïcidepreventie.

1.4 Actoren

1.4.1 Vlaamse Werkgroep

Op 5 december 2012 verscheen het Ministerieel besluit ter oprichting van de Vlaamse Werkgroep Suïcidepreventie ("Ministerieel besluit tot oprichting van de Vlaamse werkgroep suïcidepreventie," 2012). Het doel van een Vlaamse Werkgroep is om de expertise van diverse sectoren maximaal bij de uitbouw van het beleid te betrekken en om het draagvlak te verhogen in het kader van Gezondheidsconferenties of daarbuiten (Agentschap Zorg en Gezondheid, 2017). Specifiek voor de Werkgroep Suïcidepreventie gelden volgende opdrachten:

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

1.4.2 Deelnemende actoren

De acties die het suïcidepreventielandschap in Vlaanderen kleuren, worden georganiseerd door verschillende instanties en acties. Hieronder wordt elke partner die aan bod komt binnen deze evaluatie kort geïntroduceerd.

Het **Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie** (VLESP) is de partnerorganisatie van de Vlaamse Overheid voor de preventie van zelfdoding. Dit is een samenwerkingsverband tussen de Eenheid voor Zelfmoordonderzoek van de Universiteit Gent (*zie infra*) en het Centrum ter Preventie van Zelfdoding (*zie infra*). Deze organisatie zorgt voor een wetenschappelijke basis voor suïcidepreventie in Vlaanderen en biedt informatie en advies aan de overheid, relevante organisaties en de algemene bevolking. Bovendien ontwikkelen en ondersteunen ze wetenschappelijk onderbouwde methodieken en materialen aangaande suïcidepreventie en geestelijke gezondheidsbevordering. Ten slotte staat het VLESP in voor de inhoudelijke coördinatie van het Vlaams Actieplan Suïcidepreventie.

De **Eenheid voor Zelfmoordonderzoek** beoogt het stimuleren en coördineren van het wetenschappelijk onderzoek naar suïcidaal gedrag en behoort tot de Vakgroep Psychiatrie en Medische Psychologie, Universiteit Gent. Het onderzoeksprogramma van de Eenheid, dat door een multidisciplinair team wordt uitgevoerd, omvat studies naar epidemiologie, neurobiologie alsook naar de preventie en behandeling van suïcide.

Het **Centrum ter Preventie van Zelfdoding** is een vzw die sinds 1979 actief meewerkt aan het voorkomen van zelfdoding. Het CPZ werkt vanuit drie diensten, nl. de Zelfmoordlijn 1813, de Vormingsdienst en de Studiedienst. Een belangrijke missie van deze organisatie is het bespreekbaar maken van suïcidaliteit en mensen helpen omgaan met en verminderen van suïcidaliteit en het overbruggen van een suïcidale crisis.

Werkgroep Verder is een deelwerking van CGG Passant en werd in Vlaanderen erkend als organisatie met terreinwerking voor de zorg voor nabestaanden na suïcide. Werkgroep Verder biedt lotgenotencontact aan voor mensen die iemand verloren hebben door zelfdoding. Daarnaast wil deze organisatie ook sensibiliseren en het thema zelfdoding bespreekbaar maken.

Zorg voor Suïcidepogers is een deelwerking van DAGG Lommel en is als organisatie met terreinwerking gericht op suïcidepogers, een groep die een verhoogd risico heeft om te sterven door zelfdoding. Dit wordt ondernomen door ondersteuning aan te bieden aan professionals die instaan voor de opvang en zorg van suïcidepogers.

De opvang van de suïcidale patiënt vormt een belangrijk aandeel van het werk in een **Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg**. Binnen de CGG is de Suïcidepreventiewerking ingebed, waarbij de hulpverlening bij personen met een risico op suïcidaal gedrag wordt ondersteund. Deze organisatie speelt een belangrijke rol bij de deskundigheidsbevordering inzake suïcide.

Het **Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie** (VIGEZ) is een partnerorganisatie van de Vlaamse overheid en is een expertisecentrum dat strategieën, advies, opleidingen en methodieken leveren aan gezondheidsprofessionals.

Te Gek?! is een initiatief van Sint-Annendael Grauwzuster Diest. Deze organisatie streeft naar het bespreekbaar maken van geestelijke gezondheidsproblemen. In de Associatie Beeldvorming vormt Te Gek?! een partnerschap met de **Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheid** (VVGG). Ook deze organisatie ijvert voor een geestelijk gezond Vlaanderen. Deze organisatie werkt beleidsondersteunend en zet vervolgens in op een positieve beeldvorming en het aanbieden van informatie.

In Vlaanderen is er een belangrijke rol weggelegd voor het **Lokaal Gezondheidsoverleg** (Logo). Deze werkt onder meer mee aan het realiseren van meer veerkrachtige mensen. Het is bovendien zo dat de Logo's een belangrijke rol spelen in de implementatie van de acties die hierin zijn opgenomen.

Zorgnet Icuro zorgt voor de verspreiding van kennis en vorm een overlegplatform waar informatie en ideeën kunnen worden uitgewisseld. Het groepeert en vertegenwoordigt gezondheidsvoorzieningen, gaande van algemene ziekenhuizen, initiatieven in de geestelijke gezondheidszorg en ouderenzorg.

Het fonds **Ga voor Geluk** wil depressie en suïcide in Vlaanderen helpen voorkomen en op die manier bijdragen tot meer geluk in de samenleving. Er wordt voornamelijk ingezet op universele of primaire preventie.

Het **Hoger Instituut voor Gezinswetenschappen** is het kenniscentrum over en voor gezinnen van Odisee. Hierbinnen voert onderzoeker Alexandre Reynders onderzoek naar ondersteuningsvaardigheden voor ouders. In ditzelfde kader is het belangrijk om de samenwerking met de eenheid **Gezins- en Orthopedagogiek** van de KU Leuven te benoemen, waarbinnen een ABFT-trainingscentrum wordt geopend.

Ten slotte moet nog aandacht uitgaan naar **Domus Medica**. Deze vzw zet in op de belangenbehartiging van huisartsen in Vlaanderen. Verschillende domeinen komen hierbij aan bod: ondersteuning, vertegenwoordiging, wetenschappelijk onderzoek en promotie. Ook het welzijn van huisartsen wordt vooropgesteld.

Het volgende gedeelte gaat in op de bevindingen die naar voor kwamen tijdens het onderzoeksproces. Hieronder zal worden aangevangen met de gezondheidsdoelstelling, waarbij een stand van zaken wordt gegeven over zowel de suïcidecijfers, gegevens over de pogingen als informatie over de suïcidale ideaties. Van hieruit worden enkele indicatoren besproken die al dan niet indirect een invloed kennen op de suïcidecijfers. Van hieruit wordt verder gegaan op de evaluatie van de verschillende strategieën binnen het Vlaams Actieplan Suïcidepreventie.

2. Gezondheidsdoelstelling

In het Vlaams Actieplan 2012-2020 (Vandeurzen, 2012) staat volgende gezondheidsdoelstelling te lezen:

> *'De sterfte door zelfdoding bij mannen en vrouwen moet tegen 2020 verminderd zijn met 20% ten opzichte van 2000.'*

Met betrekking tot deze doelstelling is het belangrijk een stand van zaken weer te geven. In dit luik zal er worden ingegaan op het aanwezige cijfermateriaal. Er wordt hierbij een onderscheid gemaakt tussen cijfers met betrekking tot suïcide, cijfers over suïcidepogingen en cijfers aangaande de suïcidale ideatie.

2.1 Suïcides

Cijfers over de prevalentie van suïcide worden verzameld door het Agentschap Zorg en Gezondheid. De meest recente cijfers zijn die van 2014. In dat jaar **overleden 1.066 personen ten gevolge van suïcide**, wat neerkomt op ongeveer 3 zelfdodingen per dag. Dit is 1% meer in vergelijking met 2013. In 2014 overleden 733 mannen aan de gevolgen van suïcide, tegenover 333 gevallen bij de vrouwen (Agentschap Zorg en Gezondheid).

Wanneer de vergelijking wordt gemaakt met de baseline van het jaar 2000, rekening houdend met de veranderende leeftijdsverdeling en toenemende bevolking, kon er bij de mannen een daling worden vastgesteld van 23%. Bij de vrouwen was er een daling van 11% ten opzichte van 2000 (Zorg en Gezondheid, 2016b).

Vervolgens gaan we in op leeftijdsspecifieke gegevens. Het is namelijk zo dat enkele leeftijdsgroepen de beoogde daling niet hebben bereikt. Aangezien het geslacht hierbij belangrijk kan zijn, werden de cijfers eveneens ingedeeld naar geslacht.

Leeftijdsgroep 16-29 jaar

Bij de mannen binnen de leeftijdsgroep 16-29 jaar kon in 2014 een daling worden gerapporteerd van 35% t.o.v. 2000 (*zie fig. 1.1*). Ook voor vrouwen van dezelfde leeftijdsgroep kon een daling worden vastgesteld. Tegenover het jaar 2000 was het cijfer in 2014 25% lager (*zie fig. 1.2*). Er kan dus worden geconcludeerd dat de gezondheidsdoelstelling voor de 16 tot 29 jarigen werd behaald (Zorg en Gezondheid, 2016b).

Fig 1.1: Evolutie mannen 16-29j, 2000-2014

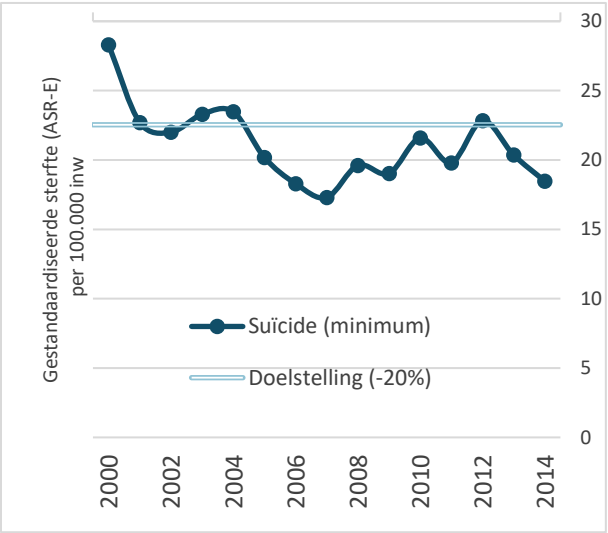
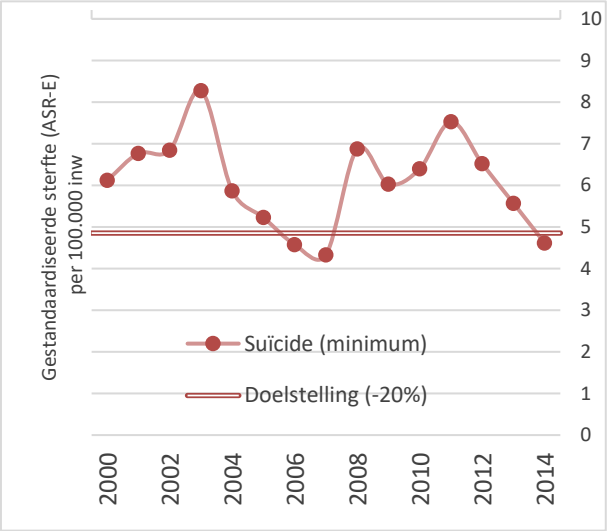


Fig. 1.2: Evolutie vrouwen 16-29j, 2000-2014



Zorg en gezondheid, Evaluatie doelstelling zelfdoding: -20% in 2020-2014 [Online publicatie]. Brussel: Agentschap Zorg en Gezondheid, afdeling Informatie en Zorgberoepen, 2016 [geraadpleegd op 16/11/2016.]

Leeftijdsgroep 30-44 jaar

Bij de leeftijdsgroep 30 tot 44 jaar werd de gezondheidsdoelstelling eveneens behaald. Bij de mannen kon een daling van 22% worden vastgesteld (*zie fig. 1.3*), bij de vrouwen was deze 32% (*zie fig. 1.4*) (Zorg en Gezondheid, 2016b).

Fig. 1.3: Evolutie mannen 30-44j, 2000-2014

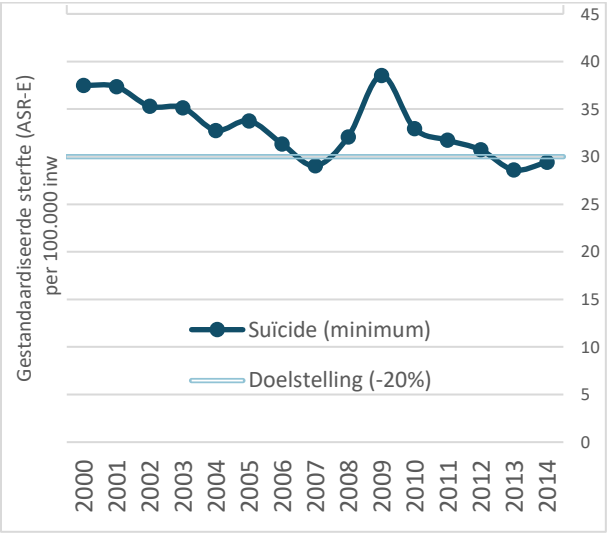
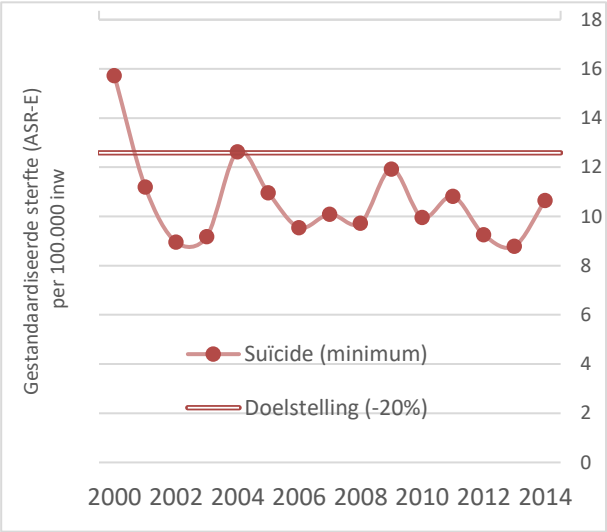


Fig. 1.4: Evolutie vrouwen, 30-44j, 2000-2014



Zorg en gezondheid, Evaluatie doelstelling zelfdoding: -20% in 2020-2014 [Online publicatie]. Brussel: Agentschap Zorg en Gezondheid, afdeling Informatie en Zorgberoepen, 2016 [geraadpleegd op 16/11/2016.]

Leeftijdsgroep 45-59 jaar

Bij de leeftijdsgroep 45-59 jaar is het echter zo dat de gezondheidsdoelstelling niet werd behaald. Bij de mannen kon een daling worden vastgesteld van slechts 5% (*zie fig. 1.5*). Bij de vrouwen is het zelfs zo dat een stijging van 22% kan worden vastgesteld in vergelijking met 2000 (*zie fig. 1.6*) (Zorg en Gezondheid, 2016b).

Fig 1.5: Evolutie mannen 45-59j, 2000-2014

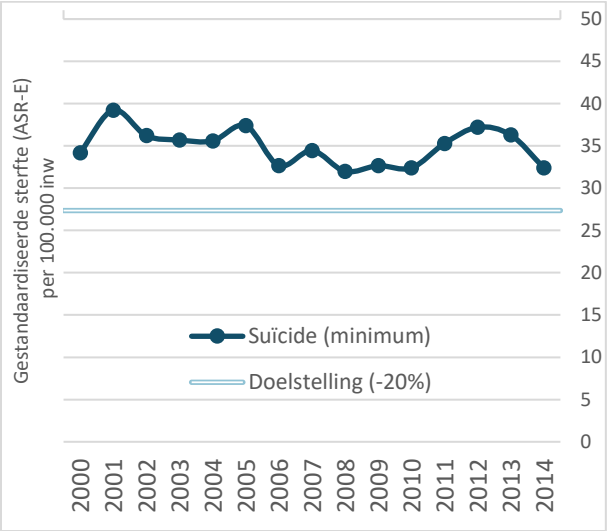
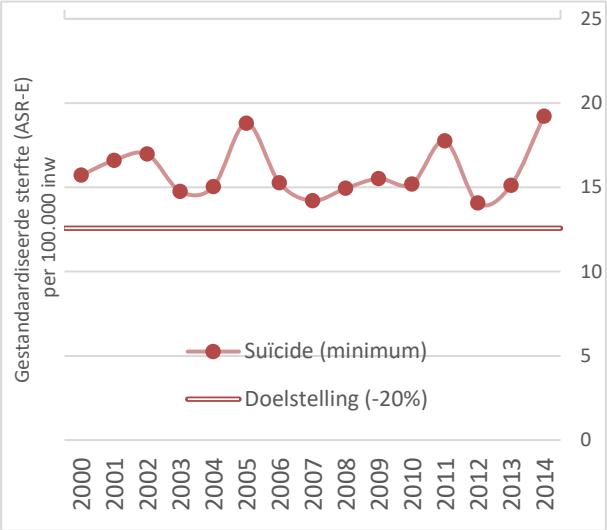


Fig. 1.6: Evolutie vrouwen 45-59j, 2000-2014



Zorg en gezondheid, Evaluatie doelstelling zelfdoding: -20% in 2020-2014 [Online publicatie]. Brussel: Agentschap Zorg en Gezondheid, afdeling Informatie en Zorgberoepen, 2016 [geraadpleegd op 16/11/2016.]

Leeftijdsgroep 60-75 jaar

De volgende leeftijdsgroep is die van 60 tot 75-jarigen. Hierbinnen kan voor de mannen worden vastgesteld dan de cijfers voor 2014 26% lager liggen dan in 2000 (*zie fig. 1.7*). Voor de vrouwen werd een daling gerapporteerd van 24% (*zie fig. 1.8*) (Zorg en Gezondheid, 2016b).

Fig. 1.7: Evolutie mannen 60-75j, 2000-2014

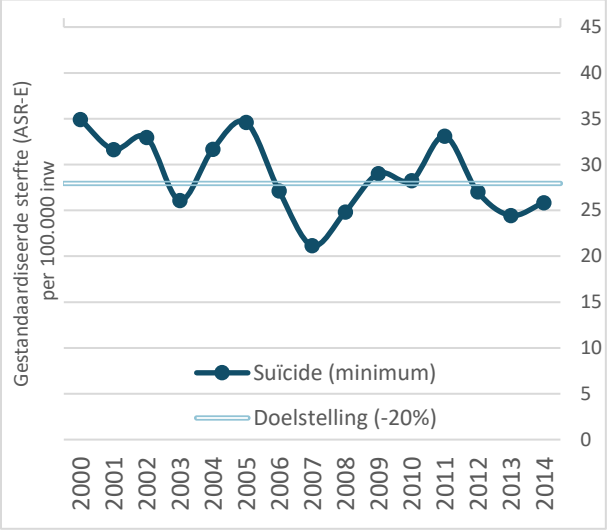
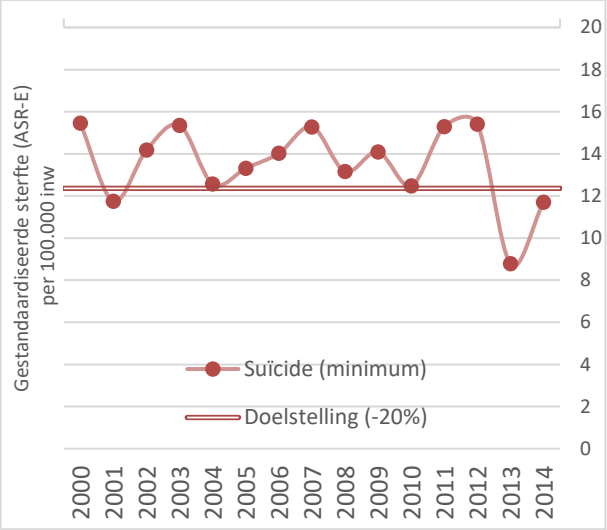


Fig. 1.8: Evolutie vrouwen 60-75j, 2000-2014



Zorg en gezondheid, Evaluatie doelstelling zelfdoding: -20% in 2020-2014 [Online publicatie]. Brussel: Agentschap Zorg en Gezondheid, afdeling Informatie en Zorgberoepen, 2016 [geraadpleegd op 16/11/2016.]

Leeftijdsgroep 75+

Tenslotte wordt ingegaan op de 75+-ers. Bij de mannen kon een daling worden vastgesteld van 36% t.o.v. 2000 (*zie fig. 1.9*). Voor de vrouwen is het echter zo dat de cijfers zijn gestegen met 1% in vergelijking met de baseline van 2000 (*zie fig. 1.10*). Voor deze laatste groep werd de gezondheidsdoelstelling bijgevolg nog niet gehaald (Zorg en Gezondheid, 2016b).

Fig. 1.9: Evolutie mannen 75j+, 2000-2014

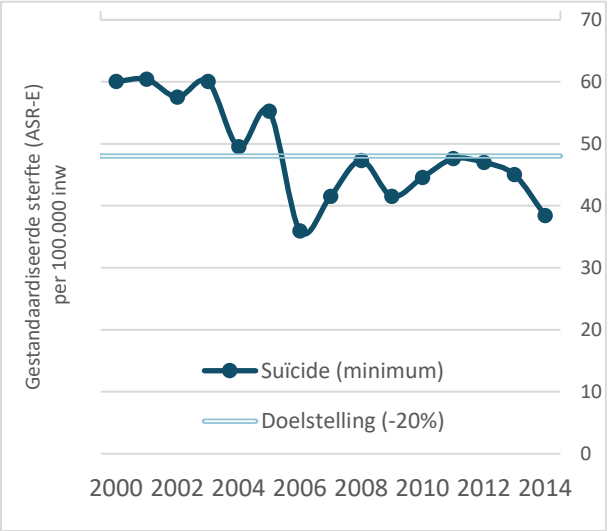
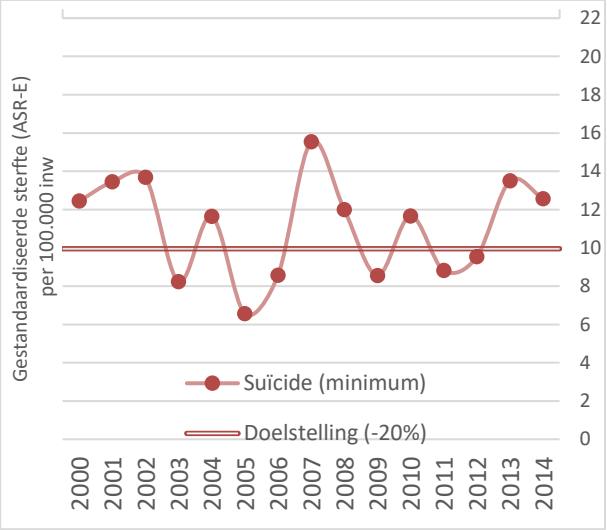


Fig. 1.10: Evolutie vrouwen 75j+, 2000-2014



Zorg en gezondheid, Evaluatie doelstelling zelfdoding: -20% in 2020-2014 [Online publicatie]. Brussel: Agentschap Zorg en Gezondheid, afdeling Informatie en Zorgberoepen, 2016 [geraadpleegd op 16/11/2016.]

Verdere informatie omtrent de suïcidecijfers kunnen gevonden worden op de website van Agentschap Zorg en Gezondheid: (https://www.zorg-en-gezondheid.be/zelfdoding-per-leeftijdsgroep & https://www.zorg-en-gezondheid.be/evolutie-van-sterfte-door-zelfdoding-2014)

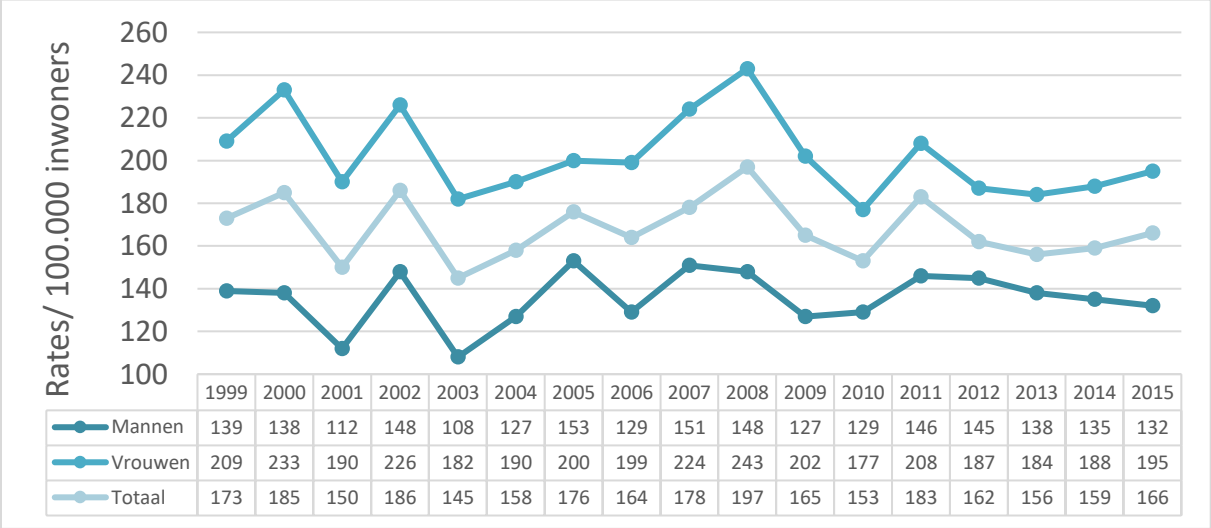
2.2 Pogingen

In dit deel wordt er ingegaan op de prevalentie van suïcidepogingen. De cijfers van de Vlaamse situatie worden jaarlijks verzameld door de **Eenheid voor Zelfmoordonderzoek** aan de hand van het Instrument voor Psychosociale Opvang en Evaluatie (IPEO). Aan de hand van verschillende analyses wordt jaarlijks bepaald hoeveel suïcidepogingen zich naar schatting hebben voorgedaan in Vlaanderen. Ook Groot Gent krijgt een belangrijke focus. Dit gebeurt in het kader van de WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. Hieronder kunnen de meest recente cijfers voor Vlaanderen worden teruggevonden.

De Person-based rate bedroeg 154 en de Event-based rate 158. In absolute cijfers betekent deze rate dat **in 2015 naar schatting 10.225 suïcidepogingen** voorkwamen in Vlaanderen, wat overeenkomt met gemiddeld 28 suïcidepogingen per dag. Voor het derde jaar op rij blijven deze cijfers stabiel. Onder de cijfers van 2015 bevonden zich meer vrouwen (n=1.328; 63.3%) dan mannen (n= 769; 36.7%) (Vancayseele, Rotsaert, Portzky, & Van Heeringen, 2016).

Onderstaande figuur (*fig. 1.11*) toont de evolutie aan van de event-based gegevens in Vlaanderen voor personen ouder dan 18 jaar. Hierbij kan worden meegegeven dat, ten opzichte van 2000, **een daling van 13%** kon worden vastgesteld (Vancayseele et al., 2016).

Fig. 1.11: Event-based rate-evolutie van suïcidepogingen per 100.000 inwoners in Vlaanderen volgens geslacht, 1999-2015

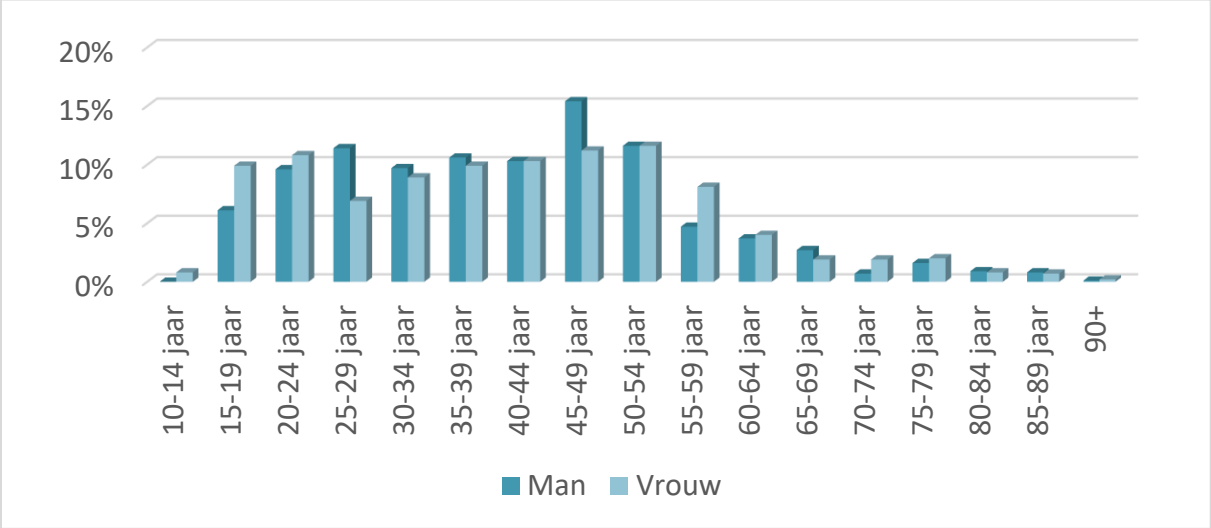


	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Mannen	139	138	112	148	108	127	153	129	151	148	127	129	146	145	138	135	132
Vrouwen	209	233	190	226	182	190	200	199	224	243	202	177	208	187	184	188	195
Totaal	173	185	150	186	145	158	176	164	178	197	165	153	183	162	156	159	166

Bron: Vancayseele et al., 2016

In de volgende figuur (*fig. 1.12*) wordt per leeftijdscategorie het aantal personen dat één of meer suïcidepogingen ondernam in 2015 weergegeven. In de categorie van 45 tot 49 jaar en die van 50 tot 54 jaar kon het hoogste aantal absolute cijfers worden teruggevonden. Het gaat hier echter om absolute aantallen en niet om *rates*. Deze cijfers dienen bijgevolg met enige voorzichtigheid te worden geïnterpreteerd. De gemiddelde leeftijd in Vlaanderen was 40.9 jaar. Voor de mannen was dit 41 jaar, voor de vrouwen 40 jaar (Vancayseele et al., 2016).

Fig 1.12: Suïcidepogingen per leeftijdscategorie, 2016



Bron: Vancayseele et al., 2016

Verdere informatie kan teruggevonden worden in het jaarverslag 'De epidemiologie van suïcidepogingen in Vlaanderen 2015', gepubliceerd door de Eenheid voor Zelfmoordonderzoek.

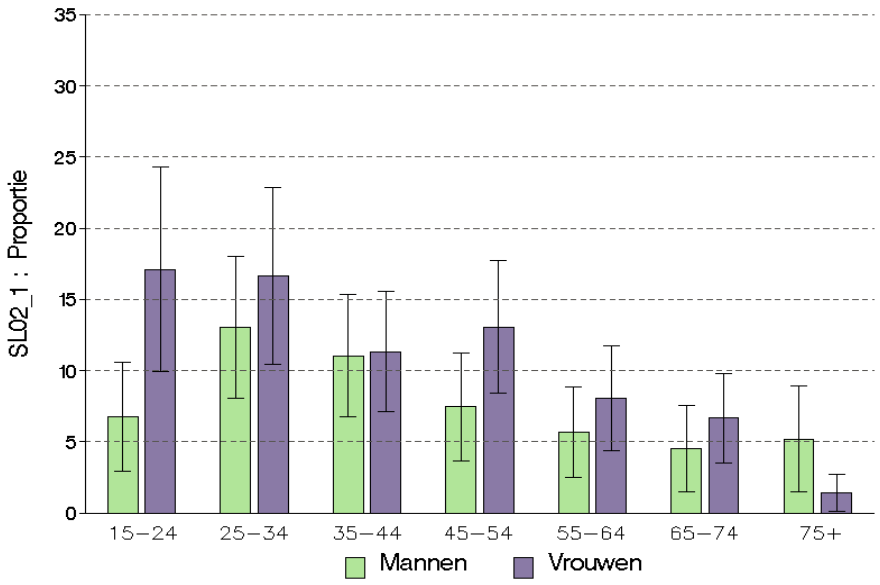
2.3 Suïcidale ideatie

2.3.1 Cijfers Gezondheidsenquête

Ten slotte gaan we verder naar de prevalentie van suïcidale ideatie. Deze gegevens worden eveneens verzameld in de Gezondheidsenquête. Deze enquête werd afgenomen in 2004, 2008 en 2013. De resultaten uit 2013 zijn de meest recente. Hieronder zullen de cijfers voor het Vlaams Gewest worden opgenomen. In dit onderdeel zal er worden aangevangen met de cijfers van 2004, om zo een vergelijking te kunnen maken met de meest recente stand van zaken.

Uit de Gezondheidsenquête van 2004 kwam naar voor dat 10% van de bevolking van 15 jaar en ouder ten minste één keer tijdens zijn/haar leven ernstig aan suïcide heeft gedacht. De leeftijd en het geslacht kennen een significante invloed op de verdeling van suïcidale gedachten bij de bevolking. Bij de 15-24-jarigen zijn er meer vrouwen dan mannen die aan suïcide hebben gedacht (17% t.o.v. 7%). Bij de vrouwen wordt dit cijfer aangehouden voor de leeftijdsgroep 25-34 jaar, om daarna te dalen (*zie fig. 1.13*). Bij de mannen is het eveneens zo dat diegene tussen de 25 en 34 jaar vaker rapporteren vaker suïcidegedachten te hebben dan oudere personen van hetzelfde geslacht (*zie fig. 1.13*) (Gisle, 2006).

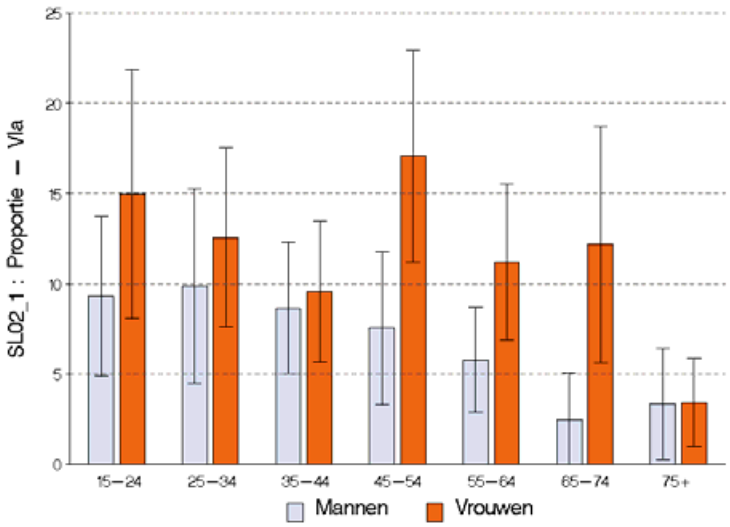
Fig. 1.13: Percentage van de bevolking (van 15 jaar en ouder) met zelfmoordgedachten, volgens leeftijd en geslacht, Gezondheidsenquête, 2004, België – Vlaams Gewest



Bron: Gisle, 2006

Ook in 2008 werd een Gezondheidsenquête afgenomen, waarbij 10% van de Vlaamse bevolking van 15 jaar en ouder minstens één keer in hun leven aangaf ernstig aan suïcide te hebben gedacht. De hoogste cijfers bij de vrouwen kon worden teruggevonden in de leeftijdsgroepen 15 tot 24 jaar en 45 tot 54 jaar. Bij mannen neemt de prevalentie af met de leeftijd (*zie fig. 1.14*) (Gisle, 2008).

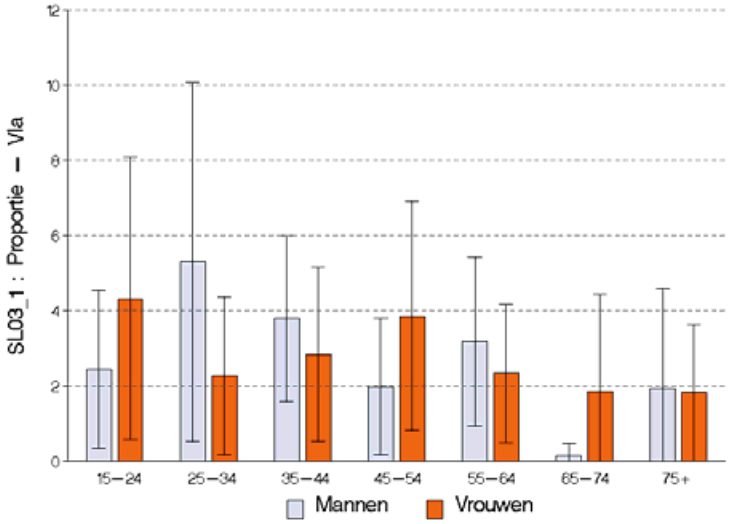
Fig. 1.14: Percentage van de bevolking (van 15 jaar en ouder) dat zelfmoordgedachten heeft gehad in de loop van hun leven, 2008



Bron: Gisle, 2008

Uit de gegevens van de Gezondheidsenquête van 2013 blijkt dat 14% van de Belgische bevolking minstens één keer in hun leven ernstig aan suïcide heeft gedacht. Noch leeftijd, noch geslacht heeft een significante invloed op de verdeling van de prevalentie van recente suïcidale gedachten (*zie fig. 1.15*) (Gisle, 2014).

Fig. 1.15: Percentage van de bevolking (van 15 jaar en ouder) dat zelfmoordgedachten heeft gehad in de loop van hun leven, 2013



Bron: Gisle, 2014

De resultaten van de verschillende Gezondheidsenquêtes kunnen worden teruggevonden op volgende website: https://his.wiv-isp.be/NL/SitePages/Introductiepagina.aspx

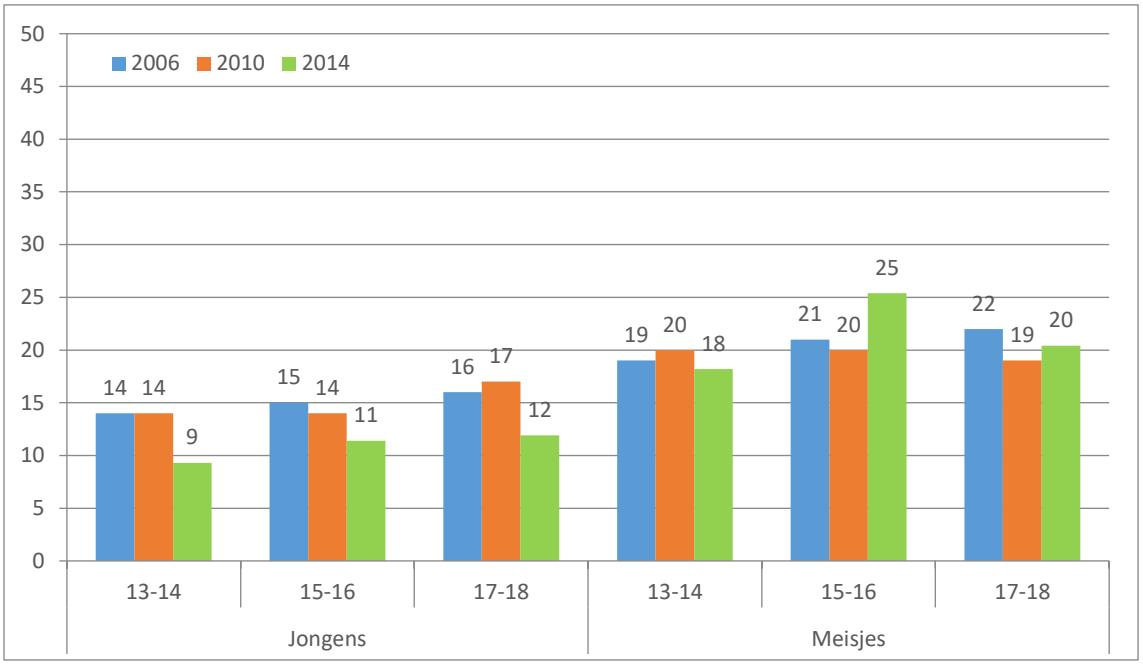
2.3.2 Cijfers studie Jongeren en Gezondheid

Daarnaast kunnen gegevens omtrent de suïcidale ideatie bij kinderen en jongeren gevonden worden bij de rapporten van de studie 'Jongeren en Gezondheid'. Deze vragenlijst werd afgenomen in 2006, 2010 en 2014. Deze informatie werd bevraagd in het secundair onderwijs.

Onderstaande figuur (*fig. 1.16*) geeft de resultaten van de jongeren weer die in 2014 aangaven reeds 2 keer of meer in hun leven gedacht te hebben aan zelfdoding. Meer meisjes (21.8%) dan jongens (11.1%) hebben aan suïcide gedacht. Daarnaast wordt stilgestaan bij verschillende leeftijdscategorieën. Bij de 13 tot 14-jarige jongens geeft 1.3% van de respondenten aan heel vaak aan suïcide te denken. Daarnaast geeft 1.4% van de 15-16-jarige en 1.6% van de jongens van 17 en 18 jaar aan heel vaak suïcidale gedachten te hebben. Bij de meisjes liggen deze percentages hoger. Bij de 13 tot 14 jarigen bedraagt het percentage 2.3%, bij de 15 tot 16-jarige 4.3% en ten slotte bedraagt het percentage meisjes die aan suïcide denkt van 17 tot 18 jaar 2.4% (Buijs & De Clercq, 2014).

In vergelijking met de voorgaande enquête zien we een significante daling bij jongens (15.2% in 2010, p<0.001) en een significante stijging bij meisjes (20.0% in 2010, p=0.050) (Buijs & De Clercq, 2014).

Figuur 1.16: Percentage prevalentie zelfmoordgedachten, 2006, 2010, 2014



Bron: (Buijs & De Clercq, 2014)

Verdere informatie over deze studie kan worden teruggevonden op volgende pagina: http://www.jongeren-en-gezondheid.ugent.be/.

2.4 Conclusie Gezondheidsdoelstelling

Hierboven worden de bevindingen met betrekking tot de gezondheidsdoelstelling weergegeven. Er kan worden geconcludeerd dat een daling van de suïcides kon worden gerapporteerd voor de meeste leeftijdsgroepen. **Enkel voor de personen in de leeftijdscategorie 45-59 jaar en de vrouwen van 75 jaar en ouder wordt de gezondheidsdoelstelling nog niet gehaald.** Er moet dus blijvende aandacht worden besteed aan het bereiken van deze doelgroepen.

Alhoewel in de gezondheidsdoelstelling enkel wordt gefocust op de evolutie van de prevalentie van zelfdoding, is het belangrijk om ook naar de evolutie van de prevalentie van suïcidepogingen en suïcidale ideatie te kijken aangezien dit ook belangrijke elementen zijn in het suïcidaal proces. **Bij de suïcidepogingen kon, op basis van de cijfers van de Eenheid voor Zelfmoordonderzoek, een daling van 13% worden vastgesteld**.

Wat de suïcidale ideaties betreft, is het moeilijk om tendensen te benoemen, aangezien gebruik wordt gemaakt van verschillende steekproeven. Daarnaast wordt er gebruik gemaakt van zelfrapportage, wat voor een bias kan zorgen (Gisle, 2014). Dit is eveneens het geval bij de studie Jongeren en Gezondheid.

Voor verdere gegevens over de epidemiologie kan het epidemiologisch rapport van VLESP worden geraadpleegd, dat jaarlijks een update krijgt.

3. Bijkomende indicatoren

Zoals reeds werd aangegeven, zullen enkele vooropgestelde indicatoren worden besproken. De invulling ervan hangt samen met de aanwezigheid van informatie hieromtrent. Het is belangrijk te nuanceren dat bestaande onderzoeken bij aanvang een andere doelstelling kenden dan onderstaande indicatoren. Hieruit volgt dat de aanwezige informatie vaak beperkter is.

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

3.1.1. Beschikbare informatie

De eerste indicator peilt naar de kennis die aanwezig is bij de bevolking inzake geestelijke gezondheid(szorg). Een eerste invulling kan worden teruggevonden in de bekendheidsonderzoeken die worden georganiseerd binnen de verschillende acties van het Vlaams Actieplan Suïcidepreventie. Zo werd bijvoorbeeld de bekendheid van ASPHA reeds nagegaan. Bekendheidsonderzoeken die binnen de acties inzake suïcidepreventie werden ondernomen, zullen binnen de evaluatie van het initiatief kunnen worden teruggevonden (zie verder).

Bijkomend moet er aandacht uitgaan naar de Associatie Beeldvorming Geestelijk Gezond Vlaanderen. Deze actie heeft onder meer als doel de kennis over geestelijke gezondheidsproblemen en de behandeling ervan te verhogen. Ze proberen dit te doen aan de hand van verschillende sensibiliseringsacties, zoals bijvoorbeeld de Te Gek!?-tour (*zie infra*). In dit verband is het belangrijk weer te geven dat één op de zes Vlamingen Te Gek!? kent, op basis van een onderzoek uit 2014 die werd uitgevoerd in samenwerking met LUCAS (Coppens, Vermeulen, Neyens, & Van Audenhove, 2014).

Ten slotte gaat er een belangrijke aandacht uit naar de verdeling van infofolders en brochures. Bij vormingen, voorstellingen of studiedagen worden verschillende acties op die manier in kaart gebracht, wat ook een impact kan hebben op de kennis van geestelijke gezondheid. De systematische evaluatie van vormingen zal vanaf 2017 gestart worden. In deze tussentijdse evaluatie kunnen hiervan dus geen resultaten besproken worden.

3.1.2. Conclusie

Er dient opgemerkt te worden dat er geen systematische evaluatie gebeurt van de kennis over geestelijke gezondheid(-sproblemen) en de mogelijkheden van behandeling in Vlaanderen. Er kan in deze tussentijdse evaluatie dan ook weinig uitspraken gedaan worden over een al dan niet toename van kennis in Vlaanderen over geestelijke gezondheid(-sproblemen) en de mogelijkheden van behandeling van geestelijke gezondheidsproblemen.

3.2 Toename van hulpzoekgedrag

Een tweede indicator sluit aan op de voorgaande. Naast de kennis van geestelijke gezondheid en de problematiek ervan is het belangrijk om ook in kaart te brengen of hulp dan ook effectief wordt gezocht. Het zoeken naar hulp wordt onder meer sterk beïnvloed door de toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg. Deze toegankelijkheid is noodzakelijk maar niet voldoende. Attitudes, waarden en normen beïnvloeden eveneens de manier waarop mensen omgaan met levensproblemen. Stigma en taboe dragen bij aan de drempel dat aanwezig is naar de hulpverlening toe.

3.2.1 Cijfermateriaal CGG

Allereerst wordt ingegaan op het cijfermateriaal dat wordt bijgehouden door de CGG. Hierbinnen worden cijfers teruggevonden die ingaan op de personen die de voorbije jaren werden behandeld, de zorgperiodes die worden aangevat in elk jaar en de aanwezige wachttijden.

Uit deze informatie kan een stijging in het aantal aanmeldingen worden vastgesteld. Gemiddeld kon een stijging worden gemeten van 1.4% tussen 2010 en 2015. Ook kan er een stijging worden vastgesteld in de duur van de behandeling en het aantal hulpactiviteiten die worden ondernomen. Hieronder worden de verschillende tabellen hieromtrent teruggevonden (*zie fig. 2.1*) (Zorg en Gezondheid, 2016a).

Fig. 2.1 Cijfers Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg 2012-2015

	2012	**2013**	**2014**	**2015**
Aantal personen die hulp kregen bij de CGG	55.246	56.711	56.509	57.287
Zorgperiodes met aanmelding in het jaar…	29.480	30.061	29.407	29.959
Duur van de wachttijd, in kalenderdagen (tot eerste intakegesprek)	39	40	40	44
Duur van de wachttijd, in kalenderdagen (tot start behandeling)	44	46	46	44
Duur behandeling, in kalenderdagen (vanaf eerste intake tot einde)	563	577	599	612

Zorg en Gezondheid Cijfers Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg -2015 [Online publicatie]. Brussel: Agentschap Zorg en Gezondheid, afdeling Informatie en Zorgberoepen, 2016 [geraadpleegd op 07/12/16], Beschikbaar op: http://www.zorg-en-gezondheid.be/cijfers-centra-voor-geestelijke-gezondheidszorg

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

Hieronder gaan enkele cijfers specifiek in op de suïcideproblematiek dat aanwezig is bij de patiënten. Deze cijfers werden opgevraagd bij Zorgnet Icuro. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen de nieuwe dossiers waarbij suïcidaliteit zich voordoet en als hoofdproblematiek wordt benoemd (*zie fig. 2.2*) en de dossiers in behandeling waarbij een suïciderisico werd gemeten (*zie fig. 2.3*). De percentages tussen haakjes wijzen op het percentage ten aanzien van alle nieuwe dossiers. Onder het onderdeel ‘onbekend’ worden die dossiers begrepen waarbij de leeftijd niet gekend is.

Fig. 2.2: Nieuwe dossiers waarbij suïcideproblematiek/suïcidegedachten als hoofdproblematiek benoemd werd

	2012	2013	2014	2015
0-17 jaar	330 (2.5%)	440 (3.2%)	431 (3.3%)	444 (3.5%)
18-59 jaar	926 (2.5%)	1009 (2.7%)	979 (2.6%)	1095 (2.8%)
60+ jaar	81 (1.5%)	91 (1.6%)	114 (2.0%)	117 (1.9%)
Onbekend	0 (0%)	1 (2%)	1 (2.9%)	2 (3.8%)
Alle leeftijden	1337 (2.4%)	1541 (2.7%)	1525 (2.7%)	1658 (2.9%)

Fig. 2.3: Dossiers in behandeling (zowel nieuwe dossiers als dossiers gestart in de jaren ervoor) waarbij er sprake is van suïciderisico

	2012	2013	2014	2015
0-17 jaar	1265 (11.5%)	1589 (14%)	1681 (15.4%)	1496 (14%)
18-59 jaar	9277 (30.6%)	9811 (31.9%)	10041 (32%)	10262 (32%)
60+ jaar	1111 (24.5%)	1211 (25.5%)	1322 (26.6%)	1427 (27.1%)
Onbekend	4 (16%)	5 (15.6%)	5 (19.2%)	3 (10%)
Alle leeftijden	11657 (25.4%)	12616 (26.9%)	13049 (27.6%)	13188 (27.5%)

De cijfers van de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg kunnen teruggevonden worden op de website van Agentschap Zorg en Gezondheid *http://www.zorg-en-gezondheid.be/cijfers-centra-voor-geestelijke-gezondheidszorg* of kunnen worden opgevraagd bij Zorgnet Icuro.

3.2.2 CASE-study: 2000 vs. 2015

Daarnaast moet nog worden stilgestaan bij enkele resultaten die voortkomen uit een onderzoek dat vanuit de Eenheid voor Zelfmoordonderzoek werd aangestuurd en resulteerde in een masterproef binnen de Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen (Universiteit Gent). Binnen deze thesis werd de prevalentie, risicofactoren en beschermende factoren van opzettelijk zelfbeschadigend gedrag bij Vlaamse adolescenten gemeten, waarbij een vergelijking werd gemaakt met de CASE-study van 2000. Op die manier kunnen verschillen tussen 2000 en 2015 worden weergegeven.

Er is echter voorzichtigheid geboden bij de interpretatie van de verschillen, aangezien niet kon worden vastgesteld of deze verschillen significant zijn (Vanderstraeten, 2016).

Binnen deze masterproef werden jongeren onder meer bevraagd over hun hulpzoekgedrag voorafgaand aan het zelfbeschadigend gedrag. Hieruit bleek dat jongens vaker hulp zoeken of er met iemand over praten dan meisjes. Vooral vrienden hebben de voorkeur (55%). Professionele hulpverlening en andere volwassenen kwamen hierbij weinig in beeld. Wanneer werd gepeild naar de reden waarom er niet werd gezocht naar hulp, gaven jongeren voornamelijk aan dat dit was omwille van het schaamtegevoel (25%). Andere redenen waren: 'Ik wou niet dat iemand het wist' (13%), 'Ik vond het niet nodig hulp te zoeken' (11%) en 'Ik wou niemand belasten met mijn problemen' (11%).

Wanneer de vergelijking wordt gemaakt met 2000, valt op dat de geslachtsratio anders ligt. Meisjes zochten tijdens de studie van 2000 namelijk vaker hulp op dan jongens. Vrienden blijven evenwel de belangrijke actor bij het zoeken naar hulp en het communiceren van hun problemen. De redenen voor het niet zoeken van hulp werden in 2000 niet bevraagd, waardoor een vergelijking niet mogelijk is (Vanderstraeten, 2016).

Ook het hulpzoekgedrag na het stellen van zelfbeschadigend gedrag werd bevraagd. 21.6% van de jongeren gaf aan hulp te hebben gezocht, waarbij eveneens vrienden of vriendinnen de belangrijkste actoren zijn. In 2000 bedroeg dit 26.5% van de bevraagden (Vanderstraeten, 2016). Hieronder vind je een tabel terug waarin de resultaten worden opgesplitst naar geslacht toe.

Figuur 2.4: Hulpzoekend gedrag bij Vlaamse adolescenten – opdeling naar geslacht. Een vergelijking tussen 2000 en 2015.

	Jongens % 'ja' 2000	**Jongens % 'ja' 2015**	**Meisjes % 'ja' 2000**	**Meisjes % 'ja' 2015**	**Totaal % 'ja' 2000**	**Totaal % 'ja' 2015**
Een vriend (in)	46.0	38.5	50.3	57.9	49.0	55.0
Iemand uit gezin	12.4	15.4	11.0	13.1	11.4	13.5
Een chat, website, boek, GSM app …*	8.3		5.6		6.4	
Een chat (bv. Awel)°		19.2		12.4		13.5
Een website (bv. Awel)°		3.8		7.6		7.0

Andere bron (boek, GSM app…) °		3.8		8.3		7.6
Een CLB-medewerker	Niet bevraagd	11.5	Niet bevraagd	6.9	Niet bevraagd	7.6
Een psycholoog/psychiater (buiten CLB)	6.7	11.5	7.8	6.9	7.4	7.6
Een leraar/lerares/leerlingbegeleider	0.7	11.5	58	6.2	4.3	7.0
Een arts (buiten CLB)	0.7	7.7	1.6	3.4	1.8	4.1
Een maatschappelijk werk(st)er (buiten CLB)	2.3	7.7	1.6	3.4	1.8	4.1
Een telefonische hulplijn	3.7	3.8	3.3	1.4	3.4	1.8
Een crisiscentrum/adviescentrum	1.5	3.8	3.2	0.7	2.7	1.2

Tabel 13: Gepraat met of geprobeerd hulp te krijgen van iemand vooraf

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

Bron: Vanderstraeten, 2016

Het onderzoek van Vanderstraeten, dat werd ondernomen in het kader van een masterproef, kan worden opgevraagd bij de Eenheid voor Zelfmoordonderzoek.

3.2.3 Onderzoek Lucas & Te Gek!?

Uit het onderzoek van Lucas en Te Gek!? kwam ten slotte naar voor dat Vlamingen het minst vaak hulp zoeken voor hun zelfdodingsgedachten (49%), verslavingsproblematiek (47%) en eetproblemen (44%). Wanneer wel hulp wordt gezocht, doet 75% dit in eerste instantie bij de huisarts. 39% gaat naar de psycholoog, 30% naar de psychiater en 16% zoekt andere hulpbronnen. Bovendien is het zo dat 70% hulp zou zoeken als er zich in de toekomst een psychisch probleem zou voordoen (Coppens, Vermeulen, Neyens, & Van Audenhove, 2014).

Dit onderzoek peilde eveneens naar de attitudes en stigma's rond geestelijke gezondheidsproblemen. In dit verband kan dus ook gesteld worden dat twee op de drie Vlamingen die ooit al psychische problemen hebben meegemaakt, professionele hulp hiervoor hebben gezocht. In de meeste gevallen was dit de huisarts.

Het onderzoek dat werd gevoerd door Lucas, in samenwerking met Te Gek!? kan worden teruggevonden op de website van de KULeuven: (http://www.kuleuven.be/lucas/pub/publi_upload/Survey_10jaar_Te%20Gek_20150625_final.pdf).

3.2.4 Conclusie

Samenvattend werd een stijging gemeten van 1.4% in de aanmeldingen in de CGG tussen 2010 en 2015. Het aantal dossiers met suïcideproblematiek blijven eerder stabiel over de jaren heen. Bij de CASE-study kon er, wanneer de vergelijking tussen 2000 en 2015 werd gemaakt, een verandering in de geslachtsratio worden teruggevonden in het hulpzoekgedrag voorafgaand aan zelfbeschadigend gedrag. In 2015 zochten meer jongens dan meisjes hulp, in 2000 was dit omgekeerd. Ook na het stellen van dit gedrag werd hulp gezocht. In 2000 gaf 26.5% van de respondenten aan hulp te hebben gezocht, in 2015 waren dit er 21.6%. Het is echter niet mogelijk om de verschillen te benoemen, aangezien gebruik werd gemaakt van verschillende steekproeven (Vanderstraeten, 2016). Ten slotte kwam het onderzoek aan bod van Te Gek!?, in samenwerking met LUCAS. Op dit moment kan enkel een stand van zaken worden weergegeven, al zal dit onderzoek over enkele jaren worden hernomen, zodat een mogelijke tendens kan worden gemeten. Uit deze stand van zaken blijkt dat vooral de huisarts als hulpbron wordt geconsulteerd (Coppens et al., 2014).

Finaal dient te worden meegegeven dat bovenstaande gegevens te beperkt zijn om een tendens in het hulpzoekgedrag weer te geven. Naar een volgende evaluatie is het belangrijk om ook de gegevens van andere voorzieningen te betrekken, zoals bijvoorbeeld van de CAW en van huisartsen. Het is dus belangrijk bovenstaande gegevens te nuanceren en voldoende te kaderen.

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

3.3.1. Beschikbare informatie

Een volgende indicator slaat op de verslaggeving omtrent suïcide. In dit verband is het belangrijk te vermelden dat de mediarichtlijnen hierbij een belangrijke rol spelen. De organisatie die verantwoordelijk is voor de bekendmaking en toepassing van de mediarichtlijnen is Werkgroep Verder.

Bij de mediarichtlijnen moet allereerst de opmerking worden gemaakt dat de effectiviteit hiervan tijdens de duur van het VAS II niet werd geëvalueerd. Harde cijfers zijn hieromtrent dus afwezig. Toch heerst de perceptie bij Werkgroep Verder, de organisatie dat instaat voor de Media Watch, dat de mediarichtlijnen sneller worden opgepikt en toegepast dan andere jaren.

Toch blijft het belangrijk aandacht te hebben voor het effect van de media. Uit onderzoek van de Eenheid van Zelfmoordonderzoek blijkt dat de suïcide van Steve Stevaert een impact kende op de cijfers van de suïcidepogingen. Drie weken na deze gebeurtenis werd een stijging vastgesteld in het aantal pogingen. Vooral de cijfers bij de leeftijdsgroep 50 jaar en ouder en de methode 'verdrinking' kenden een sterke, significante toename. Op deze suïcide volgde sensationele berichtgeving, waarbij de methode bijvoorbeeld er vaak werd uitgelicht. Een belangrijke conclusie die voorkomt uit deze studie is dat er blijvende aandacht moet zijn naar berichtgeving conform de mediarichtlijnen, en dat op het moment dat een bekende persoon overlijdt door suïcide de mediarichtlijnen niet goed opgevolgd worden.

3.3.2. Conclusie

Bij Werkgroep Verder en verschillende andere organisaties heerst de perceptie dat de mediarichtlijnen meer gekend zijn door journalisten en beter worden gevolgd. Vooral de vermelding van de Zelfmoordlijn 1813 en www.zelfmoord1813.be wordt zeer vaak toegepast. Er moet echter een blijvende aandacht en opvolging gebeuren aangezien enkel het vermelden van hulpbronnen niet voldoende is als daarnaast de andere belangrijke elementen in de richtlijn (zoals het niet vermelden van de methode, geen eenvoudige simpele verklaringen geven voor de suïcide) niet worden opgevolgd. Het onderzoek naar de effecten van de mediaberichtgeving van de suïcide van Steve Stevaert toonde aan dat in deze berichtgevingen de mediarichtlijnen heel vaak niet werden gevolgd. Een grondige evaluatie van de toepassing van de mediarichtlijnen wordt aanbevolen.

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

3.4.1. Beschikbare informatie

Het reduceren van de beschikbaarheid en de toegankelijkheid van dodelijke middelen en plaatsen speelt een belangrijke rol binnen suïcidepreventie. Uit de *systematic review* van Zalsman en collega's (2016) kon worden vastgesteld dat initiatieven die hierop inzetten een belangrijke rol spelen in het reduceren van suïcide. Bovendien is het zo dat er weinig evidentie is voor een mogelijk substituut effect (Zalsman et al., 2016).

Binnen het Vlaams Actieplan wordt deze indicator opgenomen onder strategie 1.e, nl. 'de leefomgeving meer gezondheidsbevorderend, zorgzaam en suïcideveilig maken via beleid in de lokale gemeenschap, school, werkplek, … en via de media'. Het is echter zo dat hier weinig concrete acties kunnen worden teruggevonden. Wel wordt binnen de multidisciplinaire richtlijn gewezen op het belang van het beveiligen van de infrastructuur in voorzieningen. Hieronder kunnen enkele acties worden teruggevonden.

Sinds 2008 onderzoekt Infrabel het fenomeen zelfdoding op de spoorwegen. 72% van alle slachtoffers op de spoorwegen zijn namelijk gevallen van zelfdoding. Bijkomend blijkt dat er op de Europese sporen gemiddeld 2.700 zelfdodingen voordoen per jaar. Infrabel heeft een hoog aantal zelfdodingen t.o.v. de afgelegde afstand in treinkilometers.

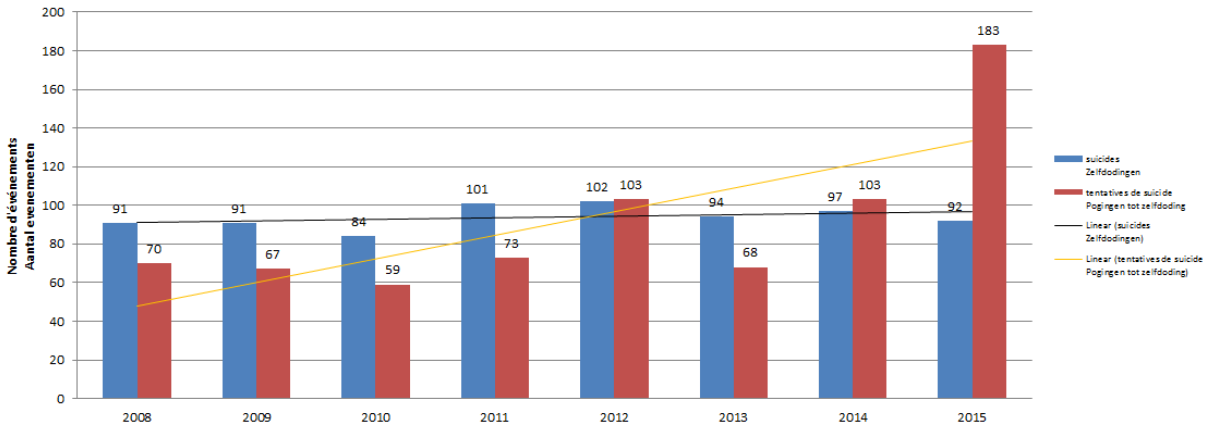
Bovendien maken zelfdodingen op het spoor 4 à 5% uit van alle zelfdodingen die zich in België voordoen doen (*zie fig. 2.5*).

Figuur 2.5: Zelfdodingen op het spoor t.o.v. zelfdodingen in het algemeen

Bron: Infrabel, 2015

Door de jaren heen kan een zekere constante worden vastgesteld inzake het aantal zelfdodingen op het spoor. Ten opzichte van het voorgaande jaar kan een lichte daling van het aantal zelfdodingen worden vastgesteld in 2015 (*zie zwarte curve; fig. 2.6*). Bij de pogingen kan echter een sterke stijgende trend worden vastgesteld (*zie oranje curve; fig. 2.6*). Vooral het aantal pogingen in 2015 kent een hoge piek. Dit kan mogelijks verklaard worden door een grondigere analyse van de aanwezige database.

Fig. 2.6: Zelfdodingen op het spoor t.o.v. zelfdodingen in het algemeen: jaarlijkse tendensen



Bron: Infrabel, 2015

In het beheerscontract 2008-2012, dat tot op heden nog niet werd vernieuwd, tussen de Belgische Staat en Infrabel voorziet in het artikel 18 dat Infrabel hotspots moet bepalen en passende maatregelen moet treffen op deze gevoelige plaatsen. Deze maatregelen zijn voornamelijk van infrastructurele en technologische aard. De top vijf zijn: a) omheiningen, b) *blue lights*, c) intelligente thermische camera's, d) verbeteren van perronverlichting en e) verwijdering van vegetatie. Daarenboven worden ook sensibiliseringsmaatregelen getroffen, zoals affiches met hulpverleningsmogelijkheden op vermeld. Conclusies inzake de effectiviteit zullen hier nog niet worden weergegeven, aangezien de meeste maatregelen nog in uitvoering zijn of nog in een pilootfase zitten. Hierdoor moeten effecten op korte termijn voorzichtig worden geïnterpreteerd (Infrabel, 2015).

Informatie over zelfdoding op de sporen kan worden opgevraagd bij Infrabel, indien beschikbaar. Belangrijk hierbij aan te geven is dat er vanuit VLESP en Werkgroep Verder overleg is geweest met Infrabel. Er werd besloten om geen jaarlijks rapport in de media te brengen waarin het aantal zelfdodingen op het spoor kunnen worden teruggevonden aangezien dit niet conform de mediarichtlijnen is (= geen vermelding van methodes). Dit jaarlijks rapporteren stopte sinds 2016.

Verder werd op een aantal plaatsen in Vlaanderen, waar regelmatig suïcides voorkwamen, het initiatief genomen om bordjes te plaatsen met vermelding van de Zelfmoordlijn.

3.4.2. Conclusie

Er kan geconcludeerd worden dat er weinig acties in het Vlaams Actieplan zijn opgenomen die als doel hebben het reduceren van de toegang tot dodelijke middelen. Gezien uit de internationale literatuur al jarenlang zeer sterke evidentie voor deze strategie aanwezig is, kan uit deze tussentijdse evaluatie geconcludeerd worden dat er te beperkt wordt ingezet op deze strategie. Er wordt aangeraden in de 2de helft van het Vlaams Actieplan na te gaan welke mogelijkheden hiervoor zijn in Vlaanderen en waar kan worden op ingezet.

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

3.5.1. Beschikbare informatie

Een vijfde factor zet in op de attitudes en stigma die aanwezig zijn bij suïcidale mensen. Hieronder wordt het onderzoek van Coppens en collega's (2014) uiteengezet., dat ingaat op geestelijke gezondheid in het algemeen.

De studie die in 2014 werd ondernomen door Te Gek!?, in samenwerking met LUCAS, probeert de kennis en de mate van stigma t.a.v. psychologische problemen in kaart te brengen. Dit gebeurde aan de hand van een grootschalige enquête met een representatieve steekproef van de Vlaamse bevolking. Vier thema's kwamen hierbij aan bod. Allereerst werden enkele achtergrondkenmerken bevraagd. Daarnaast werd er ingegaan op de persoonlijke ervaring met psychische problemen en professionele hulpverlening, om daarnaast ook de attitudes hieromtrent te bevragen. Ten slotte werd de kennis van en de mening over Te Gek!? bevraagd (Coppens et al., 2014)

Uit deze bevraging blijkt dat negen op de tien Vlamingen ooit te maken heeft gehad met psychische problemen (slaapproblemen, angst etc.). De helft van de Vlamingen heeft deze problemen ooit zelf ervaren (Coppens et al., 2014).

Tijdens deze enquête werden, naar aanleiding van de stigmatisering van psychische problemen, gebruik gemaakt van een persoonlijke en een publieke stigmaschaal. De persoonlijke schaal wijst naar het stigma dat mensen zelf hebben inzake psychische problemen. De publieke schaal daarentegen peilt naar de gevoelens van stigmatisering die de respondenten in de samenleving ervaren (Coppens et al., 2014). Op de persoonlijke stigmaschaal behaalden de Vlamingen een score van 21.7 (minimum 5, maximum 45). Dit wijst op relatief lage stigmatiserende attitudes. Toch viel op dat enkele stellingen een hoge score kregen toegewezen. Zo was 37% akkoord met de stelling dat 'iemand met psychische problemen daaruit kan geraken, wanneer hij of zij dat echt wil'. Eén op de drie personen geeft aan dat mensen met dergelijke problematiek onvoorspelbaar zijn. Ten slotte geeft 24% het volgende aan "Als ik een psychische problematiek zou hebben, zou ik dit aan niemand vertellen". Deze stellingen wijzen toch op een eerder hoog stigma.

De bevraagde Vlamingen scoren gemiddeld 27.8 op de publieke stigmaschaal (minimum 5, maximum 45). Deze score ligt hoger dan de persoonlijke stigmaschaal. Dit wijst er op dat de bevraagde respondenten vinden dat anderen in de samenleving negatief staan tegenover mensen met psychische problemen (Coppens et al., 2014).

Daarnaast werd ook gepeild naar de attitude ten opzichte van de tewerkstelling van mensen met psychische problemen. Hierbij valt op dat slechts zes procent expliciet aangeeft nooit iemand tewerk te stellen die ooit een psychisch probleem heeft gehad. 8% geeft aan dat mensen met een psychisch probleem beter niet zouden werken en 11% vindt hun werk van mindere kwaliteit (Coppens et al., 2014).

Bovendien blijkt uit deze studie dat Vlamingen een matig tot hoge score hebben op de *openess scale*, wat in verband kan worden gebracht met de bereidheid professionele hulp te zoeken. Hierbij bleek dat meer dan 75% bereid is psychotherapie te volgen indien ze hulp nodig hebben. 65% zou professionele hulp zoeken bij psychische problemen. 64% zou, indien het probleem zich langere tijd voordoet, opteren voor langere psychiatrische zorg. Ook naar de *value scale*, waarbij wordt gepeild naar hoe waardevol ze hulpverlening vinden, krijgt een matige tot hoge score (Coppens et al., 2014).

Het onderzoek dat werd gevoerd door Lucas, in samenwerking met Te Gek!? kan worden teruggevonden op de website van de KULeuven: (http://www.kuleuven.be/lucas/pub/publi_upload/Survey_10jaar_Te%20Gek_20150625_final.pdf).

3.5.2. Conclusie

De informatie die voorhanden is omtrent deze indicator komt voort uit een onderzoek dat in 2014 werd uitgevoerd door Te Gek!? in samenwerking met LUCAS. Uit dit onderzoek blijft dat een groot aantal Vlamingen al te maken heeft gehad met psychische problemen. Algemeen blijken de attitudes relatief oké te zijn met uitzondering van enkele stellingen die wijzen op een eerder hoog stigma. Er kan echter geen evolutie of trend worden waargenomen aangezien dit een éénmalig onderzoek betreft. Het is dan ook aan te raden dat dit onderzoek opnieuw wordt uitgevoerd in de 2de helft van het Vlaams Actieplan (2017-2020).

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

Inzake de feedback van gebruikers kan verwezen worden naar de gebruikersonderzoeken die in het kader van verschillende acties werden uitgevoerd. Bij elke actie die in dit rapport wordt besproken werd, indien mogelijk, kort stilgestaan bij de tevredenheid van gebruikers. Informatie over deze indicator kan daar dan ook worden teruggevonden.

3.7 Algemene conclusie bijkomende indicatoren

Samenvattend kan worden gesteld dat deze indicatoren slechts gedeeltelijk kunnen worden ingevuld. Het is namelijk zo dat de juiste informatie niet altijd voorhanden was. Dit is een belangrijk aandachtspunt naar de volgende evaluatie toe. Toch werd getracht enkele bevindingen weer te geven.

Met betrekking tot de eerste indicator, kennis over geestelijke gezondheid(szorg), is het slechts mogelijk te wijzen op de verschillende initiatieven om Vlaanderen te sensibiliseren. Concreet onderzoek kon niet worden weergegeven.

Vervolgens werd gepeild naar de toename van hulpzoekgedrag, waarbij in 2015 een stijging van 1.4% t.o.v. 2010 kon worden vastgesteld binnen de CGG's in Vlaanderen (Zorg en Gezondheid, 2016a). Zoals hierboven reeds werd aangegeven, is het belangrijk om ook andere organisaties voldoende op te volgen naar aanleiding van het eindrapport van het VAS II.

Over de berichtgeving inzake suïcide, wat de derde pijler vormt, heerst bij Werkgroep Verder de perceptie dat de mediarichtlijnen sneller worden opgepikt en toegepast, al ontbreekt concreet onderzoek die dit gegeven staaft. Bovendien blijkt dat suïcides door bekende personen een belangrijke impact hebben op de suïcidecijfers.

Het beperken van middelen is de volgende indicator. Buiten de activiteiten in verband met de toegang tot de spoorwegen die door Infrabel worden opgezet, blijken er binnen het Vlaams actieplan weinig acties opgenomen gericht op het beperken van de toegang tot dodelijke middelen.

Een vijfde indicator peilt naar de attitudes en de vaardigheden in het omgaan met suïcidale mensen. Uit onderzoek van Coppens et al. (2014) kon worden vastgesteld dat Vlamingen een relatief lage score hebben op stigmatiserende attitudes, al geven ze wel aan dat ze vinden dat anderen negatief staan ten opzichte van mensen met psychische problemen (Coppens et al., 2014). Aangezien dit een éénmalige bevraging was, kunnen geen evoluties of trends worden vastgesteld.

4. Acties

Dit onderdeel gaat in op de verschillende acties die sinds 2012 ontwikkeld/lopende zijn op het vlak van suïcidepreventie Allereerst wordt er stilgestaan bij die acties die binnen het VAS vallen. Hierbij wordt een opdeling gemaakt volgens de vijf vooropgestelde strategieën van het VAS (zie 6.1). Daarnaast zijn er ook acties die buiten het VAS vallen (zie 6.2). Het is ook belangrijk hun bijdrage aan suïcidepreventie mee te geven. Hierbij wordt een onderscheid gemaakt tussen de acties die gesubsidieerd worden door het departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin en die acties die hierbuiten vallen. Ten slotte wordt er stilgestaan bij kleinschalige initiatieven.

4.1 Binnen VAS II

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

Deze eerste strategie zet in op de geestelijke gezondheid in het algemeen. Hieronder worden verschillende substrategieën teruggevonden:

a. De individuele veerkracht en het vermogen voor zelfhulp versterken. Onder deze strategie kan Fit in je Hoofd en gerelateerde producten (Goed-Gevoel-Stoel, NokNok en Zilverwijzer).
b. Ondersteuningsvaardigheden bij ouders verhogen, waaronder het onderzoek van Odisee Hogeschool kan worden begrepen.
c. Zorgen voor het bevorderen van sociale aansluiting. De actie ‘Netwerkgroepen voor ouderen zet hierop in.
d. Hulp zoeken aanmoedigen en stigma doorbreken. Deze taak wordt voornamelijk opgenomen door Associatie Beeldvorming Geestelijk Gezond Vlaanderen.
e. De leefomgeving meer gezondheidsbevorderend, zorgzaam en suïcideveilig maken via beleid in de lokale gemeenschap, school, werkplek, … en via de media. Hierbij worden de preventiecoaches besproken, net zoals de verschillende richtlijnen met betrekking tot de berichtgeving over zelfdoding.

4.1.1.1 Fit in je Hoofd en aanverwanten

Organisatie	VIGeZ
Aanvang	2006
Type preventie	Universeel
Doelgroep	Algemeen publiek

Suïcidaal gedrag gaat gepaard met verschillende psychologische factoren. Deze risicofactoren kunnen worden getemperd door het versterken van veerkracht en het aanmoedigen van zelfhulp. De actie "Fit in je hoofd, Goed in je vel" wil individuen leren hoe ze zich weerbaarder kunnen opstellen en hoe ze meer grip op hun leven kunnen krijgen. Aangezien uit onderzoek bleek dat sommige groepen hun weg niet vonden naar de website, werden methodieken op maat opgesteld naar ouderen (Zilverwijzer), jongeren (NokNok) en maatschappelijk kwetsbare individuen (Goed Gevoel Stoel) toe (VIGeZ, 2012d). Hieronder zal een onderscheid worden gemaakt tussen de verschillende mogelijkheden.

A. Fit in je Hoofd

Onderbouwing

De website van Fit in je Hoofd heeft als doel om de veerkracht van individuen te versterken. Aan de hand van tien stappen krijgen individuen onder meer actieve copingsstijlen aangeleerd. Op de website werd een zelftest aangeboden aan de hand van vragenlijsten die peilden naar depressie, angst, (coping van) stress en veerkracht (Vandeurzen, 2012).

In 2015 werd een nieuw online coachingsplatform opgericht, genaamd ‘Mijn veerkracht’. Dit platform geeft tips en feedback, waarna de gebruiker wordt geleid naar het stappenplan van Fit in je Hoofd. De tool werd opgesteld volgens de principes van de "Veerkrachtschaal plus" en "Portzky’s Palliatieve Palletschaal" (M. Portzky, 2015; VIGeZ, 2016b). Aan dit online platform werd een mobiele app gekoppeld (VIGeZ, 2015a).

Uit de evaluatie van LUCAS (Coppens, Scheerder, & Van Audenhove, 2011) bleek dat 18.4% van de volwassen bevolking Fit in je Hoofd kende. Hieruit werd geconcludeerd dat er ruimte is voor verbetering. Om de verspreiding en bekendheid te vergroten werd een nieuw implementatieplan opgesteld, bestaande uit onder meer een uitgebreide mediacampagne en de implementatie van lokale acties (Verhenne, 2015).

Bereik

De website van 'Fit in je Hoofd, Goed in je Vel' werd gelanceerd in 2006. Daar bovenop volgde in 2009 een tweede lancering, waarbij de initiële zelftest werd geïntroduceerd. Het onderzoek van 2009 geeft aan dat van de 140.627 bezoekers die de zelftest invulden, 47.2% de volledige zelftest heeft doorlopen. Hierbij wordt een grote groep mensen bereikt met een verminderde veerkracht, wat tegemoet komt aan de doelstelling van de test (VIGeZ, 2009). Deze zelftest werd in mei 2015, bij de lancering van de nieuwe website, vervangen door het platform "Mijn Veerkracht".

Fig. 3.1.a: Aantal bezoekers website Fit in je Hoofd, 2012-2016:

	Bezoeken	**Unieke bezoekers**
2012	80.969	63.905
2013	124.884	98.082
2014	137.396	110.354
2015	171.050	123.095
2016	118.647	84.600

Bij de cijfers m.b.t. het jaar 2016 dient een belangrijke opmerking te worden gemaakt. Door de lancering van de website in 2015 waren er heel wat bezoekers in de maanden mei en juni. In 2016 was deze piek afwezig, waardoor de bezoekersaantallen lager liggen. De website deed het echter in het najaar van 2016 beter dan in diezelfde periode in 2015.

Fig 3.1.b: Aantal deelnemers coachingsplatform 'Mijn Veerkracht', 2015-2016:

	Aantal deelnemers 'Mijn Veerkracht'
2015	14.384
2016	8.251

Fig 3.1.c: Aantal downloads Fit in je Hoofd-app

	Aantal downloads app
Android	3.734
iOS	7.935

Fig. 3.1.d: Aantal verspreide posters en brochures Fit in je Hoofd, 2012-2015:

	Posters	**Brochures**
2012	367	7.647
2013	1.719	26.145
2014	373	9.810
2015	511	9.943
2016	969	13.248

Tevredenheid

Om de tevredenheid van de initiële zelftest te meten, werd in 2009 een evaluatievragenlijst bij gebruikers afgenomen. Deze vragenlijst werd ingevuld door 658 gebruikers, waarbij 90% de zelftest had ingevuld. Van deze groep vindt 90% dat de scores en feedback die ze krijgen goed bij hun past. Op de vraag of de test zinvol was reageerde 66% positief en 27% neutraal. 62% gaf aan dat ze iets hebben bijgeleerd over hun mentale gezondheid, al denkt slechts 30% op een andere manier over hun geestelijk welzijn. 66% zou de zelftest aanbevelen aan anderen. Slechts 12% zou de test niet meer gebruiken in de toekomst (VIGeZ, 2009).

De deelnemers aan de pilootstudie van het online platform 'Mijn Veerkracht' staan alvast positief t.o.v. de inhoud op de site en hebben de intentie in de toekomst met de tool aan de slag te gaan en die aan te bevelen aan vrienden en familieleden. De helft geeft bovendien aan dat ze het gevoel hebben dat FIJH bijdraagt aan hun welbevinden (VIGeZ, 2015a).

Effect

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

B. Goed-Gevoel-Stoel

Organisatie	VIGEZ, i.s.m. LOGO
Aanvang	2010
Type Preventie	Selectief
Doelgroep	Maatschappelijk kwetsbare mensen

Onderbouwing

Naast de meer algemene bevolking, bleek er nood te zijn aan een methodiek die specifiek inzet op maatschappelijk kwetsbare mensen, aangezien een groot deel de weg niet vond naar de website (VIGeZ, 2012d). Door de verschillende problemen en moeilijke situaties die zich kunnen voordoen bij deze doelgroep, hebben ze eveneens een verhoogd risico op zelfdoding. Ook het aantal pogingen ligt hoger bij laagopgeleiden (VIGeZ, 2012b). Hierdoor ontstond de Goed-Gevoel-Stoel methodiek. Het doel van deze methodiek is tweeledig: enerzijds wil het mensen die het moeilijk hebben, sterker maken. Anderzijds wordt gepoogd de geestelijke gezondheidsbevordering structureel in te bouwen in de werking van de organisaties (VIGeZ, 2012b).

Goed-Gevoel-Stoel is een groepsmethodiek en bestaat uit drie praatsessies, waarbij wordt gewerkt rond draaglast en –kracht. Deze sessies hebben de 10 stappen van Fit in je Hoofd als basis, maar is op maat van maatschappelijk kwetsbare mensen gemaakt. Hierbij werd gekeken naar wat de drempels van deze doelgroep waren en hoe men eraan tegemoet kon komen. De trainers van deze methodiek worden gevormd door VIGeZ (VIGeZ, 2012a).

Bereik

Naar bereik toe wordt opgemerkt dat het de voorbije jaren niet altijd mogelijk was een goede registratie te voorzien. Het is namelijk zo dat organisaties vaak zelfstandig werken, waardoor de Logo's en VIGeZ hier niet altijd van op de hoogte zijn. Er is dus geen zicht waar en in welke mate de sessies doorgaan. Uit het gesprek met VIGeZ kwam naar voor dat dit een aandachtspunt is naar de toekomst toe.

Over de trainingen kan worden gesteld dat jaarlijks minstens twee trainingen worden georganiseerd. In totaal werden 376 personen opgeleid.

Tevredenheid

De deelnemers zijn over het algemeen tevreden over het feit dat hun verhaal een plaats krijgt binnen deze methodiek. Het gaf sommigen de nodige stimulansen om actie te ondernemen en een aantal veranderingen aan te brengen in hun leven. Dit blijkt uit de studie die plaatsvond in 2012, waarbij de begeleiders van deze methodiek werden bevraagd aan de hand van kwalitatieve interviews (VIGeZ, 2012a). Daarnaast werd de tevredenheid eveneens bevraagd in de procesevaluatie dat plaatsvond in 2012. Hiervoor werden 78 vragenlijsten verzameld. Uit deze bevraging blijkt eveneens dat het merendeel positief staat tegenover de methodiek (*zie fig. 3.1.e*).

Fig. 3.1.e Resultaten tevredenheidsmeting Goed-Gevoel-Stoel, 2012

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

Bron: VIGeZ, 2012c

Ook de trainingen in 2010 en 2011, die georganiseerd werden in het kader van Goed-Gevoel-Stoel, werden geëvalueerd. In totaal werden 199 evaluatieformulieren verzameld van de trainingen voor begeleiders. Hieruit bleek dat de deelnemers zeer tevreden waren over de inhoud van de vorming. De vorming voldeed aan hun verwachtingen en er werden voldoende handvatten aangereikt om de methodiek toe te passen in de praktijk. De aangeboden begeleiding werd eveneens positief onthaald, net zoals de organisatie van de vorming. Wel werd aangegeven dat de vorming interactiever mocht zijn (VIGeZ, 2012c).

Effect

Om het effect van de Goed-Gevoel-Stoel te meten werd een kwalitatieve onderzoeksmethode gehanteerd. Hierbij werd een pre- en postinterview georganiseerd met de begeleider van de sessies en werden verslagen en tevredenheidsmetingen geanalyseerd. Vijf verschillende organisaties werden hierbij betrokken. Uit deze resultaten kon samenvattend worden gesteld dat de sessies een positieve invloed hebben op de deelnemers. De begeleiders rapporteren bijna allemaal dat er een verandering was in de manier waarop de deelnemers zichzelf evalueren. Bovendien werd een verhoogd bewustzijn van het belang van geestelijke gezondheidsbevordering op organisatieniveau opgemerkt. Deze methodiek is echter een proces dat over een langere periode stimulansen nodig heeft. Het lijkt dan ook nuttig dat verdere opvolging van de deelnemers wordt beoogd om de doelstelling te bereiken (VIGeZ, 2012a).

C. NokNok

Organisatie	VIGEZ
Aanvang	2011
Type Preventie	Selectief
Doelgroep	Jongeren (12-16j)

Onderbouwing

Het Fit in je Hoofd-gedachtengoed werd ook gepresenteerd op maat van 12 – 16-jarigen. Uit evaluatieonderzoek bleek namelijk dat de ‘Fit in je Hoofd, Goed in je Vel’- campagne bepaalde doelgroepen onvoldoende bereikte. Zo was de actie voornamelijk gericht naar volwassenen (16j+) (VIGeZ, 2012e). Hieruit volgde de lancering van de website NokNok op 21 september 2011.

Deze website maakt gebruik van vier pijlers, waarbij jongeren tips en opdrachten kunnen bekijken om hun eigen veerkracht te versterken (VIGeZ, 2012e) De jongeren hebben hierbij de kans om een eigen monster aan te maken en hun verhaal te delen, waarop VIGeZ feedback kan plaatsen (Vandeurzen, 2012).

De website van NokNok werd in 2016 onderworpen aan een productevaluatie, waarbij 54 jongeren een vragenlijst invulden. De website in zijn geheel kreeg van de meerderheid een score tussen 7 en 8 op 10. Toch gaf een kleine 30% een minder positieve score. Niet iedereen leek het nut van de website in het dagdagelijkse leven in te zien. Als suggestie wordt hier gegeven dat de website beter een iets volwassener look krijgt (VIGeZ, 2016a). Op 30 mei 2016 werd de website vernieuwd.

Binnen deze site werd nog geen zelftest opgenomen, aangezien de zelftest van Fit in je Hoofd niet is aangepast aan de jonge doelgroep. Het online coaching platform ontbreekt eveneens. Deze aspecten zullen in de toekomst worden opgenomen.

Bereik

Fig. 3.1.f: Aantal bezoekers website NokNok, 2012-2016:

	Aantal bezoeken	**Unieke bezoekers**
2012	16.171	12.558
2013	18.005	14.234
2014	18.929	15.736
2015	19.604	16.122
2016	29.542	23.055

In totaal werden 395 accounts aangemaakt. Op de website zijn 40 publieke verhalen terug te vinden, daarnaast werden 129 dagboekverhalen geschreven.

De verschillende materialen die worden verspreid ter bekendmaking van NokNok kennen een ruim bereik. In 2016, vanaf de lancering, werden postkaarten en stickers verspreid onder de Logo's. In totaal werden 45.000 postkaarten en 32.000 stickers verspreid. Van de posters waren dit er 8.400. Gedurende 2016 werden deze materialen nog in talrijke mate bijbesteld.

Tevredenheid

Uit de tevredenheidsbevraging (N=104) van 2012 komt naar voor dat de inhoud van de website de 12-16jarigen aanspreekt. Voor 87.2% van de deelnemers is de website goed vormgegeven en duidelijk opgebouwd. 82.4% van de jongeren heeft zin om de tips inderdaad of eerder wel uit te proberen en hetzelfde percentage neemt zich bovendien voor om de tips in de toekomst te gebruiken (VIGeZ, 2012e).

D. Zilverwijzer

Organisatie	VIGEZ, i.s.m. LOGO
Aanvang	2013
Type Preventie	Selectief
Doelgroep	Ouderen

Onderbouwing

Naast jongeren en maatschappelijk kwetsbare personen worden ouderen minder goed bereikt, als is het wel een belangrijke doelgroep (De Roover, 2012). In 2013 werd in vier verschillende Logo's aangevangen met een pilootproject van Zilverwijzer. Zowel de Logo's, begeleiders als deelnemers evalueerden de pilootstudie positief. Bijgevolg volgde een implementatie over gans Vlaanderen. Hierbij werden enkele drempels gevonden, nl. a) moeilijk te bereiken doelgroep; b) taboe rond geestelijke gezondheid; c) praktische moeilijkheden. Deze drempels werden aangepakt door het ontwikkelen van ondersteunende materialen en door het bevragen van het engagement bij de begeleiders van Zilverwijzer. Dit zorgde voor een boost in de periode september – december 2014 (Van Den Berge & Boonen, 2014).

Een Zilverwijzerreeks biedt minstens één en maximaal zes lokale groepssessies aan, voor groepen van maximaal tien deelnemers. De initiële doelgroep van Zilverwijzer bestaat uit actieve, nog thuiswonende zestigplussers (VIGeZ, 2015b).

Voor ouderen in woonzorgcentra werd in 2015 een aangepaste methodiek geïntroduceerd na een uitgebreide literatuur- en pilootstudie. Allereerst werd een projectgroep georganiseerd, bestaande uit verschillende belanghebbenden in de geestelijke gezondheidsbevordering binnen woonzorgcentra en/of residentiële ouderenzorg (Van Den Berge, 2015). Het doel is dat dit in 2017 uitgroeit, zodat ook een evaluatie hieromtrent kan plaatsvinden.

Bereik

Voor de methodiek gericht op thuiswonende ouderen werden reeds 73 trainers opgeleid. Na bevraging in 2014 bleken slechts 32 personen zich nog te engageren. In de woonzorgcentra zijn er op dit moment 102 trainers uit 61 voorzieningen.

Cijfers over het aantal deelnemers aan de sessies van Zilverwijzer zijn momenteel niet aanwezig.

Tevredenheid

Uit de pilootstudie van Zilverwijzer bleek dat iedereen tevreden was over de opleiding en de aangeboden materialen. De begeleiders bleken eveneens positieve ervaringen te hebben met deze methodiek. Ook de Logo's, die de pilootstudie begeleidden, kregen de kans de actie te evalueren. Ook zij zagen er het succes van in. Door deze positieve evaluatie werd Zilverwijzer verder gezet (VIGeZ, 2013).

Daarenboven werden de verschillende sessies van Zilverwijzer beoordeeld. Uit deze evaluatie van 502 evaluatieformulieren blijkt dat de meerderheid tevreden is over de sessies. Ook de trainers voldeden aan de verwachtingen. Daarenboven was er een goede tijdsindeling en uitnodigende groepssfeer aanwezig (VIGeZ, 2014)

Bij de testfase van Zilverwijzer in Woonzorgcentra uit 2015 werd eveneens gepeild naar de tevredenheid over de vorming. Gedurende deze fase werden vijf begeleiders opgeleid, waarbij de vorming positief werd onthaald. De deelnemers van de sessies (N=26) werden eveneens bevraagd. Hieruit bleek dat de inhoud en het verloop van de groepssessies positief werd onthaald. Ook de begeleiders die de sessies mee leiden waren tevreden. Tijdens de evaluatie werden wel een aantal aanpassingen aan de oefeningen gesuggereerd, met als doel deze beter aan te passen aan de doelgroep. (Van Den Berge, 2015).

Effect

Een studie naar het effect van deze methodiek is op dit moment afwezig. Het is echter belangrijk hier een zicht op te krijgen. In dit verband gaf VIGeZ aan hier aandacht aan te besteden.

E. Conclusie

Uit de literatuur blijkt dat het belangrijk is in te zetten op het versterken van de veerkracht en het bevorderen van de geestelijke gezondheid. VIGeZ ontwikkelde in dit verband de methodiek van Fit in je Hoofd. Naast het algemene publiek, worden ouderen, jongeren en kwetsbare individuen bereikt met een aangepaste methodiek.

Wanneer wordt gekeken naar de website van Fit in je Hoofd blijkt dat deze heel wat bezoekers krijgt. In 2015 waren dit er ongeveer 123.000. Bovendien zijn de gebruikers positief over de aangereikte handvaten (VIGeZ, 2009; VIGeZ 2015a). Ten slotte kan worden geconcludeerd dat een betere veerkracht wordt bereikt bij diegene die aan de slag gaan met de Fit in je Hoofd-methodiek (VIGeZ, 2015a).

Toch dient hierbij ook een kanttekening te worden geplaatst. Heel wat mensen met een verminderde veerkracht bezoeken de website en gaan ermee aan de slag, maar de mensen met een middelmatige over verhoogde veerkracht vinden minder snel hun weg. Het blijft echter belangrijk in te zetten op universele preventie en ook het mentaal welbevinden bij deze groep te versterken (VIGeZ, 2015a). Ook Goed-Gevoel-Stoel wordt positief onthaald. Zowel over de trainingen als over de sessies zijn de deelnemers tevreden (VIGeZ, 2012a; 2012c). Uit kwalitatief onderzoek blijkt bovendien dat de methodiek de beoogde doelstellingen bereikt (VIGeZ, 2012a). Voor de jongeren werd de website NokNok opgericht. Deze website kent jaarlijks een stijgend aantal bezoekers. Uit een bevraging blijkt dat 87.2% tevreden zijn over de *look and feel*. 85% gaf aan de methodiek te willen toepassen in de toekomst (VIGeZ, 2012e). Ten slotte wordt nog stilgestaan bij Zilverwijzer. Aangezien uit de pilootstudie blijkt dat deze methodiek een positieve uitkomst kent (Van Den Berge & Boonen, 2014), werd Zilverwijzer verder geïmplementeerd. In totaal werden er 73 trainers opgeleid. Er heerst algemene tevredenheid bij zowel begeleiders als deelnemers (VIGeZ, 2013; 2014). Ook de aangepaste methodiek voor woonzorgcentra heeft positieve vooruitzichten (Van Den Berge, 2015).

Naar de toekomst toe is het belangrijk om een goed zicht te krijgen op de sessies van de Goed-Gevoel-Stoel en Zilverwijzer. Ook het continu bevragen van de tevredenheid van de deelnemers en het onderzoeken van het effect van de methodieken wordt aanbevolen. Fit in je hoofd en haar afgeleide methodieken worden als zeer relevant ervaren. Toch dient nagegaan te worden of er voldoende methodieken beschikbaar zijn om de geestelijke gezondheid in Vlaanderen te bevorderen, zodat nog meer Vlamingen kunnen worden bereikt.

Verdere informatie over Fit in je Hoofd en nevenproducten kan worden teruggevonden op de website www.fitinjehoofd.be/professionals of kan worden opgevraagd bij VIGeZ.

4.1.1.2 Ondersteuningsvaardigheden bij ouders

Organisatie	Odisee
Aanvang	2015
Type Preventie	Selectief
Doelgroep	Professionelen/ouders

Onderbouwing

Zelfdoding is een belangrijke doodsoorzaak bij jongeren. Ook ligt het aantal pogingen en suïcidale gedachten hoog bij deze leeftijdsgroep. Hieruit blijkt dat jongeren worden gezien als een kwetsbare groep (Aerts, De Jaegere, & Portzky, 2016). Bij deze leeftijdsgroep kunnen invloeden uit de sociale omgeving een rol spelen (G. Portzky, Audenaert, & van Heeringen, 2009). Dit zorgt ervoor dat het gezin dient als primair netwerk voor ondersteuning bij kinderen en jongeren (Vandeurzen, 2012). Uit onderzoek blijkt dat ouders van kinderen die zichzelf verwonden kampen met gevoelens van onder meer kwaadheid, frustratie en isolatie. Er is nood aan ondersteuning bij het leren omgaan met hun kind (Byrne et al., 2008).

Deze strategie heeft tot doel de beschermende factoren binnen het gezin te versterken door de ouders voldoende te ondersteunen in hun rol. Allereerst zullen de noden en verwachtingen van ouders in kaart worden gebracht, om vervolgens een tool te ontwikkelen die hierop kan inspelen (Vandeurzen, 2012). Uit onderzoek blijkt namelijk dat trainingsmodules die gericht zijn op familieprocessen, zoals bijvoorbeeld het versterken van communicatievaardigheden tussen ouders en kind, een positieve impact kunnen hebben op het beperken van risicofactoren en het versterken van beschermende factoren bij suïcidaliteit (Hooven, Walsh, Pike, & Herting, 2012; Toumbourou & Gregg, 2002).

Stand van zaken

De studie naar de noden en verwachtingen bij ouders gebeurt in verschillende fasen. Allereerst werd de literatuur geraadpleegd, waarbij de nadruk lag op de behoeften, noden en verwachtingen van ouders in de relatie met hun suïcidaal kind. Deze literatuurstudie werd reeds afgewerkt en vormt de basis voor het kwalitatieve luik van deze studie. In dit luik werden interviews afgenomen met ouders wiens kind suïcidaal is of is geweest.

Deze gesprekken hadden tot doel om hoogte te krijgen van de noden en ervaringen van de ouders. Tijdens de interviews kwamen drie luiken aan bod. Allereerst werd gepeild naar de situatie voor de suïcidaliteit van de jongere, waarbij bijvoorbeeld wordt stilgestaan bij de gezinssituatie. Een tweede luik ging meer in op de aanleiding van de suïcidaliteit en het verloop ervan. Hierbij werd onder meer gepeild naar het hulpverleningstraject, maar ook het eventueel suïcidaal gedrag werd besproken. Van hieruit werd er verder ingegaan op de ervaringen, noden en verwachtingen die ouders hebben in de relatie met hun suïcidale jongere. Het kwalitatieve luik werd afgesloten door twee focusgroepen. Tijdens deze focusgroepen werden de eerste resultaten besproken en werden bovendien suggesties meegegeven voor de ontwikkeling van een tool.

Op basis van de literatuur, kwalitatieve studie en de inventarisatie van het aanbod door VLESP zal een tool worden ontwikkeld. De concrete invulling van deze tool staat nog niet vast, al zal er rekening worden gehouden met het breder geheel en het aanwezige aanbod in Vlaanderen. Daarenboven wordt er een evaluatie gepland, die zal worden gevoerd in samenwerking met VLESP.

Verdere informatie kan worden opgevraagd bij onderzoeker A. Reynders

4.1.1.3 Netwerkgroepen voor ouderen

Organisatie	Nog te bepalen
Aanvang	2017
Type Preventie	Selectief
Doelgroep	Ouderen

Een volgende actie, de netwerkengroepen voor ouderen, heeft als doel het sociaal kapitaal van deze doelgroep te versterken. Uit onderzoek komt namelijk naar voor dat er een samenhang is tussen suïcide en de sociale netwerk en kapitaal van het individu. Steun geven en krijgen werkt bufferend, relationele problemen verhogen dan weer het risico (Hooghe & Vanhoutte, 2011; Reynders, van Heeringen, De Maeseneer, & Van Audenhove, 2009). Daarenboven is het belangrijk om suïcidepreventie te richten naar ouderen, aangezien deze leeftijdsgroep hoge suïcidecijfers kent (Agentschap Zorg en Gezondheid, 2016).

Op dit moment is er een samenwerkingsverband tussen VIGeZ en VLESP, die samen een advies ter concretisering van deze actie hebben opgesteld en afgeleverd aan de Vlaamse Overheid. Dit advies is gebaseerd op een literatuurstudie en een verkenning van het veld. De literatuurstudie bestaat o.a. uit een inventaris van de bestaande methodieken. Op die manier worden de mogelijkheden in kaart gebracht waarop de verdere interventie kan worden gebaseerd. Daarnaast werd het landschap in Vlaanderen verkend om een zicht te krijgen op de belangrijkste actoren. Zo werd gekeken of de bevoegde actoren in de mogelijkheid zijn een pilootproject op te zetten en, indien effectief gebleken, de methodiek te implementeren (Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie & Vlaams Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie, 2016).

Uit de literatuur komt naar voor dat er nood is aan interventies op de verschillende preventie-niveaus (Nordentoft, 2011). Het is in dit verband belangrijk deze methodiek ook te richten naar ouderen die geen geschiedenis van suïcidaal gedrag hebben en die niet in behandeling zijn voor psychische problemen. Er moet met andere woorden worden ingezet op het bevorderen van de geestelijke gezondheid binnen de beoogde doelgroep (60+, vereenzaamde ouderen, voornamelijk mannen).

Hierbij is het belangrijk in te zetten op de sociale netwerkvorming. Het proces van ouder worden kan namelijk gepaard gaan met verlies van kansen op én mogelijkheden tot maatschappelijke participatie (Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie & Vlaams Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie, 2016). Een mogelijk gevolg hiervan is een hogere kans op eenzaamheid. Ook uit de Gezondheidsenquête van 2013 kon worden besloten dat vooral de oudere bevolking zich eerder geïsoleerd voelt (Gisle, 2014).

Naar concretisering van de actie werd vanuit VLESP en VIGeZ aan de Vlaamse Overheid voorgesteld om een organisatie te zoeken die reeds de nodige expertise heeft met ouderen. Dit is belangrijk naar implementatie toe, aangezien ondersteuning kan worden geboden naar de uitvoerder van de actie. Omdat het hier gaat om een nieuw te ontwikkelen methodiek is het belangrijk ook een onderzoek naar de effectiviteit in te plannen. Hierbij kan het advies en de ondersteuning van VLESP worden ingeroepen. Eens de methodiek effectief is gebleken, kan deze in Vlaanderen worden geïmplementeerd (Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie & Vlaams Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie, 2016).

Verdere informatie kan worden opgevraagd bij VLESP en VIGeZ.

4.1.1.4 Het doorbreken van stigma en het aanmoedigen van hulpzoekend gedrag

Organisatie	Te Gek?! + VVGG (lokale acties door Logo's) VLESP (partners suïcidepreventie i.h.k.v. werelddag en campagne)
Aanvang	2012
Type Preventie	Universeel
Doelgroep	Algemeen Publiek

Onderbouwing

Uit onderzoek komt naar voor dat kennis rond geestelijke gezondheidszorg en de mogelijke behandeling vaak minder aanwezig is (Jorm, 2011). Jorm (2011) staaft het argument echter dat dit belangrijk is, aangezien dit een impact kan hebben op het hulpzoekgedrag en behandeling van mensen met een geestelijke gezondheidsproblematiek. Het is namelijk zo dat signalen sneller kunnen worden opgepikt, waardoor sneller naar de gepaste hulp kan worden doorverwezen (Jorm, 2011). Hieraan kan worden voldaan door in te zetten op grote sensibiliseringscampagnes. Kelly en collega's (2007) stellen dat het inzetten op het sensibiliseren van het algemene publiek de vroeginterventie voor mentale stoornissen kan vergemakkelijken (Kelly, Jorm, & Wright, 2007).

Associatie Beeldvorming Geestelijke Gezondheid Vlaanderen

In Vlaanderen werd het beeldvormingsproject Associatie Beeldvorming Geestelijke Gezondheid Vlaanderen opgestart, waarbinnen de Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheid en Te Gek!? samenwerken. Binnen deze samenwerking worden verschillende sensibiliseringscampagnes opgestart. Aan de ene kant worden campagnes aangeboden die zich richten naar brede doelgroepen, zoals jongeren en werkgevers. Daarnaast worden ook meer specifieke thema's aangehaald, zoals jongdementie en psychose. Het doel van Associatie Beeldvorming is een "Geestelijk Gezond Vlaanderen" te verkrijgen.

Deze actie tracht psychische problemen in Vlaanderen bespreekbaar te maken en het stigma op psychische problemen te verminderen. Bovendien wil Associatie Beeldvorming de inclusie van mensen met een psychische aandoening promoten. Thornicroft en collega's (2007) stellen namelijk dat er een shift in focus moet komen. In plaats van in te zetten op het reduceren van stigma moet er ingezet worden in het reduceren van discriminatie.

Volgens hem is het belangrijker om het gedrag van de mensen bij te stellen (Thornicroft, Rose, Kassam, & Sartorius, 2007).

Aangezien websites een educatief aspect kennen wanneer gerichte informatie wordt aangeboden (Christensen & Griffits, 2009), maakt Associatie Beeldvorming gebruik van de website www.geestelijkgezondvlaanderen.be. Naast deze meer informatieve website, is er nog www.tegek.be. Deze website fungeert meer als campagnewebsite.

Campagne signaalherkenning

Sinds oktober 2016 kwam een samenwerkingsverband tot stand tussen Associatie Beeldvorming en VLESP. Binnen deze samenwerking zal een campagne rond signaalherkenning worden opgestart, dat gebaseerd is op een gelijkaardige actie uit de VS, nl. "*Know the five signs*". Dit is een campagne die werd ontwikkeld om signalen van onwelzijn te herkennen. Deze signalen zijn: verandering in persoonlijkheid, geërgerd zijn, terugtrekken, weinig zelfzorg en hopeloosheid (Bennett, z.j.). In Vlaanderen zal deze campagne gelijkaardige vorm krijgen. Vanuit VLESP wordt gezorgd voor de wetenschappelijke onderbouwing van de vijf signalen en de evaluatie van de campagne.

Acties VVGG

Naast de activiteiten die plaatsvinden in het samenwerkingsverband Associatie Beeldvorming, staan de afzonderlijke organisaties in voor andere sensibiliseringscampagnes. Hieronder kunnen de verschillende acties vanuit de VVGG worden teruggevonden, zoals onder meer de Levende Bibliotheek. Het principe van deze actie is dat mensen als het ware kunnen worden uitgeleend. Op basis van een korte samenvatting van hun levensverhaal kan je als lezer een gesprekspartner kiezen, waarmee je gedurende 30 tot 40 minuten in gesprek treedt. Deze actie werd gebaseerd op de contactstrategie en vond zijn inspiratie bij de Deense Human Library.

De contactstrategie houdt in dat een interpersoonlijk contact plaatsvindt tussen het algemene, brede publiek en mensen die zelf lijden aan een geestelijk gezondheidsprobleem. Dit wordt georganiseerd om het stereotiep beeld van deze populatie te doorbreken. Ook uit onderzoek van Pinfold en collega's (2003) blijkt dat de persoonlijke verhalen van mensen die lijden aan deze problematiek een grote impact kent op de publieke beeldvorming (Pinfold et al., 2003). Het onderzoek van Corrigan et al. (2012), stelt een significante verandering vast in de attitudes en gedragsintenties ten opzichte van met een mentale stoornis. Zeker het face-to-facecontact speelt hier een belangrijke rol in (Corrigan, Morris, Michaels, Rafacz, & Nicolas, 2012).

In 2015 werden negen dagen en in 2016 zeven dagen georganiseerd rond de levende bibliotheek. In 2016 werden 49 boeken 'uitgeleend', waarbij 153 lezers werden bereikt.

Acties Te Gek!?

Bij Te Gek!? worden verschillende initiatieven ondernomen, die gepaard gaan met een groot mediabereik. Het uitgangspunt is namelijk dat, voor het bekomen van een grotere openheid en het aanpakken van diepgeworteld stigma bij psychische problemen, het bereiken van de brede bevolking noodzakelijk is. Nieuwskanalen, radiozenders en kranten zijn aanwezig en geïnteresseerd bij de aanvang van de campagne. Op die manier wordt jaarlijks een paar miljoen mensen bereikt.

In 2014 had de campagne een focus op preventie van suïcide. Bart Schols, het beeld van de campagne, gaf verschillende interviews op radio en televisie. Hierbij werden respectievelijk 1.7 miljoen en 1 miljoen mensen worden bereikt. De documentaire die ermee gepaard ging kon rekenen op 300.000 kijkers. De tour zelf kende eveneens heel wat media-aandacht. Zo werden via radio 1.000.000 mensen bereikt en 200.000 via de televisie.

Het promotiemateriaal van Zelfmoord1813, zoals flyers en folders, en van het CPZ wordt verspreid tijdens onder meer de muziektheatertournées van Te Gek!?. Gemiddeld zijn dit er 50 per jaar.

De contactstrategie, dat hierboven reeds werd besproken, wordt ook toegepast binnen de Te Gek!? scholencampagne, waarbij in 2015 58 scholen werden bereikt. Uit onderzoek van Pinfold en collega's (2003) komt namelijk naar voor dat korte workshops een kortdurend, maar positief effect hebben op kinderen en jongeren (Pinfold et al., 2003). Schachter et al. (2008) geven aan dat het belangrijk is om zowel op educatie als op contact in te zetten (Schachter et al., 2008). In 2016 (29/11) zijn dit er tot nu toe 35 scholen. Deze getuigenissen komen erbij en brengen de campagne op een hoger niveau. Tot nu toe werden 39 getuigenissen in verschillende type scholen georganiseerd en werden 2.311 leerlingen bereikt.

Werelddag suïcidepreventie

Jaarlijks vraag de International Association for Suicide Prevention aandacht voor de werelddag suïcidepreventie, die op 10 september plaatsvindt. Ook in Vlaanderen wordt er jaarlijks geprobeerd aandacht te vragen voor de preventie van zelfdoding, door de organisatie van sensibiliserende acties zoals een loopevent, een online thunderclap etc.

Hoewel de impact en het effect van dit soort initiatieven moeilijk in kaart te brengen is, bleek het aantal betrokkenen telkens erg groot.

Bereik

Fig. 3.1.g: Aantal bezoekers website www.geestelijkgezondvlaanderen.be, 2012-2016

	Aantal bezoekers website	Aantal paginaweergaves
2012	8.914	75.084
2013	68.186	253.702
2014	206.569	500.064
2015	282.568	690.157
2016	327.175	777.084

Fig. 3.1.h: Verspreiding flyers met als thema 'rouw'& 'suïcide' + verspreiding van alle flyers, 2012-2016

	Flyer Rouw	Flyer Suïcide	Alle 21 flyers
2012	1.472	1.428	27.726
2013	1.395	1.278	26.449
2014	664	696	21.386
2015	1.236	1.342	25.847
2016	918	816	22.733

Fig. 3.1.i: Aantal handtekeningen charter Geestelijk Gezond Vlaanderen , 2012-2016

	Aantal handtekeningen charter
2013	2.400
2014	3.100
2015	3.900
2016	4.373

Naar aanleiding van de Werelddag Geestelijke Gezondheid worden jaarlijks verschillende acties georganiseerd. De coördinatie van deze acties ligt sinds 2015 bij VVGG. Heel wat lokale acties worden opgezet en/of gecoördineerd door de Logo's. In 2015 werden 247 acties georganiseerd in 85 steden. Dit jaar waren dit er meer dan 300 in 92 Vlaamse steden. Hierbinnen werd geen bereik gemeten naar het aantal deelnemers toe. Ook moet blijvend gewerkt worden aan het opnemen van het beeld van VVGG als coördinatieorgaan. Naar aanleiding van de editie in 2016 werden 30.000 postkaarten verspreid.

Conclusie

Associatie Beeldvorming kent verschillende doelstellingen. Het wil mensen sensibiliseren, zodat een reductie van stigmatisering kan worden verwezenlijkt. Bovendien wil het mensen met een psychische aandoening meer inclusie geven in de maatschappij. De website van Geestelijk Gezond Vlaanderen kende door de jaren heen een stijging van het aantal bezoekers. Ook de beschikbare flyers worden ruim verspreid. Daarnaast werden enkele campagnes uitgelicht. Allereerst werd stilgestaan bij de campagne signaalherkenning, dat in een samenwerking met VLESP wordt verwezenlijkt. Op dit moment wordt concreet vormgegeven aan de campagne. Daarnaast werd een licht geworpen op de specifieke acties van de organisaties. Deze acties kennen eveneens een groot bereik.

Om echt te kunnen vaststellen of de campagnes van de Associatie Beeldvorming een effect hebben op de reductie van stigmatisering is er in deze tussentijdse evaluatie nog niet voldoende data voorhanden. Zoals reeds eerder bij de bijkomende indicatoren werd aangegeven, is het aangewezen dat er opnieuw een onderzoek wordt uitgevoerd naar de attitudes en mogelijke stigma's rond geestelijke gezondheid bij Vlamingen. Op die manier kan er een vergelijking worden gemaakt met de gegevens van 2014.

Voor verdere informatie wordt er doorverwezen naar de VVGG (http://www.vvgg.be), Te Gek!? (http://www.sad.be/tegek/) of Associatie Beeldvorming (http://www.geestelijkgezondvlaanderen.be/).

4.1.1.5 Preventiecoaches

Organisatie	LOGO
Aanvang	2009
Type Preventie	Selectief
Doelgroep	Onderwijs/werkgevers

Onderbouwing

Suïcide is het gevolg van een veelheid van factoren, waardoor het belang van maatregelen op organisatie- en gemeenschapsniveau toeneemt. Wanneer je inzet op het voorkomen van suïcide, is de hele samenleving hierbij betrokken. De inzet op een goede geestelijke gezondheidszorg in deze maatschappij is daarom van belang (Vandeurzen, 2012).

De aandacht voor geestelijke gezondheid(szorg) binnen scholen is belangrijk, aangezien uit de gezondheidsenquête naar voor komt dat 21.8% van de bevraagde meisjes en 11.1% van de bevraagde mannelijke jongeren uit het secundair onderwijs aangeeft reeds twee keer of meer aan suïcide te hebben gedacht (Gisle, 2014). Jongeren kunnen bijgevolg beschouwd worden als een risicogroep. Aangezien adolescenten veel van hun tijd doorbrengen op school, kan deze omgeving een belangrijke setting vormen voor de uitbouw van een geestelijk gezondheidsbeleid in het algemeen en suïcidepreventie concreet. Bovendien komt uit de literatuur enige wetenschappelijke evidentie naar voor voor initiatieven op school. Zo blijkt het screenen naar suïcidaliteit binnen de school effectief, op voorwaarde dat de persoon in kwestie de nodige hulp krijgt aangeboden. Ook het opleiden van onderwijzend personeel en het aanleren van probleemoplossende vaardigheden aan de jongeren blijken effectieve maatregelen te zijn (Coppens et al., 2011).

In dit verband worden de preventiecoaches besproken. Dit is een actie die werd gecoördineerd door de Logo's. Preventiecoaches helpen organisaties om een omgeving te creëren die de groei en de geestelijke gezondheid bevordert (Taelemans & De Smedt, 2016). De actie verliep in drie fases.

Een eerste fase, het pilootproject, liep van 2009 tot 2012. Het doel van dit pilootproject was om een eerste aanzet te geven voor de uitbouw van een geestelijk gezondheidsbeleid binnen secundaire scholen (Preventiecoaches, 2012). **Een tweede fase** vond plaats van 2012 tot 2013. Hierbij werd er voornamelijk ingezet op de deskundigheidsbevordering en ondersteuning van school ondersteunende diensten, zoals een Centrum voor Leerlingenbegeleiding. Dit heeft als doel om de preventiecoaches in het schoollandschap duurzaam te verankeren. Dit coach-the-coachprogramma bestaat uit vier delen, namelijk een introductie tot het geestelijk gezondheidsbeleid, beschermende factoren, suïcidepreventie en ten slotte de focus op de setting school (Preventiecoaches, 2014). Ondertussen werd de actie in de scholen stilgezet. Een belangrijke opmerking die voortkwam uit de actie was dat de coaches te weinig tijd hadden om de implementatie op te volgen. De trajecten waren met andere woorden te kort. Bijgevolg kon de verankering van de verschillende initiatieven rond geestelijke gezondheid niet worden opgevolgd, waardoor deze vaak onbestaand bleef.

Ten slotte, **in de derde fase**, richtten de preventiecoaches zich tussen 2014 en 2015 op de werkomgeving. Onze arbeid is momenteel voornamelijk gericht op kenniswerk, waardoor cognitieve en mentale vaardigheden aan bod komen. Dit heeft als gevolg dat werknemers veerkrachtig en mentaal gezond dienen te zijn. Een bepalende factor hierin is de mate van controle die het individu heeft over zijn werkleven. Stress en depressie kunnen beïnvloed worden door de kwantiteit en kwaliteit van werk. Onze huidige maatschappij legt hoge eisen van productiviteit en competentie, wat onder meer een impact kan hebben op de stress en angst bij werknemers. Gezondheidsbevordering op het werk heeft volgens verschillende onderzoeken een positief effect. Op langere termijn kan dit leiden tot een groter welbevinden van de werknemer en tot een verbeterde sociale situatie van werknemers (De Roover, 2012; Lokkerbol, 2012). Uit het verkenningsrapport van de preventiecoaches kan worden besloten dat op lange termijn de inzet op het welbevinden van medewerkers kan zorgen voor minder zorguitgaven en meer actieve en productieve mensen. Daarnaast kan het werken op zich een positieve invloed hebben op de fysieke en mentale toestand van mensen, aangezien werkende mensen meer tevreden zijn en zich gezonder voelen (Lokkerbol, 2012). Uit de literatuur komt eveneens naar voor dat een combinatie van interventies met betrekking tot het individu en de omgeving belangrijk is (De Roover, 2012).

Bereik

Aan de eerste fase namen 256 scholen deel. Daarenboven stonden 11 scholen op de wachtlijst (Preventiecoaches, 2012). Het coachingstraject werd gevolgd door 188 scholen. De tweede fase, de vormingstrajecten, bestond uit negen trajecten op maat. Hierbij werden in totaal 139 deelnemers bereikt (Preventiecoaches, 2014).

De methodiek van de preventiecoaches naar de werkomgeving toe werd proefgedraaid in 72 ondersteuningstrajecten binnen een totaal van 28 organisaties en bedrijven (Taelemans & De Smedt, 2016).

Tevredenheid

Na het pilootproject werd gepeild naar de tevredenheid van de deelnemende scholen. Hierbij werd aangegeven dat de actie hen een duidelijk zicht had geboden omtrent het geestelijke gezondheidsbeleid. In dit verband kan er wel gesteld worden dat tijd en inspanningen vaak niet voor handen zijn en het proces hierdoor wordt bemoeilijkt. Ook het vaak gebrekkige draagvlak kan hier een rol in spelen (Preventiecoaches, 2012).

Na de tweede fase (2012-2013) werden de deelnemers bevraagd over de tevredenheid van het gevolgde traject. Hieruit komt een gemiddelde score van 70% naar voor. Het merendeel geeft aan in sterke of zeer sterke mate tevreden te zijn van het vormingstraject. Dit is eveneens het geval wat betreft de inhoud van het traject. Ook over de werkwijze en verkregen syllabus waren de meesten zeer tevreden (Preventiecoaches, 2014).

Ook in de derde fase, gericht naar bedrijven, werd de algemene tevredenheid gemeten (N=60). Gemiddeld werd de ondersteuning van de preventiecoaches gescoord op 7.9/10. Bovendien blijkt dat 88% van de respondenten het aantal bijeenkomsten voldoende vindt en wordt de duur van de gesprekken als voldoende beschouwd door 96% van de bevraagden (Taelemans & De Smedt, 2016).

Effect

Preventiecoaches scholen

Naar aanleiding van de pre- en posttest, die werd uitgevoerd in samenwerking met VIGeZ, gaf meer dan 75% aan een beter inzicht te hebben in het algemeen geestelijk gezondheidsbeleid van de school en op de werkpunten en prioriteiten op vlak van geestelijke gezondheid. Daarnaast kwam naar voor dat de actie en de begeleiding door de coach als erg positief werden beoordeeld (Preventiecoaches, 2012). Een belangrijke aanbeveling bij de Preventiecoaches op school is dat er meer tijd en begeleiding nodig is. Geestelijke gezondheidszorg moet structureel worden ingebed, wat gepaard gaat met een effectieve investering in middelen. De ouders moeten eveneens meer worden betrokken. Daarnaast moet het belang van de beschermende factoren onder de aandacht brengen (Preventiecoaches, 2012). Bij deze studie, waarbij onderzocht werd wat de studie teweegbracht in de scholen, moet echter de opmerking worden gemaakt dat anderhalf jaar te kort is om een groot effect te meten. Idealiter zou deze lopen over een tijdspanne van vijf jaar.

Preventiecoaches bedrijven

Daarnaast werd ook in de fase voor bedrijven gebruik gemaakt van een voor- en een nameting (N=72) (Taelemans & De Smedt, 2016). Naar de attitude toe ten aanzien van psychische problemen was er een significante stijging naar een meer positieve opstelling. Ook bij de vaardigheden en kennis werd deze stijging gevonden. Op die manier zijn de leidinggevenden zich meer bewust van de signalen van onwelzijn van de werknemers. Ze hebben eveneens meer kennis naar opvang en voelen zich comfortabeler om een gesprek over bepaalde psychische problemen aan te gaan. Ten slotte heeft het ook een impact op het uitbouwen van het geestelijk gezondheidsbeleid (Taelemans & De Smedt, 2016).

Wat het effect op langere termijn is kon niet worden vastgesteld bij deze metingen. Verdere metingen zijn nodig (Taelemans & De Smedt, 2016).

Conclusie

De Preventiecoaches, een initiatief van de Logo’s, werd opgericht tijdens het eerste VAS. In een eerste fase werd beoogd een geestelijk gezondheidsbeleid uit te bouwen binnen secundaire scholen. Tijdens deze eerste fase volgden de preventiecoaches in totaal 188 scholen. 75% kreeg een beter inzicht in de geestelijke gezondheidszorg, al waren tijd en middelen een noodzakelijk gegeven (Preventiecoaches, 2012).

In een tweede fase werd ingezet op de deskundigheidsbevordering van de CLB. In totaal werden 139 deelnemers bereikt bij de trainingen (Preventiecoaches, 2014). In de derde fase stapten de preventiecoaches naar de bedrijven toe. In 28 bedrijven werden 72 trajecten opgestart. Naar tevredenheid toe kreeg deze fase een score van gemiddeld 70%. Binnen de bedrijven werd een significante stijging naar een meer positieve houding gemeten (Taelemans & De Smedt, 2016).

De preventiecoaches gericht naar de scholen is afgelopen en wordt niet vervangen door andere initiateven. De vraag kan dan ook gesteld worden of dit geen hiaat in het VAS vormt aangezien uit de review van Zalsman et al. (2016) duidelijk naar komt dat universele preventieprogramma's gericht naar scholen een belangrijke suïcidepreventiestrategie is met sterke evidentie.

De preventiecoaches gericht naar bedrijven worden in 2017 door VIGeZ opgenomen in een grootschalig project waarin niet alleen naar geestelijke gezondheidsbevordering maar ook algemeen naar bevordering van gezondheidsgedrag zal worden gewerkt. Op basis van de evaluatie die zal deel uitmaken van deze actie, zullen naar de toekomst toe aanbevelingen kunnen gemaakt worden.

Informatie over de Preventiecoaches kan worden teruggevonden op http://www.preventiecoaches.be of kan worden opgevraagd bij de Logo's.

4.1.1.6 Richtlijnen m.b.t. berichtgeving over zelfdoding

Organisatie	Werkgroep Verder
Aanvang	2003
Type Preventie	Universeel
Doelgroep	Media

A. Mediarichtlijnen

Onderbouwing

Zoals reeds werd aangegeven, maken een veelheid aan factoren suïcide mogelijk. Ook de media spelen hierbij een rol. De media hebben namelijk een drempelverlagend effect en kan kopieergedrag uitlokken. Zo kunnen beroemdheden sterke modellen vormen voor suïcidaal gedrag. Wanneer daarenboven details worden vrijgegeven over bijvoorbeeld de methode, stijgt het risico op verder kopieergedrag (Vandeurzen, 2012). Daarnaast kent ook de zelfdoding van onbekenden navolging (Stevens & Delfosse, 2013).

Naast de kans op kopieergedrag, kan suïcide genormaliseerd worden door de berichtgeving. Hiermee wordt bedoeld dat suïcide als een aanvaardbare oplossing bij ernstige moeilijkheden wordt voorgesteld. Ook hier werkt de media bijgevolg drempelverlagend. Daarnaast kan een vereenvoudigd beeld worden opgezet van de suïcide, door bijvoorbeeld de achterliggende problematiek te minimaliseren (Dumon & Portkzy, 2013; Stevens & Delfosse, 2013).

Vanuit bovenstaande gegevens blijkt dat berichtgeving over suïcide niet zonder gevaar is. Toch bestaat er ook een positief effect, het Papageno-effect genoemd. Wanneer berichtgeving bijvoorbeeld illustreert hoe iemand zijn leven terug opneemt na een suïcidale crisis, kan dit beschermend werken. Vanuit deze informatie werden in verschillende landen richtlijnen ontwikkeld voor journalisten. Deze wijzen journalisten op hun cruciale rol binnen de preventie van suïcide. Uit onderzoek blijkt daarenboven dat mediarichtlijnen een invloed hebben op de kwaliteit van de verslaggeving rond suïcidaal gedrag (Dumon & Portzky, 2013).

Ook in Vlaanderen werden mediarichtlijnen opgericht. Een eerste aanzet werd gegeven door de ontwikkeling van een mediabeleid in 2003, dat zicht richtte op de afstemming en coördinatie van de mediaberichtgeving. Nadat uit een evaluatie bleek dat de in 2004 opgestelde brochure geen significante verschillen teweegbracht, werd in een 2006 een nieuwe folder opgesteld. De criteria binnen deze folder waren gebaseerd op internationale standaarden.

In 2012-2013 werden deze aanbevelingen vervolgens geëvalueerd en geactualiseerd in overleg met de mediasector, nabestaanden en partners binnen suïcidepreventie. De grote vernieuwing bij deze mediarichtlijnen is dat een nadruk wordt gelegd op het aspect 'hoop', waardoor duidelijk wordt dat de media ook een rol speelt in het voorkomen van zelfdoding (Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie, 2016).

Om de mediarichtlijnen bekend te maken bij journalisten en redacties organiseert Werkgroep Verder vormingen en colleges. Verder worden de mediarichtlijnen opgenomen in de agenda voor de Vereniging van Journalisten. Op die manier worden alle journalisten in Vlaanderen aangesproken. Alternerend kan ook een folder worden meegegeven of een advertentie in 'De Journalist', een initiatief van de Vlaamse Vereniging van Journalisten, worden geplaatst.

Een andere taak dat Werkgroep Verder op zich neemt, is die van Mediawatch. Hierbij is er een voortdurende waakzaamheid rond de berichtgeving van zelfdoding. De Vlaamse Vereniging van Journalisten biedt hiervoor ondersteuning aan. In dit verband moet ook de Media Award of mediaonderscheiding worden benoemd. Deze heeft tot doel de media te belonen wanneer een gunstige beeldvorming rond suïcide wordt opgezet.

Ten slotte moet worden gewezen op het communicatieplan dat werd opgesteld tussen de verschillende partners binnen het Vlaams Actieplan. Het communicatieplan vormt een leidraad voor alle betrokken actoren, aangezien communicatie een belangrijke tool is in de preventie en postventie van suïcide. Dit plan steunt op drie pijlers. Allereerst is het belangrijk om eenduidig te communiceren. In dit verband is het bijvoorbeeld belangrijk stil te staan bij het Vlaams Actieplan Suïcidepreventie en steeds naar Zelfmoord1813 en de Zelfmoordlijn te verwijzen. Ten tweede is het belangrijk om samen te communiceren. Hiermee wordt bedoeld dat de verschillende partners elkaar op de hoogte houden, waarin de coördinatie hiervan wordt opgenomen door VLESP. Deze communicatie gebeurt bovendien steeds in afstemming met de Vlaamse overheid en de verschillende partners binnen het VAS. Ten slotte moet steeds op een veilig en doordachte manier gecommuniceerd worden.

Wetenschappelijke onderbouwing vormt hier een belangrijk aandachtspunt, net zoals de mediarichtlijnen zelf en de aanbevelingen die in het kader van Euregenas werden opgesteld (*zie infra*).

Bereik

De gerelateerde pagina op de portaalsite van Zelfmoord1813 had 1.485 bezoekers in 2015. In 2016 waren dit er 594. Tussen 2014 en 2016 werd het rapport omtrent de mediarichtlijnen 166 keer gedownload. De bijhorende folder had in diezelfde periode 522 downloads.

Fig. 3.1.j: Aantal contacten met journalisten in het kader van de mediarichtlijnen, 2012-2016

	Contacten journalisten
2012	172
2013	123
2014	?
2015	?
2016	211

Fig. 3.1.k: Aantal journalisten en/of studenten bereikt via vorming, 2012-2016

	Aantal vormingen	**Aantal journalisten/studenten**	**Score**
2012	1	20	/
2013	6	150	7.5
2014	4	294	7.4
2015	5	220	8
2016	6	243	7,9

Effect

Voorafgaand aan de actualisering in 2012 werd een inhoudsanalyse opgezet. Tussen 2006 en 2009 werden uit de zes voornaamste kranten artikels verzameld rond suïcide om na te gaan of de berichtgeving over zelfdoding inhoudelijk was verbeterd. Significant meer artikels besteedden aandacht aan preventiemogelijkheden. De manier waarop iemand suïcide pleegde werd even vaak vermeld voor als na de invoering van de richtlijnen. Ook de vraag om niet te heroïseren en de psychische problematiek die samenhangt meer te benadrukken, had geen significante impact op de mediaberichtgeving. Het sensationele karakter van de berichtgeving daalde daarentegen significant sinds de bekendmaking van de richtlijnen (Coppens et al., 2011).

Aangezien bovenstaand onderzoek reeds gedateerd is, is een herhaling van bovenstaand onderzoek aangewezen.

Conclusie

De berichtgeving in de media kent een drempelverlagend effect naar suïcide toe. Het vergroot namelijk de kans op copycatgedrag en kan suïcidaal gedrag normaliseren (Stevens & Delfosse, 2013). De media kent echter niet enkel een negatief effect. Door positieve berichtgeving kan een suïcide worden voorkomen. In dit verband werden de mediarichtlijnen geïntroduceerd. Uit buitenlands onderzoek bleek dat deze richtlijnen effectief blijken (Dumon & Portzky, 2013). Ook in Vlaanderen werd onderzocht of de mediarichtlijnen een effect hebben, waaruit onder meer bleek dat meer aandacht werd besteed aan de preventiemogelijkheden (Coppens et al., 2011). Aangezien dit onderzoek gedateerd is, zal nieuw onderzoek moeten worden ingesteld. Het is echter belangrijk op te merken dat er in 2016 meer contacten waren met journalisten dan in 2012. Daarenboven blijkt dat heel wat vormingen worden georganiseerd, waarbij meer journalisten en studenten worden bereikt. Er wordt dus blijvend ingezet op de bekendmaking van deze richtlijnen. Zoals reeds eerder werd vermeld bij de bijkomende indicatoren kan uit het onderzoek van de Eenheid voor Zelfmoordonderzoek naar de effecten van de berichtgeving rond de suïcide van Steve Stevaert worden afgeleid dat de berichtgeving hieromtrent niet goed was en de mediarichtlijnen vaak niet werden gevolgd. Blijvende aandacht en opvolging is dus zeker aangewezen

B. Theateradviezen

Onderbouwing

Theaterstukken worden niet specifiek aangesproken in bovengenoemde richtlijnen. Het is echter een zeer krachtig middel dat een enorme impact kan hebben op het publiek (Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie, z.j.; VLESP). Scholen en CLB's werden bovendien geconfronteerd met dit soort stukken, waardoor de vraag werd gesteld richtlijnen op te stellen naar theater toe. In dit verband werden theateradviezen opgesteld door de samenwerking tussen VLESP, Werkgroep Verder en de CGG-SP. De implementatie van de adviezen werd bovendien ondersteund door het departement onderwijs en het departement Cultuur van de Vlaamse Overheid, die mee de richtlijnen hebben verspreid via onder meer nieuwsbrieven. Deze adviezen richten zich naar scholen die interesse hebben in het boeken van een toneelstuk omtrent geestelijke gezondheidsproblemen en suïcide.

Het zijn enkele aandachtspunten om de scholen waakzaam voor te maken wanneer zij een theaterstuk boeken. Het is m.a.w. geen instrument dat werd ontwikkeld gericht naar theatermakers zelf.

Bereik

Om het bereik van de theateradviezen aan te tonen, moet een beroep worden gedaan op de verspreiding van het aantal folders. Deze worden tweeledig verspreid. Aan de ene kant kunnen deze worden gedownload op de portaalsite van Zelfmoord1813.be. Daarnaast worden de folders ook verspreid door de CGG-SP wanneer zij vormingen en infomomenten organiseren op scholen. Dit laatste zorgt echter voor problemen wanneer het bereik in kaart moet worden gebracht. Het is namelijk niet duidelijk in welke mate alle flyers ook degelijk worden verspreid. Omtrent de downloads kon wel worden opgevangen dat het infofiche 242 keer werd gedownload sinds de lancering ervan. De achtergrondtekst daarentegen kende 78 downloads, de brochure 22.

C. Fictierichtlijnen

Naast de aandacht voor non-fictieve voorbeelden, zoals de berichtgeving over suïcide van beroemdheden, moet er ook aandacht uitgaan naar de zelfdoding bij fictieve voorbeelden, zoals in televisieseries en films. Voorbeelden uit de literatuur geven aan dat copycatgedrag ook bij fictieve cases kan voorkomen (Geeta & Krishnakumar, 2005; Saint-Martin, Prat, Bouyssy, & O'Byrne, 2009). Ook vanuit deze groep kan een kopieergedrag voorkomen, als is het effect wel kleiner dan bij non-fictie (Hawton et al., 1999; Simkin, Hawton, Whitehead, Fagg, & Eagle, 1995). Aangezien uit contacten met televisiemakers en scenaristen naar voor kwam dat de mediarichtlijnen niet konden vertaald worden naar fictieve situaties, werd geopteerd om fictierichtlijnen op te stellen. Dit gebeurt in een samenwerking tussen Werkgroep Verder, CGG-SP en VLESP. Op dit moment kan enkel een stand van zaken hieromtrent worden meegegeven. Het proces verliep in drie grote luiken. Allereerst werd een uitgebreide literatuurstudie gehouden. Deze literatuurstudie werd voorgelegd aan de partners en de feedback zal worden verwerkt. Een tweede luik is de afname van semi-gestructureerde interviews en de organisatie van focusgroepen. Zowel de interviews als de focusgroepen hebben als doel ook het werkveld (film- en televisiemakers, muziek, theater en literatuur) te betrekken bij het opstellen van deze richtlijnen. De deadline voor deze actie ligt midden 2017.

De mediarichtlijnen en theateradviezen kunnen worden teruggevonden op de portaalsite van Zelfmoord1813. Verdere informatie kan worden opgevraagd bij Werkgroep Verder, VLESP of de CGG-SP.

4.1.1.7 Conclusie strategie 1

De eerste strategie werd in het Vlaams Actieplan opgedeeld in verschillende deelstrategieën. De eerste strategie, dat het verhogen van de veerkracht voor ogen heeft, wordt voornamelijk ingevuld door de methodieken van Fit in je Hoofd, Goed-Gevoel-Stoel, NokNok en Zilverwijzer. Met deze methodieken worden verschillende doelgroepen bereikt, al blijkt uit het rapport uit 2015 dat Fit in je Hoofd voornamelijk de mensen bereikt met een (sterk) verminderde veerkracht (VIGeZ, 2015a). Mensen met een middelmatige of een verhoogde veerkracht maken minder gebruik van de aangeleverde methodiek. Het is echter belangrijk om ook in te zetten op de universele preventie en de veerkracht van het bredere publiek te beogen. Er kan dan ook de vraag gesteld worden of er voldoende methodieken zijn om de veerkracht te verhogen en de geestelijke gezondheid te bevorderen. De relevantie van Fit in je Hoofd wordt niet in vraag gesteld maar wel of er geen bijkomende methodieken moeten worden ontwikkeld en of een voldoende groot aantal Vlamingen wordt bereikt.

Een tweede deelstrategie gaat verder in op de ondersteuningsvaardigheden bij ouders. Op dit moment is deze actie nog in ontwikkeling, net zoals de actie die verder ingaat op de netwerkgroepen bij ouderen. Deze laatste kadert in de derde deelstrategie, nl: het bevorderen van sociale aansluiting. De evaluatie van deze twee acties zal worden opgenomen in de eindevaluatie van het VAS II.

Ten vierde is er een belangrijke rol weggelegd voor Associatie Beeldvorming Geestelijk Gezond Vlaanderen, dat het zoeken naar hulp wil aanmoedigen en het stigma wil doorbreken. Verschillende projecten en campagnes werden reeds genomen om het brede publiek te sensibiliseren over geestelijke gezondheid(szorg). Hiernaast moet nog worden meegegeven dat de verschillende belanghebbende actoren een grote rol spelen in deze sensibilisering. Aan de hand van flyers, vormingen en campagnes wordt geprobeerd de bestaande hulpmogelijkheden bekend te maken en bijgevolg het stigma op geestelijke gezondheid te doorbreken.

Tenslotte gaat er aandacht uit naar de leefomgeving. Het is namelijk belangrijk dat de gemeenschap, school, werkplaats suïcideveilig en gezondheidsbevorderend is. Allereerst wordt er ingegaan op de preventiecoaches, die trajecten naar zowel scholen als bedrijven organiseerde. De CLB-medewerkers werden gesensibiliseerd en gevormd om het beleid rond geestelijke gezondheid in de scholen voldoende op te volgen en bij te sturen waar nodig. De preventiecoaches in de scholen werden na afloop van de actie stopgezet.

Het is echter belangrijk hierop in te zetten. Uit de systematic review van Zalsman en collega's (2016) blijkt dat universele programma's gericht naar scholen erg effectief zijn in de preventie van suïcide. Met het stopzetten van deze actie zijn er op dit moment weinig methodieken gericht naar scholen. De preventiecoaches in bedrijven kregen een verderzetting in de bedrijfscoaches, dewelke nu in opstart zit. Ook de richtlijnen naar media, theater en fictie kunnen in dit verband worden aangebracht, al blijft het belangrijk de opvolging hiervan te verzekeren.

Samenvattend kan gesteld worden dat er heel wat initiatieven genomen worden om het brede publiek te sensibiliseren. Tevens zijn er heel wat acties die zich richten op de geestelijke gezondheid in het algemeen. Toch blijft het belangrijk aandacht te hebben voor de mogelijke bijsturing van deze acties en de vraag of er voldoende acties zijn gericht naar universele preventie. De verschillende doelgroepen en settings dienen te worden bereikt maar het is niet altijd duidelijk of dit het geval is.

Daarenboven is het belangrijk dat de gebruikers voldoende in kaart worden gebracht. Dit gebeurt tweeledig. Enerzijds moet het bereik voldoende worden opgevolgd, anderzijds is het essentieel om de tevredenheid te bevragen. Deze informatie is echter vaak beperkt aanwezig. Ten slotte dient er voldoende aandacht uit te gaan naar de effectiviteit van het project. Studies in dit verband zijn vaak afwezig of van mindere kwaliteit.

4.1.2 Strategie 2: Suïcidepreventie door laagdrempelige telefonische en online hulp

De tweede strategie zet in op het bieden van hulp via (nieuwe) technologie. In eerste instantie moet de website Zelfmoord1813.be worden besproken. Dit is dé centrale toegangspoort in Vlaanderen, waarop informatie en hulp kan worden teruggevonden. Zo kan ook de Zelfmoordlijn hierop worden teruggevonden. Vervolgens gaat een belangrijke aandacht uit naar Preventie 2.0. Aan de hand van bijvoorbeeld sociale netwerksites kunnen interventies worden gecreëerd. Ten slotte moet ook de Serious Game worden vermeld.

4.1.2.1 Zelfmoord1813

Organisatie	VLESP
Aanvang	2014
Type Preventie	Universeel
Doelgroep	Iedereen

Onderbouwing:

Uit de Gezondheidsconferentie Suïcidepreventie bleek een grote nood aan het installeren van één toegangspoort voor de preventie van suïcidaliteit (één telefoonnummer, één portaalsite), daaraan gekoppeld een geïntegreerd e-mental-health systeem van getrapte (keten)zorg en het betrekken van de omgeving van suïcidale mensen (Vandeurzen, 2012). In dit verband werd de website www.zelfmoord1813.be opgericht. Deze website is een samenwerkingsverband tussen de verschillende partners met terreinwerking en wordt regelmatig bijgewerkt, indien nodig. Ten slotte is het belangrijk mee te geven dat de portaalsite werd afgestemd op de noden van verschillende doelgroepen, zoals bijvoorbeeld de LGBT-gemeenschap.

Tot de doelgroep behoren:

- Jongeren, volwassenen en ouderen die zich in het suïcidaal proces bevinden
- De omgeving en mantelzorgers van deze mensen in nood
- Hulpverleners e.a. intermediairs die vanuit een professionele invalshoek werken met suïcidale mensen.
- Nabestaanden
- De burger mag ook niet vergeten worden. Deze website geeft informatie aan iedereen die het aanbelangt: journalisten, studenten etc.

Bereik

Fig. 3.2.a. Aantal bezoekers website, 2015 - 2016

	Aantal bezoeken website	**Aantal unieke bezoekers website**	**Aantal pagina's bezocht**
2015	178.836	126.679	453.127
2016	170.705	119.271	455.707

Hieronder kan de top vijf van de meest bezochte pagina's, naast de homepage, worden teruggevonden voor 2016.

Fig. 3.2.b: Top vijf van de meest bezochte pagina's, naast de homepage, 2016

	Paginaweergaven	**Unieke paginaweergaves**
1. Ik heb hulp nodig	26.558	19.763
2. Ik ben bezorg om iemand	13.039	9.834
3. Ik heb hulp nodig/ Omgaan met zelfmoordgedachten	12.516	10.326
4. Nabestaanden	7.647	5.539
5. Ik heb hulp nodig/Je wilt snel met iemand praten	7.509	6.349

Tijdens het academiejaar 2016-2017 wordt de bekendheid van Zelfmoord1813 nagegaan in het kader van een masterstudie. De resultaten van deze studie worden verwacht in 2017.

Tevredenheid

In 2015 vond eveneens een gebruikersonderzoek plaats. 1392 bezoekers vulden dit in, waarvan 952 volledig. 90% gaf aan tevreden te zijn met de inhoud van de website. 69% van de respondenten gaven aan te vinden wat ze zochten op de website. Ook gaf 88% aan dat ze makkelijk hun weg konden vinden op de website. 89% van de gebruikers zou de website aanraden aan anderen.

Conclusie

Sinds 2014 wordt alle informatie inzake suïcide en de preventie ervan verzameld op de portaalsite zelfmoord1813.be. Deze website richt zich zowel naar mensen in een crisissituatie als naar hulpverleners en na(ast)bestaanden. Bovendien biedt de website laagdrempelig informatie aan aan het brede publiek. Zowel in 2015 als in 2016 werd de website ongeveer 170.000 keer bezocht. De pagina dat het vaakst werd bezocht in 2016 was “Ik heb hulp nodig”. Uit het gebruikersonderzoek blijkt dat 90% tevreden is met de inhoud van de website. Het is echter belangrijk dit gebruikersonderzoek op regelmatige basis te herhalen, zodat de gebruikers blijvend kunnen worden opgevolgd.

Verdere informatie over de portaalsite Zelfmoord1813.be kan worden opgevraagd bij VLESP.

4.1.2.2 Zelfmoordlijn

Organisatie	CPZ
Aanvang	1979
Type Preventie	Geïndiceerd
Doelgroep	Mensen die aan zelfdoding denken en hun omgeving

Onderbouwing

Uit de literatuur komt naar voor dat een gesprek aan een hulplijn kan zorgen voor een significante daling van de noodtoestand waarin de persoon zich bevindt aan de hand van crisisoverbrugging. Er kan eveneens een daling worden gevonden in het ervaren van hopeloosheid (Kalafat, Gould, Munfakh, & Kleinman, 2007; Kalafat, Gould, & Kleinman, 2007; Mishara et al., 2007). Uit het onderzoek van Gould en collega's (2007) blijkt dat zo'n crisishulplijn effectief is. Er wordt namelijk een significante reductie in de intentie om te sterven, de hopeloosheid en de psychologische pijn gevonden na het gesprek. Na een follow-up periode bleek dat ook de laatste twee factoren een significante daling kenden. Het was echter zo dat de intentie om te sterven niet significant daalde (Gould, Kalafat, Munfakh, & Kleinman, 2007).

Het Centrum ter Preventie van Zelfdoding coördineert in dit verband de Zelfmoordlijn. In 2013 kreeg deze lijn het verkorte nummer 1813. De lijn wordt bezet door vrijwilligers en is 24 uur op 24 uur beschikbaar, waardoor er kan worden ingespeeld op acute situaties. De keuze voor vrijwilligers ligt in verschillende zaken. Allereerst zorgen vrijwilligers voor laagdrempelige hulpverlening, aangezien suïcidale personen vaak weigerachtig staan tegenover professionele hulp. Bovendien kunnen vrijwilligers worden ingezet buiten de reguliere werkuren en via verschillende kanalen, zoals telefoon, e-mail en chatdienst. Vrijwilligers werken dus complementair aan professionele hulpverleners (Mishara et al., 2016).

De Zelfmoordlijn vertrekt vanuit een *client-centered benadering*. Tijdens de gesprekken wordt er geluisterd naar de oproeper en wordt een risicoanalyse opgesteld. Uit de literatuur komt namelijk naar voor dat het belangrijk is de suïcidaliteit van de oproeper te bevragen (Joiner et al., 2007), waardoor gesprekken voldoende directief dienen te zijn (Mishara et al., 2007).

Uit het onderzoek van Joiner en collega's (2007) komt naar voor dat vier elementen van belang zijn te bevragen, namelijk het suïcidale verlangen, de suïcidale bekwaamheid, de suïcidale intentie en ten slotte de buffers die kunnen werken bij suïcide. Onder het suïcidaal verlangen worden onder meer de wens om te sterven en de passieve houding tegenover de dood begrepen. De suïcidale bekwaamheid daarentegen houdt bijvoorbeeld het beschikken over de middelen of mogelijkheden om suïcidaal gedrag te stellen. Suïcidale intentie is dan weer het stellen van voorbereidende handelingen. De combinatie van deze drie zorgt ervoor dat er een groot risico kan aanwezig zijn op suïcidaal gedrag. Daarnaast is het ook belangrijk om de buffers of sociale verbindingen te bevragen, aangezien in de meeste gevallen er nog een wil om te blijven aanwezig is (Joiner et al., 2007). Deze vier principes worden ook ingebed in de gesprekken aan de Zelfmoordlijn in Vlaanderen. Het model van Joiner en collega's (2007) komt in grote mate overeen met de criteria die worden vooropgesteld door de American Association of Suicidology. Er wordt namelijk gesteld dat de beantwoorders van crisislijnen sterk ingaan op de doodswens en doodsintentie, op het suïcideplan, op de mogelijkheden dit plan uit te voeren en op de beschermende factoren en aanwezige ambivalentie (Coppens et al., 2011).

Daarnaast brengt ook het internet mogelijkheden naar suïcidepreventie toe. Vandaar dat de Zelfmoordlijn werd uitgebreid naar chat en e-mail. Ook hier wordt het laagdrempelige karakter naar voor gedragen als grote pluspunt (Claessens, 2016; Dumon & Portzky, 2013). Uit het onderzoek van Mokkenstorm en collega's (2016), toegepast op 113Online uit Nederland, komt naar voor dat vooral een jonge populatie wordt bereikt (Mokkenstorm et al., 2016). Aangezien jongeren minder vaak de telefoondienst gebruiken (Gould & Kalafat, 2009), kan de chatdienst hieraan voldoen.

Het is belangrijk te benoemen dat de vrijwilligers aan de Zelfmoordlijn voorzien worden van een uitgebreide reader, die zesmaandelijks wordt aangepast aan de bestaande literatuur. Dit zorgt ervoor dat de reader van recente datum en dus up-to-date is in het omgaan met suïcidale crisissen.

De vrijwilligers van de Zelfmoordlijn worden bovendien op intensieve wijze geselecteerd en volgen een uitgebreide opleiding. Zo worden functioneringsgesprekken georganiseerd en zorgt het CPZ voor voldoende contactopnames. De vorming bestaat uit minimum 40 uur. In elke sessie komen minstens 20 rollenspelen via chat of telefoon aan bod, die daarna in groep worden besproken. Ook bij de evaluatie van kandidaat-vrijwilligers worden rollenspelen gehanteerd.

De vrijwilligers worden permanent gevormd door lezingen en vormingen. Daarenboven wordt tweemaandelijks een supervisiemoment ingepland. Ook wordt het verslag van het gesprek de dag er na nagelezen, dit als wijze van kwaliteitscontrole. De medewerker van het CPZ heeft hierbij ook de kans om de vrijwilliger te contacteren en feedback te geven over het gevoerde gesprek. Omgekeerd kunnen de vrijwilligers een beroep doen op een 24-uurs permanentie bv. in geval van een noodsituatie (Centrum ter Preventie van Zelfdoding, 2015b). Dit wordt eveneens toegepast naar de chathulpverlening toe. Bij het e-mailverkeer wordt een tweede vrijwilliger ingesteld om de e-mail te voorzien van feedback. Pas na deze feedback wordt de e-mail verstuurd.

In 2012 kreeg het CPZ de erkenning van organisatie met terreinwerking. Om de capaciteit van de Zelfmoordlijn te verhogen, werd een samenwerking aangegaan met Tele-Onthaal. Deze samenwerking werd operationeel eind 2013. Om een uniforme aanpak te garanderen en om de kwaliteit van de gesprekken te verzekeren, werd een groep van Tele-Onthaal vrijwilligers – bovenop hun basisopleiding die ze bij Tele-Onthaal genoten – getraind om ook de Zelfmoordlijn te bemannen. Een 8-uur durende sessie inzake crisisgespreksvoering bij suïcidaliteit werd gegeven door de medewerkers van het CPZ. Daarnaast werden een aantal kwaliteitsafspraken gemaakt tussen CPZ en TO, die door elke vrijwilliger dienden gehaald te worden (Centrum ter Preventie van Zelfdoding, 2013b). Een grondige evaluatie van dit samenwerkingsmodel eind 2015 leverde twee belangrijke vaststellingen op: de investeringen die binnen de Tele-Onthaal diensten geleverd moesten worden om de vrijwilligers aan de Zelfmoordlijn hun werk te kunnen laten doen, stond niet in verhouding met het aantal gevoerde gesprekken. Daarnaast bleek dat het – ondanks de extra inspanningen – niet evident was om een uniforme gespreksaanpak en kwaliteit te garanderen. Eind 2015 werd het samenwerkingsmodel dan ook bijgestuurd: de vrijwilligers van Tele-Onthaal zouden niet langer mee de Zelfmoordlijn beantwoorden.

Wel werd een doorschakelingssysteem ingebouwd in de telefooncentrale van de Zelfmoordlijn, waardoor indien de lijnen van de Zelfmoordlijn niet bereikbaar zijn, de oproeper de keuze krijgt om door Tele-Onthaal geholpen te worden. Deze beslissing heeft wel een invloed op het cijfermateriaal. Op dit moment worden de oproepen die worden doorgeschakeld namelijk niet meer opgenomen onder de cijfers van de Zelfmoordlijn, hoewel meer oproepers geholpen kunnen worden doordat bij doorschakeling de volledige capaciteit van Tele-Onthaal wordt aangesproken. Hiermee moet rekening worden gehouden bij de interpretatie van de cijfers.

De vrijwilligers krijgen voor hun intakegesprek de Vragenlijst Reacties op Suïcidaliteit (geen *cut-off* aanwezig). Dit wordt herhaald na de opleiding en na een bepaalde periode waarin ze vrijwilliger zijn. Hier worden verschillende zaken op teruggevonden. Allereerst valt op dat er een groot verschil is tussen de mensen die na aanmelding worden toegelaten en zij die niet worden toegelaten. Ook na de opleiding blijkt dat de scores hoger liggen, net zoals de follow-upmeting. De mate van contact en de intensieve training lijkt ervoor te zorgen dat de vrijwilligers van de Zelfmoordlijn betere vaardigheden creëren, die in dezelfde lijn liggen als professionele hulpverleners. Een bijkomend doel van de vragenlijst is dat hiaten of mindere scores sneller kunnen worden opgemerkt, waarop dan wordt ingezet op de volgende vorming of intervisie (Scheerder, Reynders, Andriessen, & Van Audenhove, 2010).

Bereik

Fig. 3.2.c: Aantal oproepen Zelfmoordlijn, opgesplitst naar de verschillende kanalen, 2012-2016

	Telefoon	**Chat**	**Mail (enkel CPZ)**	**Totaal**
2012	10.219	1.176	75	11.395
2013	CPZ:9.269 TO: 358	CPZ: 1.084 TO: 88	504	CPZ:10.857 TO: 446
2014	CPZ: 9.042 TO: 3.001	CPZ: 1.193 TO: 663	637	CPZ:10.872 TO: 3.664
2015	CPZ: 11.128 TO: 3.381	CPZ:1.472 TO: 746	1.556	CPZ: 14.156 TO: 4.127
2016	11.478	1.554	1.527	CPZ:14.559 TO: 5.698*

Bron: Centrum ter Preventie van Zelfdoding, 2013a, 2014a, 2015a

** na doorschakeling*

Fig. 3.2.d: Aantal vrijwilligers werkzaam aan de Zelfmoordlijn, 2012-2016

	Aantal vrijwilligers CPZ
2012	74
2013	84
2014	77
2015	134
2016	134

Bron: Centrum ter Preventie van Zelfdoding, 2013a, 2014a, 2015a

Het cijfer voor 2014 moet genuanceerd worden (*zie fig. 3.2.d*). Het is echter zo dat de nieuwe vrijwilligers die de opleiding volgden in het najaar, pas midden januari konden aanvangen als vrijwilliger. Eind januari 2015 waren 93 vrijwilligers actief (Centrum ter Preventie van Zelfdoding, 2014b).

Tevredenheid

Op het einde van elk gesprek aan de Zelfmoordlijn registreert de vrijwilliger hoe het gesprek beëindigd is. Ook de ervaring van de vrijwilliger zelf wordt bevraagd.

Aan de e-maildienst wordt een tevredenheidsenquête gekoppeld, die de gebruikers op vrijwillige basis kunnen invullen. De eerste maand nadat de e-maildienst werd opgericht, werd deze zesmaal ingevuld. De reacties waren positief, de e-mails voldeden aan de verwachtingen (Centrum ter Preventie van Zelfdoding, 2012). Ook in 2014 kon worden vastgesteld dat de meerderheid tevreden tot zeer tevreden was. De e-maildienst kreeg een gemiddelde score van 3.7 op 5. Uit deze gegevens blijkt eveneens dat de voorkeur voor de hulpverlening via e-mail een bewuste keuze is (Centrum ter Preventie van Zelfdoding, 2014b). In 2015 kregen de e-mails een 4.2 gemiddeld voor de tevredenheid. Hieruit kan een lichte stijging van de tevredenheid worden vastgesteld (Centrum ter Preventie van Zelfdoding, 2015b). In 2016 werd de e-maildienst gemiddeld gescoord met 3.99 op 5.

Sinds de start van de samenwerking met Tele-Onthaal werden de klachten over de Zelfmoordlijn structureel bijgehouden. Deze klachten kunnen in beperkte mate weergeven wat voor de gebruikers nog struikelblokken zijn. In de periode 13/11/13 tot eind 2014 werden 16 klachten ontvangen. 9 hiervan betroffen de bezetting van de lijn (voornamelijk raakt de gebruiker niet binnen op de telefoon of chat).

De 7 overige klachten gaan meer over de inhoudelijke werking van de lijn, waarbij bijvoorbeeld werd aangegeven dat de gebruiker graag een volgend gesprek wil met dezelfde vrijwilliger (Centrum ter Preventie van Zelfdoding, 2014b). In 2015 werden 19 klachten geregistreerd, waarbij 9 klachten gingen over het niet bereiken van deze helplijn, 10 gingen er dan weer in op de aanpak aan de lijn. Bij elk van deze klachten nam de directie van het CPZ persoonlijk contact op met de persoon in kwestie (Centrum ter Preventie van Zelfdoding, 2015b). In 2016 waren er 16 klachten, waarvan 6 over de bezetting van de lijn. Alle klachten werden naar tevredenheid afgehandeld.

Effect

De Zelfmoordlijn is kosteneffectief. Aan de hand van een model waarmee de gezondheidswinst van een preventieve actie kan worden gesimuleerd, kon worden bepaald dat de totale kost lager ligt bij het gebruik van de Zelfmoordlijn. Dit komt omdat medische en economische kosten gerelateerd met suïcide worden vermeden. Ook komt naar voor dat er een verbetering is van de gezondheid, vooral bij mannelijke oproepers.

Ten slotte kon worden vastgesteld dat 35% van de pogingen en suïcides kan worden voorkomen door de organisatie van de Zelfmoordlijn. Enerzijds komt dit door het hogere risico dat oproepers hebben, anderzijds door de specifieke gespreksvoering (Pil, Pauwels, Muijers, Portzky, & Annemans, 2012).

Daarnaast worden de vrijwilligers bevraagd aan de hand van de VROS (Vragenlijst Reacties op Suïcidaliteit). Uit een onderzoek van Scheerder en collega's (2010) blijkt dat dit instrument valide is. Hierbij was het opmerkelijk dat de nieuwe vrijwilligers aan de Zelfmoordlijn een relatief hoge score hadden, zelfs zonder medische of psychologische achtergrond (Scheerder et al., 2010). In 2014 werd bij alle actieve vrijwilligers een nieuwe afname gedaan, waaruit bleek dat de gemiddelde score 41 was. Het permanent voeren van gesprekken met suïcidale personen en de permanente vorming zorgen dus voor een verdere daling in de VROS-scores (Centrum ter Preventie van Zelfdoding, 2014b).

Bovendien blijkt uit een analyse naar aanleiding van een presentatie rond de kwaliteit van de vrijwilligers (2015) dat er een duidelijk verschil is in de scores van vrijwilligers die wel of niet worden toegelaten tot de vorming. Ook de scores van de vrijwilligers die de opleiding niet voltooien of niet slagen, vertonen significante verschillen met de vrijwilligers die wel slagen, gebaseerd op de meting voor de opleiding.

Conclusie

Het Centrum ter Preventie van Zelfdoding organiseert de Zelfmoordlijn 1813. Zij bieden via telefoon, chat en e-mail hulp aan suïcidale personen. Deze hulplijn werkt drempelverlagend, wat zich ook vertaald in het aantal contactmomenten. Ten opzichte van 2012 kan een stijging van het aantal oproepen worden teruggevonden. Mede de samenwerking met Tele-Onthaal zorgde voor een verhoging van de permanentie, waardoor meer oproepen konden worden beantwoord.

De lijn werkt *client-centered* en zet in op crisisoverbrugging, waarbij de suïcidaliteit wordt bevraagd. De Zelfmoordlijn is kosteneffectief, zo komt naar voor uit het onderzoek van Pil en collega's (2012). Bovendien blijkt dat de VROS-scores voor vrijwilligers minstens even goed zijn als die van professionele hulpverleners.

Informatie over de Zelfmoordlijn kan worden teruggevonden op de portaalsite van Zelfmoord1813 of worden opgevraagd bij het Centrum ter Preventie van Zelfdoding.

4.1.2.3 Preventie 2.0

Organisatie	CPZ
Aanvang	2009
Type Preventie	Geïndiceerd
Doelgroep	Iedereen

Onderbouwing

Door de vernieuwde toepassingen en mogelijkheden van e-mental health wordt laagdrempelige telehulp een ruimer begrip. Door hulp online aan te bieden verlaag je een aantal structurele en persoonlijke drempels bij het zoeken naar hulp. Bovendien kan hulp worden aangereikt aan minder bereikbare mensen (Dumon & Portzky, 2013; Pauwels, Impens, Aerts, & Arnouts, 2014; Robinson et al., 2015; Vandeurzen, 2012). Daarnaast blijkt uit onderzoek dat er een samenhang is tussen suïcideberichten en de suïcidecijfers. Dit staaft het belang om in te zetten de berichten online te monitoren en gepast te reageren (Robinson et al., 2015). Ook het Centrum ter Preventie van Zelfdoding (CPZ) zet in op deze nieuwe toepassingen. Het doel hiervan is tweeledig.

Allereerst is er het drempelverlagend effect naar de aanwezige hulpverlening toe. Anderzijds probeert het CPZ met deze actie het aantal sociale berichten rond suïcide in te dijken in het kader van copycatgedrag (Pauwels et al., 2014).

Onder deze actie kunnen verschillende zaken begrepen worden. Allereerst wordt er gewerkt via Google Adwords, wat zoektermen koppelt aan een bepaalde advertentie, zoals bijvoorbeeld die van Zelfmoordlijn 1813. Deze strategie wordt ook in de literatuur naar voor gedragen (Robinson et al., 2015). In dit verband moet Google Alert ook worden vermeld. Hierbij wordt een melding gedaan bij elke vraag die handelt in het kader van suïcide en dit gedrag kan bevorderen, zoals de vraag naar pro-suïcidewebsites (Pauwels et al., 2014). In dit verband moet vermeld worden dat slechts een beperkt aantal zoekwoorden worden gebruikt.

Naast de diensten van Google, wordt ook een beroep gedaan op de functies binnen de sociale media. Hierdoor kan er sneller gecommuniceerd worden over suïcide, maar kan er ook sneller worden doorverwezen naar de aanwezige hulpverlening (Robinson et al; 2015). Binnen de sociale media is er een belangrijke rol weggelegd voor Facebook.

Bij berichten over suïcide worden standaardberichten doorgestuurd naar zowel melder als auteur. Deze standaardberichten worden opgesteld in samenspraak met het CPZ en houden een doorverwijzing in naar Zelfmoord1813 (Centrum ter Preventie van Zelfdoding, 2012). Daarenboven ontwikkelde Facebook in 2016 eveneens een tool, die met de samenwerking van het CPZ werd aangepast aan de Vlaamse situatie. Deze tool laat gebruikers toe melding te maken van tekenen van suïcide (De Wolf, 2016). Hierbij moet worden meegegeven dat het CPZ niet beschikt over enige data over het gebruik van de diensten die worden aangeboden door Facebook. Ten slotte is er nog de aanwezigheid van de Zelfmoordlijn op sociale media. Dit gaat over Facebook, Twitter en Instagram. Langs deze media worden preventieve boodschappen meegegeven in het kader van suïcidepreventie. Ook kunnen vrijwilligers langs deze manier worden aangeworven. Hierbij moet vermeld worden dan gebruikers soms privéberichten achterlaten op de pagina van de Zelfmoordlijn. Dit medium is hier in se niet op aangepast, al worden deze berichten wel beantwoord. De antwoorden liggen in dezelfde lijn als de communicatie die via e-mail verloopt (Centrum ter Preventie van Zelfdoding, 2012, 2013b, 2014b, 2015b).

Tot voor kort was een meldknop actief op Zelfmoord1813.be, waarop gebruikers van het web, al dan niet anoniem, ongepaste of zorgwekkende berichten omtrent suïcidaliteit konden melden. Deze meldingen werden gescreend door het CPZ. In 2016 werd deze functie echter verwijderd, aangezien niet-relevante meldingen zorgden voor verlies van tijd en middelen (Pauwels et al., 2014)

In dit verband is het ook belangrijk aan te geven dat binnen het vormingsaanbod van het CPZ er aandacht is voor online intermediairs (Pauwels et al., 2014). Toch is de opkomst bij deze vormingen eerder gering. Daarom werd geopteerd om een e-learningtool te introduceren die wordt aangeboden op de portaalsite Zelfmoord1813.be. De tool biedt ondersteuning bij mensen die online een noodkreet detecteren en hier gepast op willen reageren. Deze tool houdt drie blokken in, die samen 20 minuten duren (Centrum ter Preventie van Zelfdoding, 2016). De e-learningtool, die werd ontwikkeld voor online moderatoren en andere gebruikers, werd getest in hetzelfde kader als bovenstaande acties. Hieruit bleek dat de groep die aan de slag ging met de tool, een grotere juistheid vertoont in het screenen van berichtgeving. Bovendien bleek dat de gebruikers meer vertrouwen hadden binnen dit proces (Centrum ter Preventie van Zelfdoding, 2016).

Daarnaast werkte het CPZ mee aan de acties rond SUBTLE en AMiCA. Deze acties richten zich op het automatisch screenen van online berichten. SUBTLE is het doctoraatsproject van B. Desmet en zet in op het automatisch detecteren van suïcide gerelateerde berichten. De resultaten die hieruit naar voor komen, worden geïntegreerd in het AMiCA-project. AMiCA staat voor "Automatic Monitoring for Cyberspace Applications".

Deze actie heeft tot doel automatisch relevante sociale media en websites te analyseren aan de hand van tekst- en beeldanalyse (Hoste, 2011). Deze ontwikkeling zorgt er voor dat heel wat activiteiten omtrent preventie 2.0 ten dele geautomatiseerd kunnen worden, waardoor het mogelijk is deze op grotere schaal toe te passen (Centrum ter Preventie van Zelfdoding, 2014b)

Bereik

Fig. 3.2.e: Aantal meldingen meldknop, 2012-2015

	Aantal meldingen meldknop
2012	126 meldingen
2013	35 meldingen
2014	34 meldingen
2015	21 meldingen

Bron: Centrum ter Preventie van Zelfdoding, 2013a, 2014a, 2015a

In 2012 werd de vorming voor online moderatoren voor het eerst georganiseerd. Hierbij viel op dat, ondanks het grote aantal blogs en fora waar berichten rond suïcidaliteit mogelijks circuleren, het aantal inschrijvingen (zes) eerder beperkt was (Centrum ter Preventie van Zelfdoding, 2012, 2013b). Dit was eveneens het geval in 2013, waardoor deze vorming werd geannuleerd. In 2014 werd de vorming ook geannuleerd, maar kregen de drie personen die zich toch hadden aangemeld, een aanbod op maat (Centrum ter Preventie van Zelfdoding, 2014b). Door het beperkte bereik van de vormingen werd gekozen om de online tool op te stellen (*zie supra*)(Centrum ter Preventie van Zelfdoding, 2016).

Fig. 3.2.f: Aantal zoektermen, aantal keer dat de advertentie werd getoond + click-through-rate, 2012-2016

	Aantal gerelateerde zoektermen	**Aantal keer dat de advertentie werd getoond**	**Click-Through-Rate**
2012	454	432.477	21.391 (4.95%)
2013	476	492.008	18.205 (3.70%)
2014	482	648.044	19.749 (3.05%)
2015	518	768.021	23.437 (3.05%)
2016	-	780.988	+/-3%

Bron: Centrum ter Preventie van Zelfdoding, 2012, 2013a, 2013b, 2014a, 2014b, 2015a, 2015b

Fig. 3.2.g: Bereik Sociale media, 2012-2016

	Twitter: volgers	**Facebook: likes**	**Privéberichten Facebook**
2012	162	/	13
2013	/	/	63
2014	/	1.665	33
2015	834	2.390	71
2016	920	2.784	102

Bron: Centrum ter Preventie van Zelfdoding, 2012, 2013b, 2014b, 2015b

Tevredenheid

Uit de evaluatie van de eerste vormingen eind 2012 kwam naar voor dat de deelnemers erg tevreden waren over de inhoud van de vorming. Bovendien ervaren ze de praktische handvatten die werden aangereikt als helpend (Pauwels et al., 2014).

Conclusie

Het CPZ gebruikt ook online toepassingen om enerzijds een laagdrempelige vorm van suïcidepreventie aan te bieden, zodat ook minder bereikbare groepen worden doorverwezen naar de aanwezige hulpverlening. Daarenboven wordt Preventie 2.0 ingezet om ook online bericht te monitoren. Op die manier kunnen berichten rond suïcide worden ingedijkt. Dit gebeurt aan de hand van onder meer Google Adwords en Alert, net zoals via sociale media. Op de sociale media kan een toename worden vastgesteld op vlak van bereik.

Bij Google Adwords echter kan worden gesteld dat de Click-Through-Rate een daling kende de voorbije jaren. Online moderatoren worden bovendien bereikt aan de hand van een e-learningtool, die in 2016 werd gelanceerd.

Voor informatie over preventie 2.0 wordt er doorverwezen naar het Centrum ter Preventie voor Zelfdoding. Informatie inzake Zelfmoord1813 kan teruggevonden worden op de portaalsite.

4.1.2.4 Serious Game

Organisatie	VLESP
Aanvang	2016 Préproductie
Type Preventie	Selectief
Doelgroep	Jongeren

Naar jongeren toe kan er worden ingezet op de ontwikkeling van een zelfhulpprogramma voor depressieve jongeren. Uit een uitgebreid wetenschappelijk onderzoek aan de hand van een RCT in Nieuw-Zeeland is aangetoond dat de tool depressieve symptomen bij jongeren reduceert en even werkzaam is als face-to-facetherapie (Vandeurzen, 2012).

Bovendien kan computergestuurde therapie ertoe bijdragen dat jongeren sneller een effectieve behandeling ontvangen. Het is namelijk zo dat er vaak een tekort aan hulpverleners is en dat jongeren zich vaak onwennig voelen bij het zoeken van professionele hulp (Vandeurzen, 2012).

Op dit moment is de game in een eerste uitvoering. Op dit moment vindt deze actie zich in pre-productie. Eén module zal volledig worden uitgewerkt tijdens deze fase. Dit onderdeel vormt dan ook de basis voor de eerste effectiviteitsmeting. Indien blijkt dat dit eerste onderdeel van de game een positief effect kent op jongeren, zal de hele game worden ontwikkeld.

4.1.2.5 BackUp

Organisatie	VLESP
Aanvang	2015
Type Preventie	Geïndiceerd
Doelgroep	Suïcidale personen en hun omgeving

Onderbouwing

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

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

BackUp is een app die ontwikkeld is als ondersteunende tool voor suïcidale personen enerzijds, maar aan de andere kant biedt het ook advies en hulp aan die mensen die bezorgd zijn over anderen en hen de nodige ondersteuning willen aanbieden. De ontwikkelde app bestaat uit vier zelfhulptools, namelijk *Mijn BackUps*, *BackUp Box*, *BackUp Kaarten* en *Safety Plan*. Daarnaast richt de app zich ook tot mensen die bezorgd zijn om iemand met de tool *BackUp zijn*.

Het is namelijk zo dat het aanreiken van hulp en het tonen van bezorgdheid een significant effect kan hebben op mensen met suïcidale gedachten (Holt-Lunstad, Smith, Baker, Harris, & Stephenson, 2015). Binnen BackUp worden mensen aangemoedigd om contact op te nemen met de persoon in kwestie. De tool *BackUp zijn* geeft informatie over onder meer het detecteren van signalen en het omgaan met suïcidale mensen.

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

Bereik

Sinds de lancering van BackUp tot het eind van 2016 werd de app 1.537 keer gedownload op iOS en 1.290 keer via Android.

Tevredenheid

Gebruikers worden een maand na installatie gevraagd om een gebruikersonderzoek in te vullen. Tot eind 2016 vulden 64 mensen het gebruikersonderzoek in. 69.6% van de gebruikers evalueert de app als eerder goed of goed. 3% vindt BackUp eerder slecht of slecht.

Effect

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

Conclusie

BackUp, de app die door VLESP wordt ontwikkeld, richt zich zowel naar suïcidale mensen als naar mensen die bezorgd zijn over hun naaste. Aan de hand van vier zelfhulptools worden deze personen geholpen. Deze app werd voor de lancering uitvoerig getest door zowel gebruikers als experten. De experten gaven aan positief te staan t.o.v. de app. Ook bleek dat na gebruik van een week een –weliswaar niet-significante- daling kon worden vastgesteld. Het aantal downloads kan een zicht werpen op de mate van bekendheid van BackUp.

Informatie over BackUp kan worden opgevraagd bij VLESP of wordt teruggevonden op de portaalsite van Zelfmoord1813.be (https://www.zelfmoord1813.be/BackUp).

4.1.2.6 Think Life

Organisatie	VLESP
Aanvang	2015
Type Preventie	Geïndiceerd
Doelgroep	Suïcidale personen

Onderbouwing

Online programma's vormen een veelbelovend medium in het kader van suïcidepreventie. Ze zorgen voor een reductie van belangrijke barrières voor het zoeken van hulp doordat ze bijvoorbeeld een hogere anonimiteit en een verhoogde bereikbaarheid in tijd en afstand aanbieden. Op die manier wordt hulp toegankelijk voor mensen die een verhoogde kwetsbaarheid hebben voor het ontwikkelen van suïcidaal gedrag, maar weinig geneigd zijn face-to-face hulp te zoeken. Het recente onderzoek van van Spijker en collega's (van Spijker, van Straten, & Kerkhof, 2014) in Nederland toonde aan dat hun programma een effect had op het verminderen van suïcidale gedachten. Dit programma is voornamelijk gebaseerd op cognitieve gedragstherapie, naast elementen uit de Dialectische Gedragstherapie, Problem-Solving therapie en Mindfulness-Based Cognitieve Therapie (van Landschoot, De Jaegere, Portzky, & van Heeringen, 2015; van Spijker, van Straten, et al., 2014). Aangezien het online programma enkel in Nederland werd onderzocht, werd ook in Vlaanderen een studie opgericht naar de effectiviteit in een Vlaamse versie.

Bereik

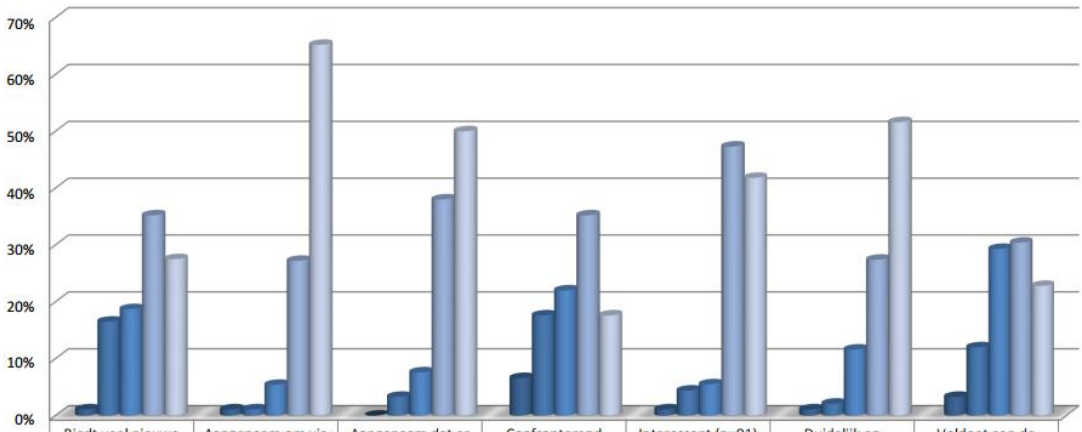
Voor de RCT-studie meldden 1688 personen zich aan op Think Life tussen 22 april en 7 december 2015. 724 personen kwamen in aanmerking voor het onderzoek en gingen akkoord met het informed consent. Ze werden gerandomiseerd over beide onderzoekgroepen. Hetgeen resulteerde in 359 personen die werden toegewezen aan de controlegroep en 365 aan de interventiegroep (van Landschoot et al., 2015)

Omwille van de positieve resultaten uit de studie, werd Think Life opgenomen in Zelfmoord1813.be als zelfhulptool en gelanceerd op 5 september 2016. Sindsdien hebben zich reeds 1302 personen geregistreerd op Think Life (opgevraagd op 30/1/2017). Dit komt neer op een gemiddelde van 8 tot 9 personen per dag.

Tevredenheid

De deelnemers uit de interventiegroep werden bij de postmeting gevraagd Think Life te evalueren op vorm en inhoud (*zie fig. 3.2.h & 3.2.i*) Uit deze evaluatie blijkt onder andere dat 92,4% van de deelnemers het eens of helemaal eens was met de uitspraak “Ik vond het aangenaam dat de cursus via internet werd aangeboden” en 88,0% met de uitspraak “Ik vond het aangenaam dat er zo openlijk over zelfmoord werd gesproken”. Daarnaast gaf het merendeel (79,0%) van de participanten aan het eens of helemaal eens te zijn met de stelling dat de Think Life - website duidelijk en overzichtelijk was. De theorie, maar daarnaast ook de weekopdracht en de (keuze)opdrachten werden eveneens door een meerderheid als nuttig beoordeeld (van Landschoot et al., 2015).

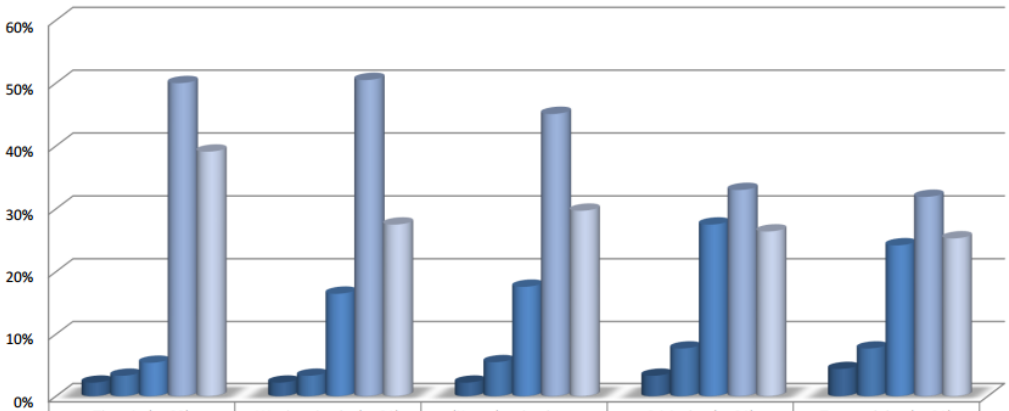
Fig. 3.2.h: Beoordeling van de vorm waarin Think Life werd aangeboden



	Biedt veel nieuwe informatie aan (n=91)	Aangenaam om via het internet te gebruiken (n=92)	Aangenaam dat er open over zelfmoord wordt gesproken (n=92)	Confronterend (n=91)	Interessant (n=91)	Duidelijk en overzichtelijk (n=90)	Voldoet aan de verwachtingen (n=92)
Helemaal oneens	1,1%	1,1%	0,0%	6,6%	1,1%	1,1%	3,3%
Oneens	17%	1,1%	3,3%	17,6%	4,4%	2,1%	12,0%
Niet eens/oneens	18,7%	5,4%	7,6%	22,0%	5,5%	11,6%	29,3%
Eens	35,2%	27,2%	38,0%	35,2%	47,3%	27,4%	30,4%
Helemaal eens	27,5%	65,2%	50,0%	17,6%	41,8%	51,6%	22,8%

Bron: van Landschoot et al., 2015

Fig. 3.2.i: Beoordeling van de inhoud van Think Life: vond de deelnemer de onderdelen zinvol?

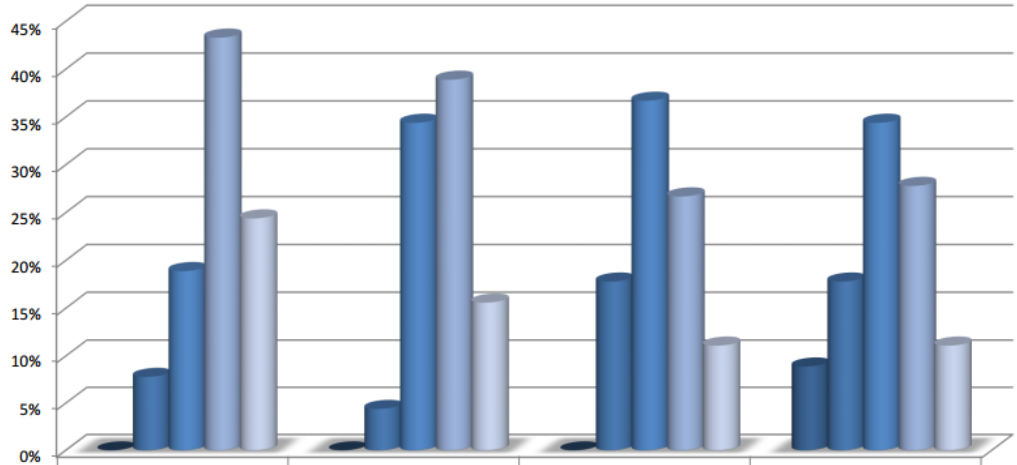


	Theorie (n=92)	Weekopdracht (n=91)	(Keuze)opdrachten (n=91)	Crisisplan (n=91)	Terugvalplan (n=91)
Helemaal oneens	2,2%	2,2%	2,2%	3,3%	4,4%
Oneens	3,3%	3,3%	5,5%	7,7%	7,7%
Niet eens/oneens	5,4%	16,5%	17,6%	27,5%	24,2%
Eens	50,0%	50,5%	45,1%	33,0%	31,9%
Helemaal eens	39,1%	27,5%	29,7%	26,4%	25,3%

Bron: van Landschoot et al., 2015

Tot slot werden de deelnemers gevraagd aan te geven welke invloed het doorlopen van Think Life heeft gehad op hun suïcidegedachten (*zie fig. 3.2.j*). De meerderheid van de deelnemers gaf aan het voornamelijk eens of helemaal eens te zijn met de stellingen: “De cursus heeft mij nieuwe inzichten gegeven met betrekking tot mijn zelfmoordgedachten” en “De cursus heeft mij geleerd beter met mijn zelfmoordgedachten om te gaan” (respectievelijk 67,7% en 54,5%). De algemene indruk van de deelnemers van Think Life was positief, waarbij de cursus gemiddeld met een 7,1 op 10 werd beoordeeld (van Landschoot et al., 2015).

Fig. 3.2.j: Beoordeling van Think Life in relatie tot suïcidale gedachten



	Nieuwe inzichten mbt zelfmoordgedachten gegeven	Beter leren omgaan met zelfmoordgedachten	Zelfmoordgedachten zijn minder hevig geworden	Minder vaak aan zelfmoord gedacht
Helemaal oneens	0,0%	0,0%	0,0%	8,9%
Oneens	7,8%	4,4%	17,8%	17,8%
Niet eens/oneens	18,9%	34,4%	36,7%	34,4%
Eens	43,3%	38,9%	26,7%	27,8%
Helemaal eens	24,4%	15,6%	11,1%	11,1%

Bron: van Landschoot et al., 2015

Effect

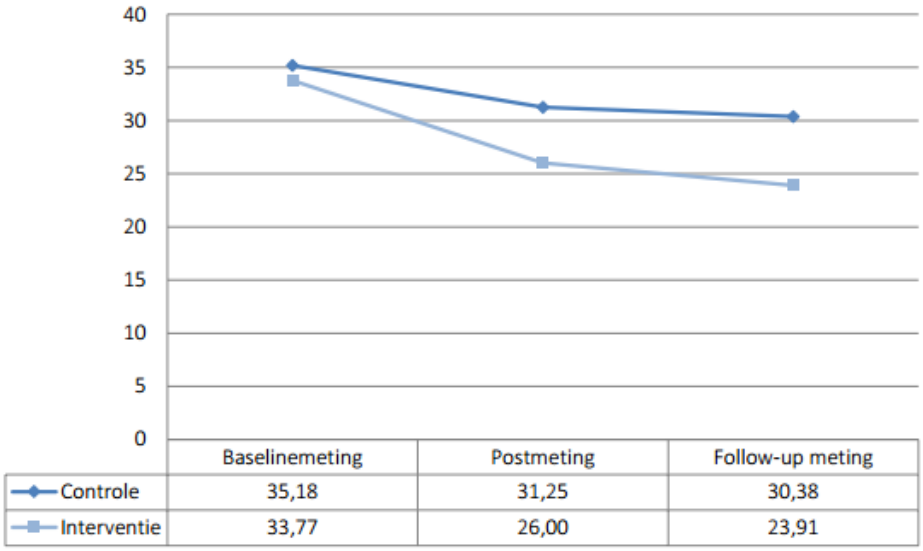
Uit de primaire analyse van de gerandomiseerde, gecontroleerde studie naar Think Life blijkt dat na het volgen van Think Life er bij de interventiegroep sprake is van een significant sterkere daling in suïcidale gedachten bij de postmeting in vergelijking met de controlegroep. Deze significant sterkere afname werd zowel waargenomen bij de scores op de Beck Scale for Suicidal Ideation (BSS) (Beck et al., 1979) als die op de Suicidal Ideation Atrributes Scale (SIDAS) (van Spijker, Batterham, et al., 2014).

Ook bij de follow-up meting, 12 weken na de baselinemeting, kon een significant sterkere daling van ernst van suïcidale gedachten ten opzichte van de baselinemeting worden waargenomen bij de interventiegroep in vergelijking met de controlegroep, en dit zowel voor de scores op de BSS als die op de SIDAS.

De resultaten van de secundaire analyses wijzen op een significant sterkere daling van de secundaire uitkomstmaten, m.n. depressieve klachten (*zie fig. 3.2.k*), hopeloosheid (*zie fig. 3.2.l*), piekeren (*zie fig. 3.2.m*) en angst (*zie fig. 3.2.n*), bij de interventiegroep in vergelijking met de controlegroep.

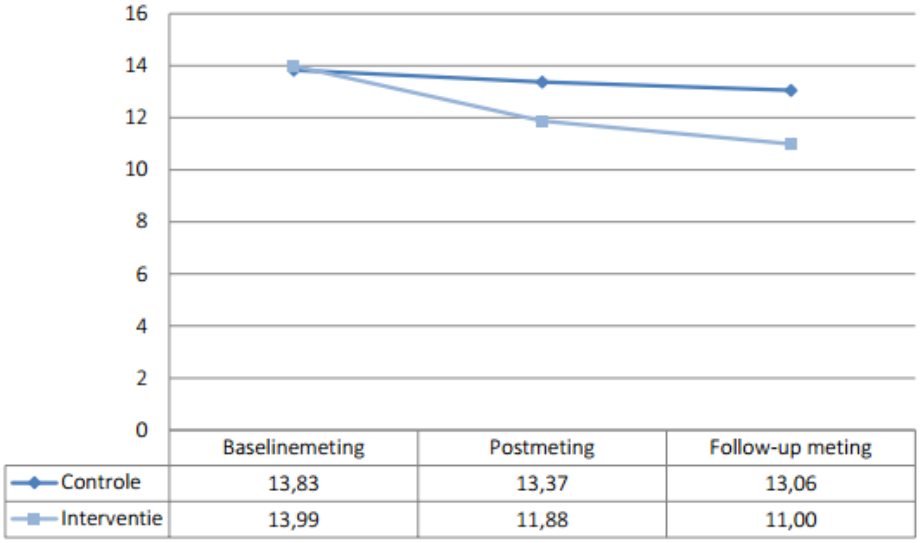
Bij de follow-up metingen werden voor de secundaire uitkomstmaten eveneens significant sterkere dalingen ten opzichte van de baselinemeting gevonden bij de interventiegroep in vergelijking met de controlegroep (*zie fig. 3.2.k; 3.2.l; 3.2.m; 3.2.n*) (van Landschoot et al., 2015).

Fig. 3.2.k: Depressieve klachten: verloop van de gemiddelde BDI-scores per meetmoment



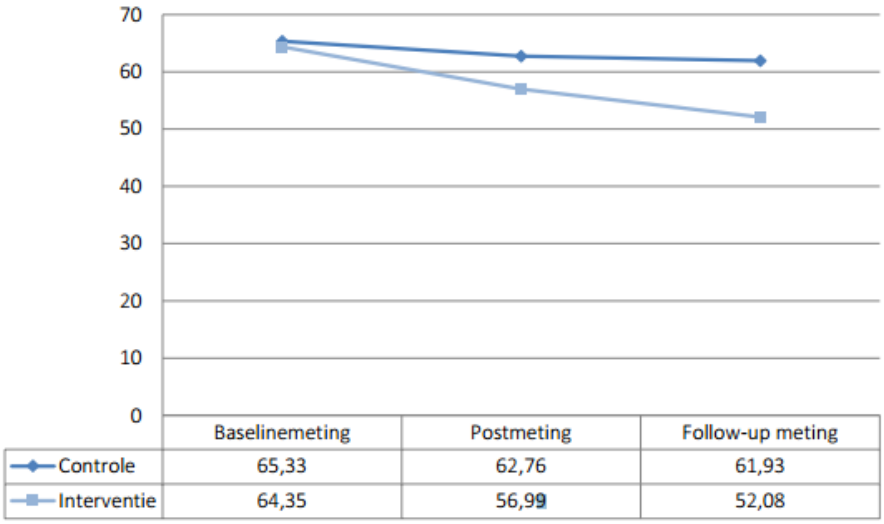
Bron: van Landschoot et al., 2015

Fig. 3.2.l: Hopeloosheid: verloop van de gemiddelde BHS-scores per meetmoment



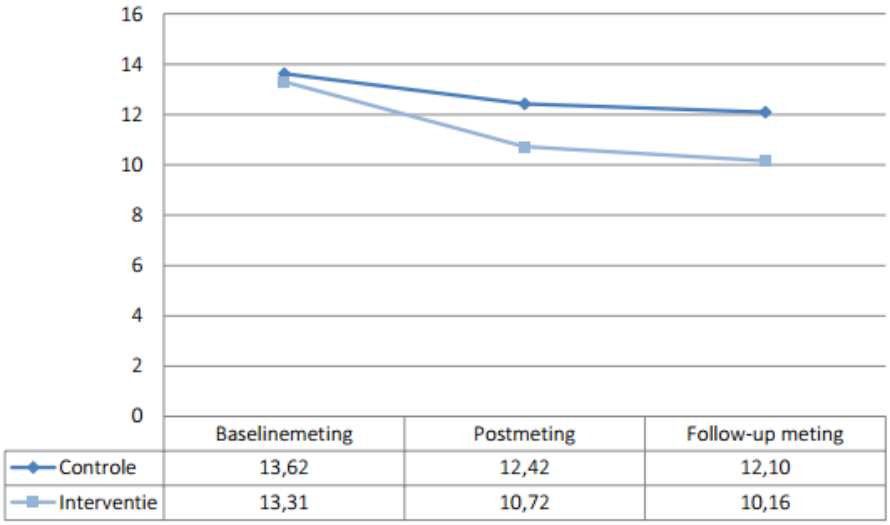
Bron: van Landschoot et al., 2015

Fig. 3.2.m: Piekeren: verloop van de gemiddelde PSWQ-scores per meetmoment



Bron: van Landschoot et al., 2015

Fig. 3.2.n: Angst: verloop van de gemiddelde HADS-A-scores per meetmoment



Bron: van Landschoot et al., 2015

Conclusie

Het onderzoek naar Think Life vormt één van de eerste studies waarin de effectiviteit wordt onderzocht van een online zelfhulpcursus specifiek gericht op suïcidegedachten. Uit de resultaten van deze studie blijkt dat Think Life effectief is in het verminderen van suïcidale gedachten. Daarnaast toont de studie aan dat Think Life leidt tot een afname van depressieve klachten, hopeloosheid, piekeren en angst. Deze significant positieve resultaten leiden ertoe dat Think Life ingebed kan worden in Zelfmoord1813.be, het online platform voor de preventie van zelfdoding in Vlaanderen. Door het aanbieden van Think Life op Zelfmoord1813.be kan de online zelfhulpcursus door iedereen die aan suïcide denkt, worden gebruikt. Hiermee wordt de mogelijkheid geboden om op een laagdrempelige en anonieme wijze, vanuit de eigen vertrouwde omgeving, op zelf gekozen momenten en in eigen tempo, te leren omgaan met suïcidale gedachten. Think Life vult hiermee een lacune in het bestaande aanbod, namelijk enerzijds die tussen de telefonische en online crisishulp en anderzijds de face-to-face hulpverlening.

Het volledige onderzoeksrapport kan geraadpleegd worden opgevraagd bij VLESP.

4.1.2.7 Conclusie strategie 2

De voorbije jaren zijn er heel wat acties ingesteld die inzetten op een laagdrempelige hulpverlening. Dit is belangrijk, aangezien de technologieën en vooral het internet razendsnel evolueren. Het is dus van belang om continu te investeren om de aanwezige methodieken up-to-date te houden. Bovendien moeten ook de ervaringen van de gebruikers ten aller tijde in rekening worden gebracht, zodat voldoende kan worden bijgestuurd.

Er kan geconcludeerd worden dat de uitwerking van laagdrempelige online preventieve methodieken een sterkte is binnen het VAS II. Heel wat nieuwe methodieken zijn hieromtrent reeds ontwikkeld waarbij het merendeel op basis van grondig effectiviteitsonderzoek.

Er moet echter blijvend geïnvesteerd worden in deze laagdrempelige tools, enerzijds door het onderhoud en de update van de reeds bestaande tools maar anderzijds door continu zicht te blijven houden op nieuwe ontwikkelingen en noden. Ten slotte moet er meer worden stilgestaan bij de reguliere hulpverlening. Vanuit de actiehouders wordt gesteld dat het vaak moeilijk is een verband te leggen tussen de online hulpverlening en de reguliere offline hulpverlening. Uit onderzoek komt namelijk naar voor dat de online hulpmogelijkheden een toevoeging kunnen betekenen aan het reguliere hulpverleningslandschap (Luxton, June, & Chalker, 2015). Op dit vlak is het belangrijk dat de komende jaren wordt nagegaan wat de mogelijkheden zijn om de online tools die momenteel voorhanden zijn binnen Zelfmoord1813 te kunnen koppelen aan reguliere hulpverlening.

4.1.3 Strategie 3: Bevorderen van deskundigheid en netwerkvorming bij intermediairs

Intermediairs, oftewel mensen die indirect instaan voor de zorg of de verwijzing ernaar, kunnen een belangrijke rol spelen in de preventie van suïcide. Daarom is het belangrijk om ook degelijke deskundigheidsbevordering te voorzien. Dit gebeurt aan de hand van onderstaande initiatieven.

- Deskundigheidsbevordering van intermediairs
- Posterstudie
- ASPHA

4.1.3.1 Deskundigheidsbevordering

Organisatie	CPZ, CGG, Werkgroep Verder
Aanvang	
Type Preventie	Universeel
Doelgroep	Professionelen

Uit onderzoek blijkt dat trainingen inzake suïcide zinvol zijn. Ze zijn effectief in het verbeteren van kennis, attitudes en vertrouwen. Daarenboven zorgen ze ervoor dat intermediairs een verbeterde inschatting van de risico- en zorgbehoeften van suïcidale patiënten kunnen maken, wat op zijn beurt leidt tot meer interventies (Oordt, Jobes, & Fonseca, 2009; Ramberg & Wasserberg, 2010; Scheerder et al., 2010; Vandeurzen, 2012). Toch moet het effect van trainingen genuanceerd worden. Uit de systematische review van Zalsman en collega's (2016) komt naar voor dat deskundigheidsbevordering niet losstaand werd onderzocht. Dit wil zeggen dat trainingen en vormingen vaak worden geïmplementeerd samen met andere initiatieven. Dit zorgt ervoor dat de resultaten een vertekend beeld kunnen geven (Zalsman et al., 2016).

Het vormingsaanbod voor intermediairs in Vlaanderen wordt ingevuld door een de CGG-SP, CPZ en Werkgroep Verder. Binnen deze samenwerking is een duidelijke taakverdeling opgesteld.

A. Deskundigheidsbevordering door de CGG

Onderbouwing

De CGG-SP speelt in Vlaanderen een belangrijke rol in de deskundigheidbevordering. In elke provincie is er een open aanbod aanwezig, maar ook vormingen op maat worden aangeboden. Daarnaast ondersteunt en coacht de CGG-SP de uitbouw van een suïcidepreventiebeleid op maat. Een derde belangrijke functie die de CGG-SP-medewerkers opnemen is de consult- en adviesfunctie. Dit houdt in dat professionelen deze organisatie kunnen contacteren bij vragen betreffende suïcidepreventie. Ten slotte spelen ze een belangrijke rol in de netwerkvorming, waarbij overleg en samenwerking met de noodzakelijke actoren van belang is. Tijdens deze vormingsmomenten kunnen verschillende thema's aan bod komen, zoals onder meer de epidemiologie, het suïcidaal proces, crisisinterventie, doorverwijzing en ondersteuning voor nabestaanden (Zelfmoord1813, 2017).

Deskundigheidsbevordering richt zich naar verschillende instanties en actoren: ouderen- en jongerenbegeleiders; hulpverleners en therapeuten; huisartsen; verpleegkundigen; politie, ambulance en brandweer; justitie en defensie; ziekenhuizen en psychiatrische ziekenhuizen. Daarenboven zal de multidisciplinaire richtlijn, dat eind maart werd gelanceerd, eveneens worden opgenomen in de vormingen.

Bovendien wordt informatie omtrent suïcidepreventie meegegeven aan de hand van de protocollen, opgesteld door de CGG's. Dit zijn blauwdrukken die op maat van organisaties en instellingen wordt opgesteld. Zo zijn er momenteel protocollen voor bedrijven, scholen, gevangenissen, ouderenzorg en ziekenhuizen. Bijkomend wordt een blauwdruk opgesteld gericht naar jeugdbewegingen.

Binnen deze stippellijnen naar beleid toe, krijgt elke CGG de ruimte om eigen accenten te leggen. Het is bijvoorbeeld zo dat Antwerpen middelen vrijmaakt gericht naar de jeugdwerkingen. Op die manier is er tijd en ruimte om vormingen en protocollen op maat op te stellen, die uiteindelijk kunnen worden geïmplementeerd en verspreid in Vlaanderen. In Brussel krijgen migranten en asielzoekers de focus, waarbij vooral wordt ingezet op het verhogen van de algemene veerkracht.

In de provincie Limburg krijgt ketenzorg en netwerkvorming belangrijke aandacht. Ook Oost-Vlaanderen organiseert ketenzorg. Daarnaast worden de werknemers binnen het OCMW voldoende gevormd, met als inzet het verhogen van de veerkracht van de hulpverlener. In West-Vlaanderen op zijn beurt wordt er ingezet op de erfbetreders bij boeren. Deze werken als gatekeepers en pikken signalen op bij landbouwers. Op die manier kan een goede en snelle doorverwijzing worden verwezenlijkt.

Daarnaast ondersteunen de suïcidepreventiemedewerkers de actie van Zorg voor Suïcidepogers. Het is namelijk zo dat hulpverleners getraind worden op de (K)IPEO-vragenlijst op een goede wijze af te nemen. Hierbij is het belangrijk op te merken dat er bijkomend aandacht uitgaat naar overleg en evaluatie.

Bovendien wordt er in elke vorming aandacht besteed aan de zorg voor nabestaanden. In samenwerking met Werkgroep Verder werd de afspraak gemaakt om de bekendmaking van deze organisatie en het thema 'rouwen na zelfdoding' op te nemen in de vormingen.

Hieronder wordt een onderscheid gemaakt tussen de vormingen die worden gegeven binnen de werking van CGG-SP en die opleidingen die worden voorzien inzake Zorg voor Pogers.

Bereik

Fig. 3.3.a Vormingen werkingsgebied CGG-SP: activiteiten en deelnemers, 2012-2016

	Aantal vormingen:	**Aantal deelnemers vormingen:**	**Aantal activiteiten rond overleg en evaluatie:**
2012	-	-	-
2013	278	3.416	75
2014	325	5.544	98
2015	354	4.974	145
2016	319	6.783	105

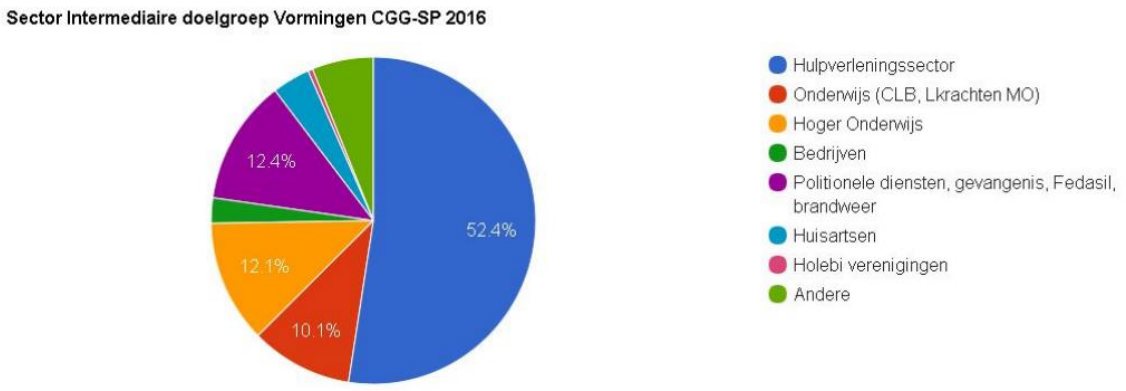
Fig. 3.3 b: Vormingen in het kader van Zorg voor Pogers: activiteiten en deelnemers, 2012-2016

	Aantal vormingen:	**Aantal deelnemers vormingen:**	**Aantal activiteiten rond overleg en evaluatie:**
2012	-	-	-
2013	27	755	112
2014	82	1.352	127
2015	36	551	91
2016	39	648	75

Zoals hierboven kan worden teruggevonden, zijn cijfers voor de deskundigheidsbevordering voor de afzonderlijke organisaties niet voorhanden voor het jaar 2012. Wel kan worden gesteld dat er in dat jaar in het totaal, voor zowel de activiteiten van de CGG-SP als die in het kader van Zorg voor Suïcidepogers, 235 activiteiten werden georganiseerd, waarbij 4939 deelnemers worden bereikt.

Hieronder kan ten slotte een schematische voorstelling worden teruggevonden van de verschillende doelgroepen die in 2016 werden bereikt met de vormingen van de CGG-SP.

Fig. 3.3.c: Intermediaire doelgroepen vormingen CGG-SP 2016



B. Deskundigheidsbevordering door het CPZ

Onderbouwing

De vormingen die worden georganiseerd door het CPZ gaan van een korte sensibilisering van twee uur tot meerdaagse trainingen en train-de-trainersvormingen. De vormingsmomenten bestaan uit een combinatie van praktijk en theorie, waarbij de klemtoon ligt op gedragswijziging. Vele van deze vormingen worden georganiseerd voor calltakers en chathulpverleners, zoals van het CAW of het JAC. Deze vormingen worden eveneens gelinkt aan de expertise die de Zelfmoordlijn heeft, waarbij er wordt ingezet op crisisoverbrugging en het bespreekbaar maken van suïcidaliteit. Na de vorming wordt een tevredenheidsmeting gedaan, net zoals de afname van de Vragenlijst Reacties op Suïcidaliteit. Deze laatste vindt enkel plaats bij vormingen van een dag of langer.

Bereik

Fig. 3.3.d: Vormingen CPZ: Aantal bereikte mensen (studenten + intermediairs) via vorming, 2012-2016

	Aantal bereikte mensen:
2012	764
2013	793
2014	1100
2015	1300
2016	912

Bron: Centrum ter Preventie van Zelfdoding, 2015b

Tevredenheid

Zowel in 2014 als in 2015 werden de vormingen overwegend positief ervaren. In 2016 gaf 91.6% aan de sprekers goed tot zeer goed te vinden. 90% vond de vormingen op persoonlijk vlak interessant tot zeer interessant en 90.6% vond dit eveneens vanuit professioneel standpunt.

Effect

Om het effect te meten, wordt gebruik gemaakt van de VROS (*zie infra*). In 2013 was de score gemiddeld voorafgaand aan de vorming 73.01. Erna bedroeg de score 54.18 (Centrum ter Preventie van Zelfdoding, 2013b). Voor 2014 was de score voor deelname aan de vorming 57.10, achteraf bleek deze 47.7 te zijn (Centrum ter Preventie van Zelfdoding, 2014b). In 2015 was de score voor aanvang 58.18. Na de vorming was deze gedaald naar 48.7 (Centrum ter Preventie van Zelfdoding, 2015b). Ten slotte wordt ingegaan op de cijfers van 2016. Hieruit blijkt dat de gemiddelde groep voorafgaand aan de vorming 59.57 bedroeg, erna was deze 51.41.

C. Deskundigheidsbevordering door Werkgroep Verder

Onderbouwing

Sinds 2011 werkt Werkgroep Verder met freelance vormingsmedewerkers. Deze medewerkers hebben een menswetenschappelijke achtergrond en worden gevormd door Werkgroep Verder aan de hand van de Train-the-trainer formule. Na deze vormingsdagen krijgen de freelancers het materiaal van Werkgroep Verder ter beschikking, zoals een PowerPointpresentatie en folders.

Er wordt eveneens samengewerkt met de CGG-SP, dit sinds 2012. De hoofdopdracht van deze organisatie is het organiseren van vormingsmomenten in het kader van preventie. De samenwerkingsovereenkomst bestond er in dat Werkgroep Verder werd bekendgemaakt tijdens hun vormingen, net zoals de opname van het thema 'rouwen na zelfdoding'. Er is tevens een samenwerkingsovereenkomst met het Centrum ter Preventie van Zelfdoding, eveneens in het kader van deskundigheidsbevordering en sensibilisering.

De vormingen van Werkgroep Verder bestaan uit vier modules. De eerste module, Rouwen na zelfdoding, geeft enerzijds informatie mee over het thema zelfdoding in het algemeen. Daarnaast wordt er uitgebreid stilgestaan bij het rouwproces na een suïcide. Een tweede module is gericht naar hulpverleners die moeten omgaan met een suïcide van een cliënt. Hierbij worden handvatten geboden om er mee om te gaan. Een derde module is dan eerder gericht naar de werknemers. Ten slotte is er aandacht voor de mediarichtlijnen (*zie 6.1.1.6*). De vormingen in dit laatste thema worden opgenomen in het luik rond de mediarichtlijnen zelf.

Bereik + Tevredenheid

Fig. 3.3.e: Bereik vormingen Werkgroep Verder + resultaten tevredenheidsmeting, 2012-2016

	Aantal georganiseerde vormingen	**Aantal vormingen gescoord**	**Gemiddelde score**
2012	22	8	7.7
2013	23	10	7.8
2014	13	7	7.9
2015	17	9	8.2
2016	9	9	8.1

D. Conclusie

Door het samenwerkingsverband tussen Werkgroep Verder, CPZ en CGG-SP komen tijdens de vormingen verschillende onderwerpen aan bod, waardoor verschillende doelgroepen kunnen worden aangesproken. Hierbij moet echter worden opgemerkt dat de CGG's ervaren dat sommige doelgroepen moeilijker te bereiken zijn, zoals daar zijn de artsen en gevangenissen. Ook het bereiken van bedrijven - in het kader van het vormingsaanbod 'suïcidepreventie op het werk' – blijkt erg moeilijk. Het blijft belangrijk om hier aandacht voor te hebben en dit zorgvuldig op te volgen. Wanneer het bereik in kaart wordt gebracht, kan worden vastgesteld dat er jaarlijks heel wat mensen worden bereikt door de verschillende organisaties samen.

Naar tevredenheid en effectiviteit toe is het belangrijk te stellen dat in samenwerking met VLESP een evaluatie-instrument werd ontwikkeld dat vanaf 2017 wordt toegepast. Voorafgaand aan, net na en drie maanden na de vorming worden de deelnemers gevraagd om een vragenlijst in te vullen. Aan de hand hiervan kan een verandering in kennis, attitudes en vaardigheden worden vastgesteld. Ook de tevredenheid wordt er bevraagd.

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

4.1.3.2 Posterstudie

Organisatie	EZO
Aanvang	2013-2014
Type Preventie	Geïndiceerd
Doelgroep	Professionelen

Onderbouwing

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

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

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

Bereik

Van de 76 Vlaamse ziekenhuizen die werden gecontacteerd, hebben 49 ziekenhuizen daadwerkelijk deelgenomen, wat neerkomt op 64.5%. Van de 2634 personeelsleden die werden gecontacteerd, zijn er 1171 oftewel 49.5% opgenomen binnen deze studie (Van Landschoot, Portzky, & Van Heeringen, 2014).

Effect

Uit de RCT-studie bleek dat de postercampagne geen effect heeft gehad op het kennisniveau van de personeelsleden. Ook heeft het geen invloed gehad op het zelfvertrouwen van de personeelsleden in de mogelijkheden om met suïcidale patiënten om te gaan. Het verspreiden van de poster met bijhorende gids heeft enkel op de PAAZ-afdeling bijgedragen aan de ontwikkeling van meer adaptieve attitudes omtrent het omgaan met suïcidale patiënten, specifiek bij attitudes t.a.v. 'hulpbereidheid'. Dit is echter enkel wanneer geen pretest is uitgevoerd (Van Landschoot et al., 2014).

Conclusie

Gebaseerd op de educatieve campagne van de SPRC, werd in Vlaanderen een posterstudie ondernomen. Deze was gericht naar leden van ziekenhuispersoneel, werkzaam op de spoedafdeling. Het doel was om aandacht van vroegdetectie rond suïcidaliteit te verhogen. Uit dit onderzoek kwam naar voor dat er geen effect was op het kennisniveau en het zelfvertrouwen. Enkel een licht effect op attitude kon worden vastgesteld binnen de PAAZ-afdeling.

Meer uitgebreide resultaten van deze posterstudie kunnen worden opgevraagd bij de Eenheid voor Zelfmoordonderzoek.

4.1.3.3 ASPHA

Organisatie	CPZ
Aanvang	2010
Type Preventie	Universeel
Doelgroep	Professionelen

Onderbouwing

Een volgende actie dat de deskundigheid bij intermediairs bevordert, is ASPHA. Aangezien huisartsen onvoldoende bereikt werden via de vormingen, is deze hulplijn gericht naar huisartsen en andere hulpverleners. Wanneer een huisarts of hulpverlener hulp en advies nodig heeft in verband met een suïcidale patiënt, kan deze ASPHA telefonisch of via e-mail contacteren. Deze dienstverlening wordt gebaseerd op de methodieken die worden meegegeven tijdens vormingen en die wordt toegepast op de Zelfmoordlijn. Crisisoverbrugging vormt dus een belangrijke basis. Om de kwaliteit hoog te houden, wordt ASPHA permanent geëvalueerd. Zo wordt van elk gesprek een geanonimiseerd verslag gemaakt en worden gesprekken steekproefsgewijs beluisterd door een stafmedewerker. Bovendien worden de gesprekken opgenomen (Vlaams Parlement, 2016).

Sinds 2016 worden deze hulp- en adviesvragen beantwoord door stafmedewerkers van het CPZ, enerzijds door de nood die er heerst om het de initiatieven inzake suïcidepreventie te kennen en anderzijds door de overbevraging van de Zelfmoordlijn.

Bereik

Fig. 3.3.f: Aantal oproepen ASPHA, 2012-2016

	Telefoon	Mail	Totaal
2012	72	5	77
2013	123	5	128
2014	122	3	125
2015	135	15	150
2016	236	20	256

Bron: Centrum ter Preventie van Zelfdoding, 2012, 2013a, 2014a, 2015a

Fig. 3.3.g: Verspreiding folders ASPHA, 2012-2016

	Folders
2012	4000
2013	6000
2014	3000
2015	2400
2016	870

Bron: Centrum ter Preventie van Zelfdoding, 2013a, 2014a, 2015a

In 2012 waren er 2.105 paginaweergaves en 1546 unieke bezoekers. De FAQ werd 395 keer bezocht met 378 unieke bezoekers (Centrum ter Preventie van Zelfdoding, 2012). In 2013 kreeg de website van ASPHA 4.258 unieke bezoekers, wat een stijging betekende van 3.35% t.o.v. 2012. In dit jaar werd de Google advertentie voor deze pagina 17.621 keer getoond, waarbij er 109 maal werd doorgeklikt (Centrum ter Preventie van Zelfdoding, 2013b). In 2014 verscheen de advertentie, gerelateerd aan 79 zoekwoorden, 90.323 maal, waarbij 255 keer werd doorgeklikt (Centrum ter Preventie van Zelfdoding, 2014b). In 2015 ten slotte werd de advertentie 146.622 keer getoond, waarbij 379 maal werd doorgeklikt (Centrum ter Preventie van Zelfdoding, 2015b). Deze gegevens zijn laag, maar hangen samen met erg specifieke zoektermen. De advertentie werd 235.158 keer getoond in 2016, waarop 2.087 keer werd doorgeklikt. Deze advertentie is gericht op 87 zoektermen.

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

Tevredenheid

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

Bij elk contact wordt er een telefonische tevredenheidsmeting aangeboden, maar in de voorbije jaren werd deze vragenlijst niet ingevuld.

Conclusie

ASPHA is een advieslijn die zich in eerste instantie richt tot huisartsen. Ook andere hulpverleners worden bereikt, aangezien 'slechts' 20% van de oproepen gebeurt door huisartsen. Deze actie kadert in de deskundigheidsbevordering en wil huisartsen de nodige informatie geven om crisisoverbrugging bij hun patiënt te organiseren. Het aantal oproepen kende over de jaren heen een toename. Naar tevredenheid toe bleek, uit de bevraging van hulpverleners in 2013, dat de meerderheid tevreden was over het aanbod.

Het is aan te raden dat er ook naar effectiviteit toe een meting kan plaatsvinden om na te gaan of de ondersteuning een effect kan hebben, uiteraard rekening houdend met de kortstondige en beperkte tijd dat de ondersteuning meestal zal hebben en de moeilijkheden dat een onderzoek hiernaar zal hebben aangezien het niet evident is om pré-meting uit te voeren bij deze doelgroep.

Informatie over ASPHA kan worden teruggevonden op https://www.zelfmoord1813.be/aspha. Ook het Centrum ter Preventie van Zelfdoding kan hieromtrent gecontacteerd worden.

4.1.3.4 Conclusie strategie 3

In Vlaanderen worden heel wat vormingen georganiseerd naar verschillende doelgroepen in het kader van de pre- en postventie van suïcide en vormt deskundigheidsbevordering een belangrijk en breed uitgewerkte preventiestrategie in Vlaanderen. Toch blijkt uit ervaringen van de CGG-SP dat sommige doelgroepen moeilijker bereikbaar zijn dan anderen, zoals de huisartsen en de gevangenissen. Continu bijsturen en opvolgen van het bereik van de vormingen blijft dan ook noodzakelijk.

Vanaf 2017 zullen de vormingen ook systematisch geëvalueerd worden d.m.v. pré- en postmetingen door VLESP en samenwerking met de organisaties die de vormingen verzorgen. Deze gegevens zullen relevant zijn om meer zicht te krijgen op de werkzaamheid en effecten van de vormingen.

4.1.4 Strategie 4: Strategieën voor specifieke risicogroepen

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

Aangezien pogingen een belangrijke voorspeller zijn van toekomstig suïcidaal gedrag (Kapur, House, Dodgson, May, & Creed, 2002), is aandacht naar suïcidepogers belangrijk. De organisatie Zorg voor Pogers zet hierop in. Een andere actie hieronder is het onderzoek naar effectieve behandelvormen van suïcidaliteit, met name de Prospect-studie. VDIP op zijn beurt zet in op groepen met een verhoogde kwetsbaarheid door geestelijke gezondheidsproblemen. Ook de nabestaanden verdienen aandacht. Verschillende initiatieven worden in dit verband ondernomen door Werkgroep Verder. Ten slotte wordt onderzoek ingesteld naar huisartsen enerzijds, en naar de holebi- en transgendergemeenschap anderzijds.

4.1.4.1 Zorg voor Suïcidepogers

A. (K)IPEO

Organisatie	Zorg voor Suïcidepogers
Aanvang	
Type Preventie	Geïndiceerd
Doelgroep	Suïcidepogers

Onderbouwing

Uit wetenschappelijk onderzoek komt naar voor dat eerdere suïcidepogingen een voorspeller zijn van toekomstig suïcidaal gedrag. Het risico op fataal gedrag neemt toe bij elke poging. Binnen de groep van medisch ernstige pogingen ligt de herhalingsfrequentie nog hoger. Hieruit volgt dat een goede systematische nazorg van suïcidepogers met aandacht voor screening en evaluatie van verder suïcidaal risico noodzakelijk is om nieuw suïcidaal gedrag te voorkomen (Kapur, House, Dodgson, May, & Creed, 2002).

Suïcidepogers melden zich vaak rechtstreeks aan bij de spoedgevallen, maar verlaten ook snel weer het ziekenhuis na de nodige medische verzorging. Dergelijke somatische crisisinterventie is echter onvoldoende. Een doorverwijzing naar de gepaste klinische vervolgzorg kan dan ook recidive en suïcides vermijden. Bij dergelijke opvang wordt wel een bijzondere deskundigheid verwacht waartoe het personeel op de spoedafdeling vaak niet is opgeleid (Kapur et al., 1998; Kapur et al., 2002; Thomas et al., 1996).

In dit verband werd ter ondersteuning van het ziekenhuispersoneel in 1998 een klinisch instrument ontworpen, nl. het Instrument voor de Evaluatie en Opvang van Suïcidepogers (IPEO). Dit is een semigestructureerd interview dat bestaat uit twee delen. Een eerste beknopt deel bevraagt basisinformatie over de poging en kan door het personeel van de spoedafdeling worden afgenomen. Een tweede deel bevraagt meer gespecialiseerde informatie (De Munck, Scoliers, Van Rijsselberghe, Portzky, & Van Heeringen, z.j.).

Het doel van dit instrument is het organiseren van zorgcontinuïteit, waarbij de patiënt wordt aangemoedigd om vervolgzorg op te nemen en te continueren. Hierbij kan de huisarts een belangrijke rol spelen (Dienst Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg, 2012; Vandeurzen, 2012).

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

Om een goede zorg te voorzien, is het van belang dat het ziekenhuispersoneel de juiste ondersteuning krijgt. Bij dergelijke opvang wordt namelijk wel een bijzondere deskundigheid verwacht waartoe het personeel op de spoedafdeling vaak niet is opgeleid. Dergelijke opleidingen moeten dus worden georganiseerd om op die manier aan de ene kant de deskundigheid uit te bouwen (Coppens et al., 2011; Vandeurzen, 2012). Daarnaast werden draaiboeken opgesteld, waarin strategieën werden opgenomen voor de zorg voor pogers, dit zowel naar volwassenen als naar jongeren toe.

De gegevens die worden verzameld aan de hand van het (K)IPEO worden jaarlijks gebundeld en verwerkt door de Eenheid voor Zelfmoordonderzoek. Aan de hand van verschillende analyses wordt jaarlijks bepaald hoeveel suïcidepogingen zich naar schatting hebben voorgedaan in Vlaanderen.

Ten slotte moet nog aandacht uitgaan naar de roadtrip die eind 2016 werd georganiseerd. Hierbij werden de meest recente inzichten in de Zorg voor Pogers meegegeven.

Bereik

Fig. 3.4.a: Aantal deelnemende ziekenhuizen IPEO, 2012-2016

	Ziekenhuizen die een engagement zijn aangegaan	***Deelnemende ziekenhuizen***
2012	40	29
2013	41	33
2014	42	37
2015	45	36
2016	43	35

Fig. 3.4.b: Aantal deelnemende instellingen KIPEO, 2012-2016

	Ziekenhuizen	***Kinder-psychiatrische settings***	***CLB's***	***CGG's***	***Andere***
2014	-	7	49	11	1
2015	26	9	51	14	1
2016	27	9	51	14	1

Fig. 3.4.c: Aantal deelnemers vormingen, 2012-2016

	IPEO	***KIPEO***
2013	166	443
2014	323	1.029
2015	273	278
2016	476	172

Fig. 3.4.d: Sensibilisering: Vorming waarin Zorg voor Pogers wordt opgenomen, 2012-2016

	Vormingen Zorg voor Pogers
2012	4.423
2013	4.730
2014	4.659
2015	4.042
2016	4.778

Tevredenheid

De instrumenten IPEO en KIPEO worden tweejaarlijks beoordeeld door de deelnemende ziekenhuizen, in samenwerking met de CGG-SP-medewerkers. Verschillende items worden bevraagd. Het aspect "vorming" handelt over de opleiding die binnen het ziekenhuis wordt georganiseerd voor het gebruik van dit instrument. Ook de samenwerking met de CGG-SP-medewerker wordt bevraagd ("CGG-SP'). Een derde indicator richt zich tot het personeel en bevraagt of zij tevreden zijn over het instrument ("personeel"). Daarnaast wordt tijdens deze evaluatie hoogte genomen van de actie zelf ("project") en de implementatie ervan ("implementatie"). Deze laatste peilt naar de inbedding van IPEO binnen de werking van het ziekenhuis.

Fig. 3.4.e: Tevredenheidsbevraging IPEO bij 26 ziekenhuizen in 2012

	Zeer tevreden	***Eerder tevreden***	***Neutraal***	***Eerder Ontevreden***	***Ontevreden***	***Ontbrekende gegevens***
Vorming	46.2%	46.2%	3.8%	0.0%	0.0%	3.8%
CGG-SP	30.8%	53.8%	11.5%	0.0%	0.0%	3.8%
Personeel	15.4%	73.1%	7.7%	0.0%	0.0%	3.8%
Project	42.3%	53.8%	0.0%	3.8%	0.0%	3.8%
Implementatie	30.8%	42.3%	19.2%	7.7%	3.8%	3.8%

Fig 3.4.f: Tevredenheidsbevraging IPEO bij 7 ziekenhuizen in 2013

	Zeer tevreden	***Eerder tevreden***	***Eerder ontevreden***	***Zeer ontevreden***	***Ontbrekende gegevens***
Vorming	42.9%	28.6%	0.0%	14.3%	14.3%
CGG-SP	57.1%	28.6%	0.0%	0.0%	14.3%
Personeel	0.1%	57.1%	14.3%	0.0%	28.6%
Project	14.3%	57.1%	14.3%	0.0%	14.3%
Implementatie	28.6%	42.9%	14.3%	0.0%	14.3%

Fig. 3.4.g: Tevredenheidsbevraging IPEO bij 26 ziekenhuizen in 2014

	Zeer tevreden	***Eerder tevreden***	***Neutraal***	***Eerder Ontevreden***	***Ontevreden***	***Ontbrekende gegevens***
Vorming	38.5%	42.3%	15.4%	0.0%	0.0%	3.8%
CGG-SP	30.8%	57.7%	7.7%	0.0%	0.0%	0.0%
Personeel	3.8%	69.2%	19.2%	0.0%	0.0%	3.8%
Project	11.5%	73.1%	3.8%	3.8%	0.0%	3.8%
Implementatie	11.5%	46.2%	19.2%	7.7%	3.8%	3.8%

Fig. 3.4.h: Tevredenheidsbevraging IPEO bij 10 ziekenhuizen in 2015

	Zeer tevreden	***Eerder tevreden***	***Neutraal***	***Eerder Ontevreden***	***Ontevreden***	***Ontbrekende gegevens***
Vorming	40.0%	40.0%	15.4%	0.0%	0.0%	20.0%
CGG-SP	60.0%	20.0%	7.7%	0.0%	0.0%	20.0%
Personeel	20.0%	50.0%	19.2%	10.0%	10.0%	10.0%
Project	40.0%	40.0%	3.8%	0.0%	0.0%	20.0%
Implementatie	20.0%	30.0%	19.2%	20.0%	10.0%	20.0%

Fig. 3.4.i: Tevredenheidsbevraging IPEO bij 24 ziekenhuizen in 2016

	Zeer tevreden	***Eerder tevreden***	***Eerder Ontevreden***	***Ontevreden***	***Ontbrekende gegevens***
Vorming	54.2%	29.2%	12.5%	0.0%	4.2%
CGG-SP	66.7%	29.2%	4.2%	0.0%	0.0%
Personeel	20.8%	50.0%	20.8%	0.0%	0.0%
Project	45.8%	50.0%	4.2%	0.0%	0.0%
Implementatie	25.0%	37.5%	12.5%	25.0%	0.0%

Fig. 3.4.j: Tevredenheidsbevraging KIPEO bij de algemene ziekenhuizen, 2015-2016

	Zeer tevreden	***Eerder tevreden***	***Eerder ontevreden***	***Ontevreden***	***Ontbrekende gegevens***
Vorming	9	7	0	0	0
CGG-SP	10	6	0	0	0
Personeel	3	9	4	0	0
Project	6	10	0	0	0
Implementatie	4	8	2	2	0

Fig. 3.4.k: Tevredenheidsbevraging KIPEO bij de CGG's, 2015-2016 – absolute aantallen

	Zeer tevreden	***Eerder tevreden***	***Eerder ontevreden***	***Ontevreden***	***Ontbrekende gegevens***
Vorming	2	6	0	0	2
CGG-SP	2	6	0	0	2
Personeel	1	2	3	2	2
Project	0	2	2	2	4
Implementatie	0	0	3	4	3

Fig 3.4.l: Tevredenheidsbevraging KIPEO bij de kinderpsychiatrische diensten, 2015-2016 – absolute aantallen

	Zeer tevreden	***Eerder tevreden***	***Eerder ontevreden***	***Ontevreden***	***Ontbrekende gegevens***
Vorming	2	1	0	0	2
CGG-SP	3	1	0	0	1
Personeel	1	1	1	0	2
Project	1	2	0	0	2
Implementatie	0	1	1	0	3

Fig. 3.4.m: Tevredenheidsbevraging KIPEO bij 13 CLB's, 2015 – absolute aantallen

	Zeer tevreden	**Eerder tevreden**	**Eerder ontevreden**	**Ontevreden**	**Ontbrekende gegevens**
Vorming	7	2	4	0	0
CGG-SP	6	2	3	1	1
Personeel	4	3	2	1	3
Project	2	3	4	1	3
Implementatie	0	3	4	3	2

Bij de cijfers over de tevredenheid in het kader van het IPEO kan worden teruggevonden dat de meerderheid tevreden is. Naar implementatie toe blijft het belangrijk het IPEO in te bedden in een ruimer suïcidepreventiebeleid. Bij het KIPEO is een meerderheid eveneens tevreden over het gebruik van het instrument. Toch moet de nuance worden gemaakt dat bijvoorbeeld CLB's heel weinig in contact komen met jonge suïcidepogers. Zij opperen een instrument dat suïcidaliteit in een bredere zin bevraagt.

Effect

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

B. On Track Again

Organisatie	Zorg voor Suïcidepogers
Aanvang	2013
Type Preventie	Geïndiceerd
Doelgroep	Jonge pogers

Onderbouwing

Naast het IPEO wordt er door Zorg voor Pogers eveneens een platform opgesteld naar jonge suïcidepogers toe, aangezien ze een belangrijke drop-out kennen naar therapie toe (Cigularov, Chen, Thurber, & Stallones, 2008). In eerste instantie wordt deze doelgroep bereikt door de website www.ontrackagain.be en de bijhorende folder. In 2013 werd vanuit CERA de vraag gesteld of er geen breder aanbod naar jongeren kon worden opgesteld. Zorg voor Pogers begon daarom een onderzoek naar de verschillende mogelijkheden om jongeren te bereiken. Hierbij werd geopteerd voor de methodiek *brief intervention*, ontwikkeld door Stanley en Brown (2012).

De hulpvraag tijdens de suïcidale crisis wordt gebruikt om preventieve boodschappen en hulpmiddelen aan te bieden aan de hand van een korte interventie (Stanley & Brown, 2012). Deze methodiek werd ingebed in een app (Zorg voor suïcidepogers, 2014).

Vooraleer de app werd gelanceerd, werd de inhoud en vormgeving getoetst bij een panel van jongeren die zijn opgenomen in een kinderpsychiatrische setting. Dit had als doel om na te gaan wat jongeren, die ofwel zelf een suïcidale problematiek hebben ofwel ermee in aanraking komen, nodig hebben.

Bovendien worden er binnen deze setting voldoende opvangmogelijkheden voorzien, waardoor de jongeren na deelname, indien nodig, konden worden opgevangen. Hierbij werden 20 jongeren bereikt. De algemene beoordeling door de jongeren was zeer positief. 17 jongeren vonden dat de app er aantrekkelijk uitzag. De meerderheid gaf aan dat ze zelf de app zouden gebruiken. Ook naar ondersteuning en gebruik toe kreeg de app hoge scores (Zorg voor suïcidepogers, 2014).

In 2016 kreeg deze app een update, die eind 2016 zou moeten zijn afgerond. Grafisch zal deze er anders uitzien, al zullen er weinig verschillen kunnen worden gevonden naar inhoud toe.

In het kader van On Track Again moest ook een website worden aangeboden aan ouders en aan de school. Zij staan namelijk in nauw verband met de jongere. Een luik voorzien binnen On Track Again zou het jeugdige en laagdrempelige karakter tenietdoen. Daarom werd geopteerd om een aparte website te voorzien, waar de ouders en de school terecht kunnen met hun vragen. Deze website heet "Opnieuw Verder" en heeft een luik gericht naar ouders en een luik specifiek voor de schoolomgeving. Hierbij is het belangrijk mee te geven dat de website zal worden afgesloten en volledig wordt opgenomen in de portaalsite van Zelfmoord1813.

Bereik

Fig. 3.4.n: Bereik platform On Track Again 2013-2016

	Aantal downloads app	**Aantal bezoekers website**	**Aantal verspreide folders**
2013	-	1.640	+/- 5.000
2014	1.732	5.086	+/- 5.000
2015	803	3.543	5.000
2016	861	3.296	5.000

Conclusie

Zorg voor Suïcidepogers is een organisatie met terreinwerking die inzet op de opvang van pogers. Aan de hand van het (K)IPEO tracht men nieuw suïcidaal gedrag te voorkomen, aangezien suïcidepogers een risicogroep vormen. Het doel van dit instrument is om zorgcontinuïteit te verzekeren, zodat verdere behandeling kan worden verzekerd. Uit de evaluatie blijkt dat het merendeel van de ziekenhuizen tevreden is over de actie

In 2016 namen 36 ziekenhuizen actief deel aan de actie, bij KIPEO ligt dit aantal lager. Uit onderzoek van Wittouck en collega's (2010) blijkt ten slotte dat dit instrument de behandeling en zorgcontinuïteit voldoende garandeert.

Aangezien jonge suïcidepogers minder worden bereikt met de bestaande hulpverlening, werd *On Track Again* als website en ondersteunende folder opgesteld. Om het bereik te vergroten, werd eveneens een app geïntroduceerd. Aan de hand van literatuur en advies van experten werd de inhoud van de app bepaald. 20 jongeren werden voor de lancering bevraagd om vorm en inhoud te evalueren, waarbij 17 jongeren aangaven de app in het algemeen goed te vinden. De app kende in het eerste jaar na de lancering een groot aantal downloads. Dit aantal is over de jaren heen gedaald.

Blijvende aandacht naar de verspreiding van On Track Again blijft belangrijk. Naar de toekomst toe is het ook relevant en aan te bevelen om meer informatie te kunnen verzamelen omtrent tevredenheid en effect.

Er kan geconcludeerd worden dat er heel wat belangrijke acties zijn gericht naar suïcidepogers. Ook hier moeten we echter de vraag stellen of er niet nog bijkomende methodieken nodig zijn. IPEO en KIPEO zijn belangrijke hulmiddelen in de eerste opvang van suïcidepogers maar de vraag stelt zich of ook geen nood is aan onderbouwde, methodieken in de verdere opvang en behandeling van suïcidepogers. Het is aangewezen dat hier in de 2de helft van het VAS II aandacht aan wordt besteed.

Voor verdere informatie inzake de zorg voor suïcidepogers kan worden doorverwezen naar de verantwoordelijke organisatie Zorg voor Suïcidepogers. Resultaten van de registratiestudie, waarvoor het IPEO mede wordt gebruikt, kunnen worden opgevraagd bij de Eenheid voor Zelfmoordonderzoek. De app On Track Again is downloadbaar via Google Play en iOS. De website http://www.ontrackagain.be geeft verdere informatie voor gebruikers van het platform

4.1.4.2 Nieuwe behandelvormen voor suïcidale personen

Organisatie	VLESP
Aanvang	2016
Type Preventie	Geïndiceerd
Doelgroep	Suïcidale personen

Een volgende strategie gaat in op het onderzoek naar behandelvormen voor suïcidale personen. Suïcide vraagt namelijk specifieke zorg. Het is echter zo dat veel strategieën gericht zijn op de behandeling van psychiatrische stoornissen zoals depressie, maar niet specifiek op suïcidaliteit. Uit de Gezondheidsconferentie Suïcidepreventie kwam een grote nood aan de ontwikkeling van dit luik naar voren. Er werd besloten om twee nieuwe behandelmethodes te onderzoeken op hun effectiviteit. Deze zijn 'Toekomstgerichte Training' (van Beek, Kerkhof, & Beekman, 2008) en 'Mindfulness Based Cognitieve Therapie' (Williams, Fennel, Barnhofer, Silverton, & Crane, 2015). Deze worden momenteel door VLESP onderzocht op effectiviteit door middel van een gerandomiseerde gecontroleerde studie. Deze studie zal afgerond worden in juni 2018.

4.1.4.3 VDIP

Organisatie	Zorgnet Icuro, i.s.m. CGG
Aanvang	2008
Type Preventie	Selectief
Doelgroep	Jongeren met psychische problematiek

Onderbouwing

Uit onderzoek komt naar voor dat suïcidaal gedrag zeldzaam is in afwezigheid van een psychiatrische problematiek. Het psychologisch autopsieonderzoek van Gustafsson & Jacobsson (2000) toonde aan dat 96 van de 100 suïcideslachtoffers ten minste één psychiatrische stoornis hadden (Gustafsson & Jacobsson, 2000). Ook bij Vlaams autopsie-onderzoek kon bij alle adolescenten een psychiatrische diagnose worden vastgesteld (G. Portzky, Audenaert, & Heeringen, 2005). In dit verband ging in 2007 een pilootproject van start, genaamd Vroegdetectie en –Interventie bij Psychiatrische Stoornissen (VDIP).

VDIP richt zich op adolescenten en jongvolwassenen met een (verhoogd risico op een) zich ontwikkelende ernstige psychiatrische stoornis. De VDIP-werking heeft tot doel deze doelgroep vroegtijdig te detecteren en actief toe te leiden naar een aangepast zorgaanbod zodat de suïcidaliteit binnen de doelgroep daalt (zowel de ideaties, gedrag als effectieve suïcidaliteit evolueren gunstig door een goede effectieve begeleiding/behandeling). Vanuit VDIP wordt eveneens ingezet op de deskundigheidsbevordering van professionelen (voornamelijk op de eerste lijn) en de psycho-educatie van de persoon in kwestie en diens omgeving (Vandeurzen, 2012).

De VDIP-actie doorliep verschillende stadia. Initieel ving deze actie in 2007 aan met een pilootproject, dat in 2009 werd uitgebreid naar zes werkingsgebieden. Binnen deze werking werd gefocust op jongeren of jongvolwassenen die een verhoogd risico hebben op een eerste psychose. Uit onderzoek komt namelijk naar voor dat patiënten waarbij psychose wordt vastgesteld door vroegdetectie en bij een gepaste behandeling minder psychotische klachten en minder suïcidaliteit bezitten (Larsen, 2009) in vergelijking met een controlegroep die dezelfde behandeling kreeg maar later werd gedetecteerd.

Uit deze Noorse TIPS-studie blijkt dat bij gepaste vroegdetectie en vroeginterventieprogramma's de duur van de onbehandelde periode daalt, evenals de suïcidaliteit en de duur van de eerste psychotische episode (Larsen, 2009). Ook meer recent onderzoek (Knapp, McDaid, & Parsonage, 2011; van der Gaag et al., 2013) onderbouwt het belang van adequate vroegdetectie en vroeginterventie en de gunstige gezondheidseconomische terugverdieneffecten.

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

Uit de literatuurstudie kwam naar voor dat een verbreding van de VDIP-methodiek mogelijk is. Dit impliceert een forse uitbreiding van capaciteit en werkingsmiddelen en de afbakening van een a-pathologiespecifieke at risk-groep in lijn met de recente wetenschappelijke ontwikkelingen rond staging en psychosegevoeligheid (waarbij bipolaire stemmingsstoornissen en borderline persoonlijkheidsstoornissen in beeld komen). Bij middelenmisbruik blijkt het belangrijk om de bestaande vroeginterventie-aanpak te versterken waar nodig. Uit de literatuur rond eetstoornissen kwam onvoldoende naar voor dat de methodologie kon worden vertaald naar deze doelgroep toe (Federatie van Diensten voor Geestelijke Gezondheidszorg, Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg, & Zorgnet Icuro, z.j.).

Deze actie heeft acht werkingsgebieden, met in elk werkingsgebied één CGG als projecthouder. In totaal houden deze acht gebieden 11.75 VTE in, wat per CGG gemiddeld net geen 1.5VTE oplevert. De CGG investeren daarom heel veel zelf in de werkingen vanuit hun reguliere middelen. Alle VDIP-werkingen zijn ingebed in het brede GGZ-netwerk (i.h.k.v. functie 1) en hebben heel sterk uitgebouwde samenwerkingsverbanden met de eerste lijn.

Het is belangrijk mee te nemen dat het vroegdetectie- en –interventieteam voor jongeren en jongvolwassenen met een psychische kwetsbaarheid de G3-prijs van Similes won. Deze prijs wordt tweejaarlijks uitgereikt en zet 'Gezinsvriendelijke Geestelijke Gezondheidszorg' in de kijker. Deze prijs wordt verkozen door families, omdat familieleden of andere naastbestaanden een aanmelding kunnen maken van de problematiek. Vooral de laagdrempeligheid van VDIP wordt geapprecieerd.

Bereik

Aantal activiteiten (vorming; adviesverlening en individueel consult) in het kader van deskundigheidsbevordering van de 1ste (2e en 3e lijn) zodat zij vroegdetectie-rol kunnen opnemen: op jaarbasis voorzien de VDIP-werkingen meer dan 250 activiteiten voor meer dan duizend deelnemers. 85% van deze groep komt uit de nulde of eerste lijn.

Fig. 3.4.o: Aantal actieve zorgperiodes VDIP 2014-2015

	2014	**2015**
Aantal aanmeldingen	815	835
Aantal aanmeldingen met verhoogd suïciderisico	251 (31%)	339 (41%)
Aantal opgestarte vroeginterventiestrategieën	574 (70%)	586 (70%)
Aantal afgeronde vroeginterventiestrategieën	429	475
Doorverwezen VI-trajecten	147 (34% van de afgeronde)	250 (53% van de afgeronde)
Niet doorverwezen	282 (66% van de afgeronde)	225 (47% van de afgeronde)

Conclusie

Aangezien suïcidaal gedrag vaak gelinkt is aan een psychiatrische problematiek (Gustafsson & Jacobsson, 2000), werd tijdens het eerste Vlaams Actieplan VDIP opgericht. Deze actie richtte zich initieel op adolescenten met een verhoogd risico op psychoses. Bij het tweede Vlaams Actieplan werd de methodiek uitgebouwd naar meer werkingsgebieden enerzijds en meer doelgroepen anderzijds. Inzake het bereik kan worden vastgesteld dat in 2015 t.o.v. 2014 meer aanmeldingen met een verhoogd suïciderisico worden geregistreerd.

Ook voor deze actie kan aanbevolen worden om naar de toekomst toe meer informatie te kunnen verzamelen omtrent tevredenheid en effect.

Verdere informatie omtrent deze actie kan gevonden worden via Zorgnet Icuro.

4.1.4.4 Zorg voor nabestaanden

Organisatie	Werkgroep Verder
Aanvang	2002
Type Preventie	Selectief
Doelgroep	Nabestaanden

Een belangrijke doelgroep binnen suïcidepreventie zijn de nabestaanden. Dit zijn mensen die iemand in hun omgeving verloren zijn door zelfdoding. Op de eerste plaats zijn dit familieleden, maar ook vrienden, collega's, therapeuten etc. kunnen hieronder worden geplaatst. Uit onderzoek blijkt dat deze groep een hoger risico heeft op het ervaren van suïcidaliteit. Zo stijgt de kans op suïcide voor mannen ruim 46 keer, voor vrouwen 16 keer. Daarenboven zijn de rouwreacties sterker bij nabestaanden van een suïcide. Ze voelen zich namelijk vaker verantwoordelijk voor het overlijden. Gevoelens van stigma, schaamte en verwarring nemen de bovenhand. In dit verband is het belangrijk in te zetten op het bevorderen van lotgenotencontact. Het blijkt namelijk dat nabestaanden van een suïcide minder de gelegenheid hebben te praten over hun verlies (Wereld Gezondheidsorganisatie, 2000). De zorg naar deze doelgroep toe ligt voornamelijk in handen van Werkgroep Verder.

A. Gespreksgroepen

Onderbouwing

In Vlaanderen worden verschillende gespreksgroepen georganiseerd, waarbij de coördinatie in handen ligt van Werkgroep Verder. Deze gespreksgroepen zetten in op lotgenotencontact, wat een belangrijke nadruk krijgt bij de verantwoordelijke organisatie. Het blijkt namelijk dat nabestaanden van een suïcide minder de gelegenheid hebben te praten over hun verlies. De gespreksgroepen kunnen hieraan tegemoetkomen door het lotgenotencontact te bevorderen. Daarnaast kan zo'n gespreksgroep een meer opvoedende rol hebben, waarbij informatie over het rouwproces, zelfdoding en professionele hulpverlening kan worden meegegeven. Een belangrijk gevolg van dit lotgenotencontact is dat nabestaanden meer controle krijgen over hun leven (Wereld Gezondheidsorganisatie, 2000).

Zowel open als gesloten groepen worden aangeboden. Bij gesloten groepen wordt er gebruik gemaakt van vaste deelnemers, die ongeveer acht à tien keer samenkomen. Open gespreksgroepen daarentegen zijn niet beperkt in tijd. Deze groepen zijn laagdrempeliger van karakter, aangezien er geen vaste deelnames wordt verwacht (Zelfmoord1813, 2016). Om die reden krijgen deze groepen de voorkeur van Werkgroep Verder. Daarenboven worden ook online gespreksgroepen georganiseerd (Zelfmoord1813, 2016).

De gespreksgroepen zijn in de meeste gevallen gemengd, waarbij oud en jong, man en vrouw bij elkaar zitten. Er zijn echter eveneens groepen die ook specifiek inzetten op een bepaalde doelgroep. In Leuven bijvoorbeeld wordt een gespreksgroep georganiseerd voor ouders die een kind zijn verloren. Daarnaast vindt een pilootproject plaats in Vlaams-Brabant, gericht naar jongeren.

Bereik

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

Fig. 3.4.p Bereik online gespreksgroepen, 2012-2016

	Aantal deelnemers online gespreksgroep (per jaar)
2012	60
2013	60
2014	60
2015	29
2016	35

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

Fig. 3.4.q: Bereik offline gespreksgroepen, 2012-2016

	Aantal georganiseerde gespreksgroepen	**Aantal bereikte nabestaanden via gespreksgroepen**
2012	15	682
2013	15	598
2014	19	566
2015	17	558
2016	19	117

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

Tevredenheid

De tevredenheid van de gespreksgroepen kan niet worden weergegeven. Het is namelijk zo dat op dit moment de afname van de tevredenheid niet verplicht is. Uit een informele rondvraag door Werkgroep Verder blijkt dat de begeleiders de tevredenheid eerder mondeling bevragen. Dit gebeurt echter niet op papier, aangezien de begeleiders dit te bedreigend en te ongepast vinden naar de nabestaanden toe. Daarenboven wordt deze bevraging bemoeilijkt door het bestaan van de open gespreksgroepen. Vaste deelnemers zijn hier namelijk niet aanwezig, waardoor de tevredenheid slechts per sessie kan worden afgenomen.

Effectiviteit

Hetzelfde probleem ligt bij de effectiviteit. Vanuit Werkgroep Verder werd aangegeven dat een effectiviteitsmeting niet op de planning staat. Door de belasting op de leden en begeleiders worden hieromtrent geen vragen gesteld. Op het einde wordt wel gepeild naar het verloop van de gespreksgroepen, al is dit eerder informeel en wordt dit niet consistent geregistreerd.

B. Dag van de Nabestaanden

Onderbouwing

Naast de gespreksgroepen organiseert Werkgroep Verder nog verschillende andere activiteiten die zich richten op nabestaanden. Zo is er de Dag van de Nabestaanden, waarop aandacht wordt besteed aan verschillende zaken. Er is ruimte voor enkele getuigenissen, maar er worden ook plenaire lezingen georganiseerd. Daarnaast kunnen verschillende workshops en gespreksgroepen worden gevolgd. De eerste Dag van de Nabestaanden werd georganiseerd in 2002, waardoor in 2016 de vijftiende editie doorging.

Bereik

Hieronder kan worden teruggevonden hoeveel deelnemers er jaarlijks waren. Een belangrijke opmerking hierbij is dat naast nabestaanden, ook vrijwilligers, hulpverleners en politieleden deelnemen aan deze activiteit. Naar de aantallen toe valt op dat er in 2014 een terugval kan worden vastgesteld. Deze dip kan mogelijks worden verklaard door de instelling van Zelfmoord1813.be als portaalsite, waardoor eerder verworven contacten verloren zijn gegaan.

Fig. 3.4.r: Bereik Dag van de Nabestaanden, 2012-2016

	Aantal deelnemers	**Aantal nabestaanden**
2012	418	267
2013	409	253
2014	269	168
2015	289	207
2016	272	181

Tevredenheid

Jaarlijks wordt de tevredenheid gemeten van de deelnemers van deze activiteit. In 2012 werd deze evaluatie 107 keer ingevuld, waaronder door 83 nabestaanden. In 2013 is de tevredenheidsmeting eveneens gebaseerd op 107 evaluatiefiches, waarbij er 77 nabestaande waren. In 2014 werden 101 evaluatiefiches ingevuld. Hierbij werden 85 nabestaanden geïdentificeerd. In 2015 werd het evaluatieformulier 106 keer ingevuld, onder meer door 94 nabestaanden. In 2016 werden 167 fiches ingevuld.

Uit deze fiches kan worden vastgesteld dat de activiteit als informatief en ondersteunend werd ervaren. De verschillende onderdelen werden positief onthaald. Dit zijn de resultaten die naar voor komen over de jaren heen.

C. 1 Mei-wandeling

Onderbouwing

Een andere activiteit dat wordt georganiseerd is de 1 mei-wandeling. Hierbij worden nabestaanden, vrienden en sympathisanten bijeengebracht om samen een vijftal kilometer te wandelen. De dag wordt afgesloten met een stil moment.

Bereik

Hieronder kan je terugvinden hoeveel deelnemers de voorbije jaren werden ontvangen voor deze wandeling. Aangezien locatie, maar ook de weersomstandigheden een rol kunnen spelen, varieert het aantal deelnemers per jaar.

Fig. 3.4.s: Bereik 1 Mei – Wandeling, 2012-2016

	Aantal deelnemers
2012	30
2013	60
2014	50
2015	75
2016	86

Tevredenheid

In 2012 werd het evaluatieformulier ingevuld door 17 personen. In 2013 waren dit er 26. In 2014 konden slechts 7 evaluatiefiches worden teruggevonden. In 2015 waren het er 15. Over het algemeen genomen wordt deze activiteit als positief beoordeeld. Minpunten of kritiek wordt eerder geuit over de praktische kant van de zaak.

D. Online Forum

Onderbouwing

Naast activiteiten organiseert Werkgroep Verder ook een online forum aan. Dit is een anonieme ontmoetingsplaats waar vragen en ervaringen kunnen worden uitgewisseld. Ook hier speelt het lotgenotencontact een belangrijke rol.

Bereik

Fig. 3.4.t: Bereik online forum, 2012-2015

	Aantal bezoekers	**Aantal berichten**
2012	1.272	6.744
2013	1.394	8.735
2014	1.597	11.984
2015	1.860	14.733
2016	Tot 24/11: 1.933	-

In 2016 werd het nieuwe forum gelanceerd via de portaalsite van Zelfmoord1813. Sindsdien werden 87 nieuwe berichten geplaatst en meldden zich 395 gebruikers aan.

Tevredenheid

Op dit moment werd nog geen tevredenheid beoogd van deze site, dit wegens de recente vernieuwing. Deze evaluatie staat wel op de planning.

E. Herinneringssite

Onderbouwing

In ditzelfde verband moet ook de herinneringssite worden besproken. Dit is een online herdenkplaats die voor de dierbare van de nabestaande kan worden opgemaakt. Ook kan je elkaar als nabestaanden steunen en troosten.

Bereik

Gegevens rond de herinneringssite konden enkel worden opgeroepen voor 2016, waarbij 14 profielen werden aangemaakt. Het aantal bezoekers kunnen niet worden geregistreerd.

Tevredenheid

Op dit moment werd nog geen tevredenheid beoogd van deze site, dit wegens de recente vernieuwing. Deze evaluatie staat wel op de planning.

F. Sensibilisering

Daarnaast heeft werkgroep Verder ook een belangrijke rol in de verspreiding van informatie. Zo werd een folder opgemaakt, waarin informatie kan worden teruggevonden over Werkgroep Verder zelf. Naast deze meer algemene folder, werd ook een brochure ontwikkeld die zich richt naar bedrijven en andere organisaties, nl. "Rouwen op de werkvloer". Deze brochure geeft enkele praktische handvatten voor rouwmanagement na een zelfdoding. Naast deze twee meest centrale publicaties, zijn er nog heel wat andere publicaties verschenen. Vaak worden hierbij praktische handvatten aangereikt om om te gaan met de vaak complexe rouwgevoelens of wordt de bekendheid van Werkgroep Verder beoogd.

Hieronder kan een oplijsting worden teruggevonden.

- Weg van mij. Werkboek voor kinderen die achterblijven na zelfdoding - Fiddelaers, R.- Jaspers & van 't Erve M. i.s.m. Werkgroep Verder
- Om alles wat er niet meer is. Jongeren over achterblijven na zelfdoding - Fiddelaers, R.- Jaspers & van 't Erve M. i.s.m. Werkgroep Verder
- De visjes van Océane – Slosse, N. & Pillaert, A. i.s.m. Werkgroep Verder
- 100 procent Lena - Boonen, S., i.s.m. Werkgroep Verder
- Over leven – Verbist, V., Seys, F. en de Swart M. i.s.m. Werkgroep Verder
- Hoopvol Leven - Verbist, V., en de Swart, M., i.s.m. Werkgroep Verder
- Het einde… of een nieuw begin? - Beau V. (& Werkgroep Verder)
- Alles gaat voorbij, maar niets gaat over – Billiet D.
- Ik en de verloren ander: Kleine filosofie van rouw en verlangen – Gijsbers, L.
- Horen, zien… en praten – Werkgroep Verder
- Iemand verloren door zelfdoding – Werkgroep Verder
- Wie achterblijft moet verder… - Werkgroep Verder
- Kruip niet in een hoekje – Werkgroep Verder
- Sensi-kaart – Werkgroep Verder

Ten slotte moet nog worden meegegeven dat er sinds 2010 een overlegplatform voor nabestaanden plaatsvindt in Limburg. Dit overleg brengt partners samen die een specifiek aanbod hebben naar nabestaanden na zelfdoding.

G. Conclusie

Werkgroep Verder, de organisatie met terreinwerking voor de zorg voor nabestaanden, zet in op de postventie bij suïcide. Nabestaanden vormen namelijk een kwetsbare groep. Deze organisatie zet voornamelijk in op het bevorderen van lotgenotencontact. Uit enkele bevragingen omtrent de Dag van de Nabestaanden en 1 mei wandeling blijkt dat de deelnemers tevreden zijn over deze activiteiten. Ten slotte wordt ingezet op het sensibiliseren. Op die manier krijgt iedereen hoogte van het bestaan en de werking van Werkgroep Verder. Het bereik van de verschillende activiteiten hangt sterk af van jaar tot jaar en zijn onderhevig aan verschillende invloeden.

Ook voor deze acties kan aanbevolen worden dat het relevant is om naar de toekomst toe meer informatie te verkrijgen omtrent tevredenheid (vooral van de gespreksgroepen) als het effect van de acties.

Informatie over Zorg voor Nabestaanden kan worden opgevraagd bij Werkgroep Verder.

4.1.4.5 Huisartsen

Resultaten onderzoek Claessens (2016)

In 2016 werd een onderzoek gevoerd naar de prevalentie van suïcide bij (huis)artsen in Vlaanderen door Domus Medica. Dit onderzoek werd gevoerd vanuit de probleemstelling dat artsen een verhoogd risico lopen om te sterven door zelfdoding. Dit komt namelijk naar voor uit internationale studies (Eneroth, Senden, Lovseth, Schenck-Gustafsson, & Fridner, 2014; Rosta & Aasland, 2013). Bovendien toont onderzoek aan dat het welzijn van artsen bovendien een directe invloed heeft op de kwaliteit, efficiëntie en productiviteit van de gezondheidszorg en patiëntveiligheid. Een mogelijk gevolg hiervan is dat patiënten van "artsen met problemen" minder tevreden kunnen zijn en een lagere therapietrouw vertonen. Desalniettemin bleken geen Vlaamse gegevens beschikbaar te zijn om het probleem van suïcide bij huisartsen te staven. Door middel van dit onderzoek werd geprobeerd dit hiaat te vullen (Claessens, 2016).

Over de periode van 2004 tot 2012 werden 44 suïcides opgetekend bij deze beroepsgroep. Gemiddeld zijn er jaarlijks 5.1 zelfdodingen bij artsen per jaar, waarbij 3.9 door mannen gebeuren en 1.3 door vrouwen. Dit geeft een gemiddelde suïciderate per jaar van 24.5 suïcides bij artsen per 100.000 beroepsactieve artsen over de periode van 2004 tot 2011, wat bijna identiek is aan de gemiddelde suïciderate in dezelfde periode bij de Vlaamse bevolking (25-65 jarigen) (Claessens, 2016).

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

In dit onderzoek was er ook aandacht naar het meten van risicofactoren die gepaard gaan met dit fenomeen. Hieruit blijkt dat werk- en tijdsdruk een rol spelen. Ook de collegiale druk en de veeleisende patiënten worden als belastend ervaren. Daarnaast blijkt dat er een grote relatie is met persoonlijkheidskenmerken zoals perfectionisme en faalangst (Claessens, 2016).

Co-artsen

Naast dit onderzoek kan het initiatief rond co-artsen worden meegegeven. Domus Medica ontwikkelde in samenwerking met Dokters voor Dokters (D4D) een nieuw actie. Een co-arts is eveneens huisarts en fungeert als steunpilaar. Bij die persoon kan je terecht met vragen en verhalen indien dit nodig is. Ook de hulpverlening kan gefaciliteerd worden.

Het is wel belangrijk om op te merken dat een co-arts zelf geen problemen behandelt. Ook is er geen sprake van een controlefunctie. Om als co-arts aan de slag te gaan, moet eerst een opleiding worden gevolgd.

Ten slotte is het belangrijk aan te geven dat sinds 2001 het aanbod loopt voor vormingen inzake suïcidepreventie voor huisartsen. Dit is een samenwerkingsverband tussen Domus Medica en de CGG-SP. Deze vormingen zijn gericht naar huisartsen en zetten in op de deskundigheidsbevordering bij deze doelgroep.

Conclusie

Bij deze tussentijdse evaluatie kan gesteld worden dat er hoofdzakelijk onderzoek is uitgevoerd om de problematiek rond suïcidaal gedrag bij artsen in kaart te brengen. Door dit onderzoek is meer informatie voor handen omtrent de prevalentie en de risicofactoren.

Het is echter belangrijk om aan te geven dat met deze informatie verder aan de slag moet worden gegaan en dat er momenteel niet zoveel initiatieven gericht naar artsen zijn. Het initiatief van de co-arts is hierbij zeker een belangrijke stap en moet verder worden opgevolgd om na te gaan hoe dit naar de toekomst toe verloopt.

De resultaten van het onderzoek (Claessens, 2016), kunnen worden opgevraagd bij Domus Medica of kunnen worden geraadpleegd op: http://www.domusmedica.be/images/stories/allerlei/2016/Suicidepreventie_bij_huisartsen_20160601-web.pdf.

4.1.4.6 LGBT

Organisatie	Universiteit Gent
Aanvang	2015-2016
Type Preventie	Selectief
Doelgroep	Professionelen

Het Vlaams Actieplan Suïcidepreventie II (Vandeurzen, 2012) beklemtoont de kwetsbaarheid van holebi- en transgenderpersonen voor het ontwikkelen van suïcidaal gedrag. Eerder onderzoek toonde dat zowel holebi's als transgenderpersonen een verhoogd risico hebben (van Heeringen & Vincke, 2000).

Om deze kwetsbaarheid en mogelijkheden tot preventie verder te onderzoeken werden volgende stappen gezet binnen het Vlaams Actieplan Suïcidepreventie:

1. Overleg met holebi- en transbeweging

In 2015 organiseerde VLESP een uitwisselingsdag tussen çavaria en de partners binnen suïcidepreventie. Deze dag zorgde er mede voor dat er intensiever samengewerkt wordt rond vormingen over suïcidepreventie bij holebi's en transgenderpersonen. VLESP volgt daarnaast ook actief op of de kwetsbare doelgroep van holebi's en transgenders specifiek meegenomen wordt in bevragingen zoals het gebruikersonderzoek, de evaluatiestudie van de app BackUp en de online zelfhulp module Think Life. In het kader van de verdere uitwerking van Zelfmoord1813 werd samen met çavaria bekeken hoe holebi's en transgenders als risicogroep en doelgroep meer aandacht kunnen krijgen op de website.

2. Studie naar de prevalentie en factoren van suïcidaal gedrag bij LGBT-personen:

In de periode van 1 september 2015 tot 29 februari 2016 liep dit onderzoek waarbij het psychische welzijn bij Vlaamse holebi's en transgenderpersonen werd bevraagd via een anonieme online vragenlijst. De studie kaderde in een masterproef aan de faculteit Geneeskunde van de Universiteit Gent, waarvan Prof. Portzky promotor was. Eva Dumon (VLESP) en Jos Motmans (Transgender Infopunt) begeleidden mee dit onderzoek als co-promotor. Belangrijk om hierbij aan te geven is dat dit onderzoek niet gefinancierd werd door de Vlaamse Overheid.

Het doel van dit onderzoek was een beter beeld krijgen van de prevalentie van suïcidegedachten en -pogingen bij holebi's en transgenderpersonen in Vlaanderen en inzichten verkrijgen in de factoren die bijdragen aan de ontwikkeling van suïcidegedachten en –pogingen.

In totaal vulden 904 personen de vragenlijst volledig in, waarvan 656 holebi's en 248 transgenderpersonen. Uit de resultaten blijkt dat ruim een kwart (26,5%) van de deelnemers reeds één of meerdere suïcidepogingen in hun leven ondernam. In de groep transgenderpersonen lag dat beduidend hoger (38,7%) dan de al reeds hoge cijfers in de groep holebi's (22%). Deze cijfers bevestigen de reeds gekende prevalentie uit internationaal onderzoek. Het onderzoek focuste voornamelijk op de factoren die het risico verhogen op suïcidepogingen. Voor holebi's blijken vooral fysiek geweld en uitgesloten worden belangrijke verhogende risicofactoren te zijn voor suïcidepogingen. Echter, hoe het slachtoffer hiermee omgaat blijkt ook een belangrijke rol te spelen. Wanneer een zogenaamde 'passieve copingsreactie' ontstaat, dus een reactie waarbij men problemen eerder somber inziet en erdoor in beslag wordt genomen zonder actief de problemen aan te pakken, verhoogt ook het risico op suïcidepogingen. Ook voor transgenderpersonen blijkt deze specifieke passieve copingsreactie het risico op suïcidepogingen te verhogen. Bijkomend verhoogt een negatieve reactie van de moeder op de genderidentiteit van de transgenderpersoon, het risico op suïcidepogingen significant.

Meer over deze studie kan worden teruggevonden in de masterproef (Missiaen & Seynaeve, 2016), verkrijgbaar via VLESP.

3. Uitwerken van een projectvoorstel

Om gericht aan preventie te kunnen doen voor deze doelgroep werden eind 2016 naar aanleiding van de onderzoeksresultaten de eerste stappen gezet tot het uitbouwen van een projectvoorstel dat zal inspelen op het bevorderen van copingstrategieën van LGBT-personen en de nood aan een betere ondersteuning door ouders. Het uitbouwen van dit voorstel gebeurt door çavaria en het Transgenderinfopunt, met ondersteuning vanuit VLESP en andere betrokken organisaties.

4.1.4.7 Awel-studie

Organisatie	EZO, i.s.m. Awel
Aanvang	2012-2013
Type Preventie	Universeel
Doelgroep	Professionelen

'Awel', de gratis hulplijn voor kinderen en jongeren, krijgt vaak oproepen waarin het thema suïcide ter sprake komt. Om een beter inzicht te krijgen in het profiel van deze jongeren en de aard van deze gesprekken werd een kwalitatief onderzoek opgestart dat beoogde bij te dragen aan het verbeteren van laagdrempelige hulpverlening via chat, e-mail en forum voor suïcidale jongeren. Het onderzoek werd gevoerd door de Eenheid voor Zelfmoordonderzoek van de Universiteit Gent.

Samenvattend kon gesteld worden dat jongeren met suïcidegedachten die bij Awel aankloppen, vaak zorgen hebben in hun thuissituatie en/of in hun relaties met vrienden. Ook het meemaken van pesten wordt dikwijls aangehaald. Daarbij gaat het niet zelden om pestincidenten uit het verleden die een langdurige impact hebben op de jongere. Jongeren met suïcidale gedachten voelen zich vaak depressief, eenzaam en/of angstig. Veel jongeren hebben het idee nergens terecht te kunnen en geven aan weinig steun te ervaren. Meer dan één op drie reageert op deze gevoelens met zelfbeschadigend gedrag (zoals krassen). Omdat vele jongeren beschaamd zijn over hun suïcidegedachten en bang zijn om ouders en omgeving teleur te stellen, hebben ze schrik om over die gedachten te praten.

Maar steun krijgen van de omgeving is net erg belangrijk. ‘Er nog willen zijn' voor hun ouders en familie is een van de belangrijkste redenen voor jongeren om niet tot zelfdoding over te gaan. Ook steun van vrienden en leerkrachten kan een belangrijke buffer zijn.

Voor verdere resultaten en aanbevelingen, zie het eindrapport: https://www.awel.be/nieuws-en-pers.

Het onderzoek genereerde veel persaandacht, leverde inzichten in suïcidaal gedrag van jongeren en onderstreepte het belang van het verder inzetten op online hulpverlening voor jongeren met suïcidegedachten (Dumon, Arnouts, Portzky, & Van Heeringen, 2013).

4.1.4.8 ABFT

Organisatie	KU Leuven
Aanvang	2015
Type Preventie	Geïndiceerd
Doelgroep	Hulpverleners, ouders en jongeren

Een volgende actie dat wordt besproken is ABFT of Attachment-Based Family Therapy. Dit is een therapie dat gericht is naar de gehechtheid binnen gezinnen. Uit enkele interpersoonlijke theorieën kan worden gesuggereerd dat de gehechtheidsrelaties in gezinnen een belangrijke rol spelen bij depressie en suïcidaliteit bij adolescenten. Volgens deze theorieën zijn depressieve en suïcidale adolescenten gestopt met het opzoeken van steun en zorg van de ouders door een verlies van vertrouwen en andere relationele teleurstellingen. ABFT speelt hierop in door te focussen op het versterken of herstellen van de gehechtheidsrelatie en het vertrouwen in de ouder. Deze actie heeft als doel om deze vorm van therapie te implementeren in België. Het is namelijk zo dat er momenteel weinig aanbod is voor kinderen en jongeren die lijden aan depressie en suïcidaliteit. Indien er wel hulpverlening wordt aangeboden, is deze vaak weinig gebaseerd op theoretische modellen en eerder eclectisch van aard. Er werd met andere woorden een lacune vastgesteld in de hulpverlening gericht naar jongeren enerzijds, maar ook naar de gezinnen toe. In dit verband kan ABFT deze lacune invullen, zodat deze therapie wordt aangeboden naast de reeds aanwezige hulpverlening. Op die manier kan worden voldaan aan de gradueel groeiende nood hieromtrent (Santens, Levy, et al., 2016). In Vlaanderen zal bijgevolg een trainingscentrum worden opgericht, om de verspreiding van deze therapievorm te verzekeren.

De effectiviteit van ABFT wordt aangetoond in verschillende RCT-studies, waarbij een vermindering in depressieve symptomen en suïcidegedachten kon worden vastgesteld (Diamond, Russon, & Levy, 2016; Diamond et al., 2010). Ook in Vlaanderen zijn de voorlopige onderzoeksresultaten veelbelovend. Deze zijn gebaseerd op pre- en postdata en verzameld door Vlaamse thuisbegeleidingsdiensten die ABFT-begeleiding aanbieden. Er werd namelijk een significante daling teruggevonden bij de depressieve symptomen na het ontvangen van de behandeling (Santens, Devacht, Dewulf, Hermans, & Bosmans, 2016).

Het volledige programma duurt 16 weken, waarbij vijf met elkaar verbonden behandeltaken worden doorlopen, nl.: Relationele herformulering, Werkalliantie met de adolescent, Werkalliantie met de ouder, Gehechtheidstaak, en het Bevorderen van autonomie (Santens, De Winter, Heylen, De Raedt, & Bosmans, 2016).

Op dit moment kan een stand van zaken worden weergegeven. Hierbij kan worden aangegeven dat acht therapeuten succesvol zijn getraind tot gecertificeerde ABFT-therapeuten. Vervolgens werden reeds vijf therapeuten geselecteerd die reeds van start zijn gegaan met de ABFT-trainer en supervisor training. Deze training zal worden geïntroduceerd als een permanente vorming met getuigschrift.

Conclusie

Bij deze actie werd een trainingscentrum geopend waarbinnen therapeuten worden gevormd omtrent ABFT. Deze oprichting komt voort uit de bevinding dat er een gradueel groeiende nood is aan de therapievormen gericht naar kinderen en jongeren (Santens et al., 2016). Deze vorm van therapie zet zich in op de gehechtheid van gezinnen. Aan de hand van enkele RCT-studies kon in onderzoek reeds worden vastgesteld dat deze therapie effectief is (Diamond et al., 2016; Diamond et al., 2010). Ook in Vlaanderen zijn de resultaten veelbelovend (Santens et al., 2016), maar verder onderzoek met controlegroepen is aangewezen.

4.1.4.9 Conclusie strategie 4

Zowel hoogrisicogroepen als kwetsbare groepen worden met verschillende acties bereikt. Zo is er aandacht voor suïcidepogers, suïcidale personen en nabestaanden. Het VAS II zet hier verder op in en omvat hier relevante acties. Er dient echter naar de verdere uitvoering van het VAS II blijvende aandacht te zijn voor nieuwe ontwikkelingen van methodieken voor deze belangrijke risicogroepen. Ook mensen met een psychiatrische achtergrond worden bereikt, in het bijzonder door de actie VDIP. Dit initiatief werd recent uitgebreid, waardoor – naast de focus op jongeren met een verhoogd risico op een eerste psychose – VDIP ook wordt toegepast op andere psychiatrische ziektes. Aan de andere kant wordt heel wat onderzoek gevoerd naar de prevalentie van suïcide bij kwetsbare groepen, zoals daar zijn huisartsen en de LGBT-gemeenschap. Het is echter belangrijk dat de verzamelde informatie ook wordt omgezet in concrete acties naar deze doelgroepen toe.

Daarnaast is het ook voor de acties naar deze doelgroepen belangrijk dat er voldoende informatie wordt verzameld over de tevredenheid van deelnemers.

Een laatste bemerking heeft betrekking op de transformerende maatschappij. Er worden nieuwe, kwetsbare groepen gevormd, zoals bijvoorbeeld in het kader van de migratieproblematiek. Dit dient voldoende te worden opgevolgd.

4.1.5 Strategie 5: De ontwikkeling en implementatie van aanbevelingen en hulpmiddelen voor de preventie van suïcide

Onder de laatste strategie worden enkele richtlijnen en aanbevelingen voorgesteld, die binnen suïcidepreventie een houvast kunnen bieden. Deze zijn:

- Algemene aanbevelingen voor de preventie van suïcide (Euregenas)
- Aanbevelingen voor de preventie van suïcide in scholen (Euregenas)
- Aanbevelingen voor de preventie van suïcide op de werkvloer (Euregenas)
- Aanbevelingen voor vroegdetectie, vroeginterventie en behandeling van suïcidaal gedrag (multidisciplinaire richtlijn)
- Aanbevelingen voor ketenzorg voor suïcidale personen.

4.1.5.1 Aanbevelingen voor de preventie van suïcide (Euregenas)

Organisatie	EZO, i.s.m. Euregenas
Aanvang	2014
Type Preventie	Universeel
Doelgroep	Professionelen

Onderbouwing

Onderzoek toont dat bepaalde suïcidepreventiestrategieën en methodieken effectief zijn in de preventie van suïcidaal gedrag (Zalsman et al., 2016). Het is echter niet altijd duidelijk op welke wijze bepaalde preventiestrategieën in de praktijk kunnen uitgewerkt worden en moeten toegepast worden. Daarom werden in het kader van het VAS een set richtlijnen en toolkits ontwikkeld binnen de context van verschillende settings die handvaten moeten bieden om suïcidepreventie in de praktijk te brengen.

De Eenheid voor Zelfmoordonderzoek (EZO) werkte hiertoe een set richtlijnen en toolkits uit in het kader van het Europese project EUREGENAS ('EUropean REGions ENforcing Actions against Suicide'), dat liep van 2012 tot eind 2014. Vier sets van richtlijnen en toolkits werden ontwikkeld en verspreid. Voor elke set werd telkens eerst een draftversie opgemaakt door EZO, gebaseerd op literatuur en good practices, en vervolgens feedback ingezameld en verwerkt van alle Euregenas partners, de 'Scientific Board' van Euregenas en regionale stakeholders via 'Regional network meetings'.

De vier eindproducten:

'General Guidelines on Suicide Prevention' (NL: 'Algemene richtlijnen voor suïcidepreventie'): een toolkit gericht op beleidsmakers.

Zie: https://www.zelfmoord1813.be/publicaties/producten/algemene-richtlijnen-voor-su%C3%AFcidepreventie

'Suicide Prevention Toolkit for Media Professionals': een toolkit voor journalisten en andere media professionals. Deze toolkit werd niet vertaald naar het Nederlands, gezien we in Vlaanderen de mediarichtlijnen van 'Werkgroep Verder' hebben. De Engelstalige versie van deze toolkit is verkrijgbaar bij VLESP.

'School-based Suicide Prevention, Intervention and Postvention' (NL: 'Toolkit Zelfmoordpreventie, interventie en postventie op school). Deze toolkit is enerzijds bedoeld voor beleidsmakers en intermediairs in de schoolomgeving en anderzijds voor directeurs, leerkrachten en leerlingenbegeleiders op school. De toolkit biedt scholen achtergrondinformatie over suïcidaal gedrag, een overzicht van strategieën voor de bevordering van geestelijke gezondheid en de preventie van zelfdoding op school, voorbeelden van goede praktijken en praktische instrumenten.

Zie: https://www.zelfmoord1813.be/publicaties/producten/zelfmoordpreventie-interventie-en-postventie-op-school

'Preventing and managing suicidal behaviour. A toolkit for the workplace.' (NL: 'Toolkit Zelfmoordpreventie, interventie en postventie op de werkvloer). Deze toolkit richt zich op personen op de werkvloer die mee instaan voor de gezondheid van werknemers, zoals werkgevers, (HR) managers, preventie-adviseurs, bedrijfsgeneesheren, comités voor veiligheid en gezondheid op het werk, enz. De bedoeling is om achtergrondinformatie over suïcidaal gedrag, een overzicht van suïcidepreventiestrategieën voor de werkvloer, goede praktijken en praktische tools aan te reiken. De toolkit schetst daarmee hoe initiatieven op de werkvloer mogelijk kunnen bijdragen tot de preventie van suïcide.

Zie: https://www.zelfmoord1813.be/publicaties/producten/zelfmoordpreventie-interventie-en-postventie-op-de-werkvloer

Disseminatie en evaluatie

Alle richtlijnen en toolkits werden vertaald in 9 talen en verspreid op zowel lokaal, nationaal als Europees niveau. Ze zijn te raadplegen op de Euregenas website (www.euregenas.eu) en de websites van de betrokken partners. In vijf Euregenas regio's (waaronder ook Vlaanderen) werden de richtlijnen en toolkits verspreid via opgerichte 'Regional Networks' waarin relevante stakeholders zaten die de verdere verspreiding van de producten versterkten. Op Researchgate haalden de richtlijnen meer dan 100 views. Op Euregenas events waaronder de slotconferentie werden in totaal 320 kopies verspreid van de 'Algemene Richtlijnen', 140 kopies van de media toolkit, 1845 kopies van de toolkit voor scholen en 540 kopies van de toolkit voor de werkvloer. Verder werden de toolkits elektronisch verspreid naar ca. 400 stakeholders.

In Vlaanderen zijn de toolkits op Zelfmoord1813.be te downloaden en wordt naar de toolkits verwezen in infovragen en vormingen. Sinds 2015 tot eind 2016 werd de toolkit "Algemene richtlijnen" 138 keer gedownload. De richtlijnen naar scholen toe had in diezelfde periode 167 downloads, die naar de werkvloer toe had er 218.

Evaluatie

De richtlijnen en toolkits werden door de leden van de Regional Network Meetings positief geëvalueerd met betrekking tot helderheid, bruikbaarheid en relevantie. De resultaten hiervan en een uitgebreide evaluatie van het volledige Euregenas project gebeurde binnen werkpakket 3 en werd uitgevoerd door Romtens Foundation. Het volledige evaluatierapport is bij VLESP verkrijgbaar.

Conclusie

De EZO werkte in het kader van Euregenas mee aan de uitbouw van richtlijnen inzake suïcidepreventie. Vier richtlijnen werden ontwikkeld en verspreid, nl. algemene richtlijnen, mediarichtlijnen, suïcidepreventie op school en suïcidepreventie in bedrijven.

4.1.5.2 Aanbevelingen voor vroegdetectie, vroeginterventie en behandeling van suïcidaal gedrag (Multidisciplinaire richtlijn)

Organisatie	VLESP
Aanvang	2014
Type Preventie	Selectief / Geïndiceerd
Doelgroep	Professionelen

Onderbouwing

Uit literatuuronderzoek komt naar voor dat verschillende preventiestrategieën en –methodieken een duidelijke evidentie aantonen. Er is een consensus dat een goede opvang en behandeling moet worden georganiseerd van suïcidale patiënten. Toch is het niet altijd duidelijk op welke wijze de strategieën in de praktijk worden uitgewerkt en hoe ze moeten worden toegepast. Ook in Vlaanderen ontbreekt er een richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. Bovendien is er weinig duidelijkheid over de kwaliteit van de zorg bij de opvang en behandeling van suïcidepogers en personen met suïcidale gedachten. Hieruit volgt het initiatief om algemene aanbevelingen op te stellen waarin de verschillende mogelijkheden, strategieën en methodieken voor suïcidepreventie worden verduidelijkt. Op die manier worden handvaten aangeboden om de preventie voldoende te kaderen (Vandeurzen, 2012).

Onderzoek toont dat implementatie van richtlijnen voor de preventie van suïcide kan zorgen voor een verhoging van de deskundigheid van professionele hulpverleners (de Beurs et al., 2015) én een daling teweeg kan brengen in de suïcidecijfers (While et al., 2012).

Deze richtlijn en een bijhorende e-learningwebsite gericht op hulpverleners in de gezondheidszorg is in ontwikkeling en wordt gelanceerd op 30/03/2017.

De verdere implementatie, tevredenheid en effecten van de richtlijnen dienen naar de toekomst toe verder opgevolgd te worden.

4.1.5.3 Aanbevelingen voor ketenzorg voor suïcidale personen

Organisatie	VLESP
Aanvang	2017
Type Preventie	Universeel
Doelgroep	Professionelen

Vanuit het werkveld komt naar voor dat de continuïteit van de zorg één van de belangrijkste knelpunten blijkt te zijn in de huidige organisatie van de hulpverlening. Suïcidale patiënten krijgen door een gebrek aan sluitende afspraken niet altijd de juiste zorg. Daarenboven kunnen die transfermomenten tussen en binnen organisaties gezien worden als risicovolle momenten. Hieruit volgt dat een model waarin aanbevelingen worden gemaakt voor zorgvuldige samenwerking in de hulpverleningsketen de (na)zorg van de suïcidale patiënt kan verbeteren, alsook de regionale samenwerking naar suïcidale patiënten toe (Vandeurzen, 2012).

Deze richtlijn is in ontwikkeling en wordt gefinaliseerd in 2018.

4.1.5.4 Conclusie strategie 5

Heel wat richtlijnen zijn reeds of worden op dit moment ontwikkeld. Deze richtlijnen zijn sterk wetenschappelijk onderbouwd. Aandachtspunt bij de richtlijnen is de voortdurende implementatie bij de beoogde doelgroepen. Ook het in kaart brengen van de tevredenheid van de gebruikers en het onderzoeken van het effect van de richtlijnen wordt aanbevolen.

4.2 Niet gefinancierd door de Vlaamse Overheid

Hieronder worden nog enkele acties aangegeven die buiten het Vlaams Actieplan vallen. Door hun inzet in de preventie van suïcidaliteit is het echter belangrijk ze benoemen, aangezien ze ook een bijdragen aan het behalen van onder meer de gezondheidsdoelstelling. Voornamelijk acties die met de steun van het fonds Ga voor Geluk werden opgericht worden hieronder begrepen. De actie MindMates van de KULeuven wordt hieronder besproken, net zoals de verschillende leerstoelen die werden ingesteld in de samenwerking tussen KULeuven en Ga voor Geluk. Ten slotte wordt stilgestaan bij Warme Steden, die op dit moment in een pilootfase zit.

4.2.1 MindMates

Organisatie	KU Leuven, i.s.m. Ga voor Geluk
Aanvang	2016
Type Preventie	Selectief
Doelgroep	Studenten

Onderbouwing

Op initiatief van KU Leuven werd MindMates opgericht. Dit is een actie dat zich inzet op universele preventie en zich situeert binnen de eerste strategie van het Vlaams Actieplan, nl. geestelijke gezondheidsbevordering met betrekking tot individu en maatschappij. Deze onderzoeks- en beleidsondersteunend actie wordt georganiseerd door Leuven College Survey (LCS) en FORTUNE. De actie vindt steun bij de partners ‘Ga voor Geluk’ en de Leuvense studentenkoepel LOKO en is een initiatief van het Studentengezondheidscentrum van de KU Leuven.

Aan de hand van deze actie tracht men het emotionele welzijn van de Leuvense Universiteitsstudent te bevorderen. Uit gegevens van de WHO (2016) komt naar voor dat suïcide de tweede meest voorkomende doodsoorzaak was voor 15-29 jarigen in 2012 (WHO, 2016). Uit onderzoek van Auerbach en collega’s (2016) daarenboven blijkt dat geestelijke gezondheidsproblemen vaak voorkomen bij studenten. Eén vijfde (20.3%) van de universiteitsstudenten gaf aan een stoornis te hebben (Auerbach et al., 2016).

Suïcidaliteit in concreto heeft bovendien een sterk negatief verband met de academische prestaties (Mortier et al., 2015). Een belangrijke conclusie uit beide onderzoeken is dat de universiteit een rol kan spelen in de behandeling en de preventie van geestelijke problemen (Auerbach et al., 2016; Mortier et al., 2015).

Daarenboven is het zo dat er nog steeds een taboe bestaat rond deze problematiek. Hieraan wil MindMates tegemoetkomen, om zo problemen beter bespreekbaar te maken. In hun missie staat te lezen dat studenten een belangrijke rol kunnen spelen in de zorg voor hun eigen welbevinden, maar ook in de ondersteuning van vrienden en medestudenten. Door kennis en vaardigheden bij te brengen kunnen de studenten beter ondersteund worden in die rol.

Bereik

Op 26.09.2016 werden 5.314 deelnames aan de zelftest geregistreerd. Op 18.01.2017 waren dit er 6.763. Bovenstaande gegevens zijn gebaseerd op de Nederlandstalige versie. 26.09.2016 werden 5.329 deelnames geregistreerd, op 18.01.2017 waren er 6.739 deelnames aan het Engelstalig platform.

Sinds de aanvang van deze actie werden 24 Buddy's opgeleid, in evenveel workshops.

De website kende in september 2016, bij de aanvang van het nieuwe academiejaar, 11.961 bezoekers op het Nederlandstalige portaal, en 1.832 bezoekers op de Engelstalige versie;

Tevredenheid

De tevredenheid van de workshops werd bevraagd, maar nog niet geëvalueerd.

Verdere informatie hieromtrent kan worden opgevraagd bij de KULeuven. Bovenstaande informatie kon niet volledig worden ingevuld, aangezien de verkregen informatie beperkt was.

Er is geen informatie beschikbaar omtrent het effect van deze actie.

4.2.2 Leerstoelen

Organisatie	Ga voor Geluk, i.s.m. KU Leuven
Aanvang	2012
Type Preventie	Selectief
Doelgroep	Jongeren

In samenwerking met GavoorGeluk werden drie leerstoelen ingesteld. Hieronder worden ze kort voorgesteld.

Leerstoel 'Preventie van depressie en suïcide' LUCAS KULeuven: Het doel van deze leerstoel is het voeren van onderzoek naar de implementatie van wetenschappelijke kennis in de praktijk van preventie van depressie en suïcide. Onderdelen van deze Leerstoel zijn:

a/ de actie 'Warme Stad Antwerpen' (KU Leuven, 2016a) : inventarisatie actoren en goede praktijken m.b.t. mentaal welbevinden van kinderen en jongeren.

b/ Predi-NU: onderzoek naar nieuwe interventies voor depressie bij jongeren. Dit werd uitgevoerd door een netwerk van Europese experten binnen dit thema, waarbij LUCAS de evaluatie van de kwaliteit en impact van de actie voor zich neemt. Dit heeft geleid tot een verdere expertise in het domein van preventie van depressie bij jongeren. Bovendien werd meer informatie verzameld omtrent het werken met online zelfhulpinstrumenten die ook in Vlaanderen kunnen worden toegepast (Fonds GavoorGeluk, 2017d).

c/ Suïcidecijfers in Vlaanderen (doctoraat A. Reynders), een comparatieve studie met buitenland en interregionaal.

d/ Habbekrats vzw: een impactstudie van de werking op het mentaal welbevinden van kansarme jeugd

Leerstoel: 'Elk kind goed in zijn vel' ECEGO KULeuven: Het doel van deze leerstoel is het implementatie- en effectonderzoek van een interventiepakket voor de preventie van emotionele problemen en zelfdoding in basisscholen. Het doel is hulpmiddelen, strategieën en een evidence base te ontwikkelen voor een effectieve implementatie in de Vlaamse onderwijscontext. Deze leerstoel kadert in de actie Warme School (KU Leuven, 2016b).

Leerstoel 'Hoogbegaafdheid en welbevinden bij jongeren' Doctoraat C. Pieters: Binnen deze leerstoel wordt het welbevinden van kinderen en jongeren in Vlaanderen onderzocht, in relatie tot hun cognitieve vaardigheden en functioneren in de klas alsmede aanbevelingen geformuleerd voor de diagnostiek. De studie liep van 2009 tot 2013 in het kader van het Vlaams onderzoek 'JONG' en volgde meer dan 3.000 6- tot 12-jarigen op factoren van welbevinden en begaafdheid. Uit het onderzoek kwam naar voor dat er zorgvuldig moet worden omgesprongen met de toekenning van het label. De nood aan meer professionalisering van de zorgverleners wordt aangetoond, maar ook aan psychosociale ondersteuning van kinderen en jongeren waaraan het label wordt toegekend en hun ouders (Pieters, Roelants, Van Leeuwen, Desoete, & Hoppenbrouwers, 2014).

Informatie over de leerstoelen kan worden opgevraagd bij Ga voor Geluk.

4.2.3 Warme Steden

Organisatie	Ga voor Geluk, i.s.m. VIGeZ & Logo
Aanvang	2016
Type Preventie	Universeel
Doelgroep	Vlaamse steden/Vlaamse scholen

Onderbouwing

Warme Steden is een actie dat wordt gefinancierd door GavoorGeluk en wordt ondernomen in samenwerking met VIGEZ, LUCAS KULeuven en de Logo's. Deze actie zet in op het creëren van een integraal lokaal gezondheidsbeleid dat de emotionele en sociale vaardigheden, de veerkracht en het mentaal welbevinden van jongeren (0-24 jaar) kan versterken. Deze actie sluit aan bij de eerste strategie uit het Vlaams Actieplan Suïcidepreventie II, nl. 'geestelijke gezondheidsbevordering ter hoogte van het individu en de omgeving'. Er wordt hierbij met andere woorden ingezet op de universele preventie, waarbij gestreefd wordt naar een positief mentaal welbevinden.

Onderbouwing voor de actie kan gevonden worden in de resultaten van de Gezondheidsenquête, waarbij een stijging van geestelijke gezondheidsproblemen bij jongeren kon worden vastgesteld. Het is belangrijk het stigma rond geestelijke gezondheidsproblemen te doorbreken, aangezien de geestelijke gezondheid bepalend is voor het behalen van de sociale en academische doeleinden. Het is bijgevolg belangrijk om in te zetten op vroege interventies van kinderen en jongeren. GavoorGeluk gaat ervan uit dat een integrale aanpak binnen de structuren van een stad het efficiëntst is (Fonds GavoorGeluk, 2017f).

Hieruit volgde de ontwikkeling van Warme Steden, een pilootproject dat tot doel heeft goede praktijkvoorbeelden te stellen en concrete aanbevelingen op te maken voor een bredere implementatie in Vlaanderen (Fonds GavoorGeluk, 2017f). De actie zal proefdraaien in vijf steden: Brugge, Genk, Leuven, Gent en Turnhout en loopt van 2015 tot 2019. Dit actie geeft invulling aan het beleid "Gezonde Gemeente", een methodiek dat werd ontwikkeld door VIGEZ. Deze methodiek is gebaseerd op co-creatie, waarbinnen het belangrijk is dat de logo's samenwerken met het gemeentebestuur. Warme Steden is dus een integrale aanpak die inzet om het welbevinden bij jongeren en kinderen te versterken in steden en gemeenten.

Er wordt een samenwerking beoogd tussen alle actoren die werken met jongeren binnen de stad, zoals daar zijn ouders, scholen, jeugd- en welzijnsorganisaties, huisartsen, vrijetijds- en sportverenigingen, stadsdiensten en politie (Fonds GavoorGeluk, 2017f).

Deze actie vindt plaats in drie stappen. De eerste stap is de behoeftebevraging door LUCAS KULeuven, waarbij wordt gekeken naar de specifieke behoeften in de stad, wat het aanbod is en wat er nog ontbreekt. Op basis van deze analyse, worden actieplannen gevormd, die dan in een latere fase worden uitgevoerd.

Hieronder kunnen enkele voorbeelden worden gevonden die de basis vormen voor de ontwikkeling van acties binnen de pilootsteden. Enkele acties werden opgenomen in het Vlaams Actieplan, andere zijn voornamelijk georganiseerd met de hulp van GavoorGeluk. Daarnaast kan er ook verwezen worden naar de oplijsting van *best practices*, die werden gebundeld in 2008 (Baro, 2008).

- ACT is een onderzoek naar de effectiviteit van algemene gezondheidspreventie op middelbare scholen aan de hand van het Acceptance & Commitment Therapy model. Dit is een wetenschappelijk onderbouwde gedragstherapie die wordt gebruikt bij onder meer depressie en angst. In Vlaanderen bleek er geen substantieel verschil te zijn voor en na het aanbieden van een lessenpakket die hierop inzet. Hierbij is verder onderzoek naar de implementatie in scholen belangrijk (Fonds GavoorGeluk, 2017a).
- Daarnaast wordt er ingezet op de ontwikkeling van een laagdrempelig huis voor jongeren. Deze kan dienen als ontmoetingsplaats met andere jongeren, maar ook mogelijkheden voor geestelijke gezondheidsbevordering, zoals een CGG of Tele-Onthaal, kan hierbij aanwezig zijn. Het doel is multidisciplinaire opvang te creëren, waarbinnen de verschillende lijnsvoorzieningen aanwezig zijn. Deze actie kadert in het Europees project Action for Teens dat zich richt op 12-24-jarigen.
- Toverbos is een methode om de sociaal-emotionele ontwikkeling bij kleuters te stimuleren en vroegtijdig sociaal-emotionele problemen en stoornissen op te sporen. Deze methodiek werd opgenomen in de lerarenopleiding van Odisee Hogeschool te Brussel (Fonds GavoorGeluk, 2017e).
- Mindfulness is een vorm van therapie waarbij aan de hand van meditatie geoefend wordt om negatieve gevoelens en piekergedachten sneller op te merken, zodat op tijd kan worden ingegrepen. Uit het onderzoek van Raes komt naar voor dat leerlingen van het secundair onderwijs die een mindfulnesstraining volgen tot zes maanden later minder

aanwijzingen rapporteren van depressie, angst of stress (Fonds GavoorGeluk, 2017b, 2017c).

- Kiddyminds daarentegen zet zich in op mindfulness op de lagere school. Deze actie heeft als doel om kinderen op jonge leeftijd te leren omgaan met stress. Gemiddeld kreeg de training een score van 7.5 op 10, wat positief tot zeer positief kan worden genoemd. Meer dan de helft van de kinderen merkte na deelname een verandering op in hun aandacht. Ook de leerkrachten stelden een positieve evolutie vast bij die kinderen die aandachtsproblemen hebben (Van der Gucht, z.j.).

Binnenin Warme Steden wordt ook aandacht besteed aan de scholen. Warme Scholen beoogt de ontwikkeling van 10 exemplarische scholen met een integraal beleid mentaal welbevinden en met specifieke aandacht voor het ontwikkelen van sociale- en emotionele expressievaardigheden. Twee scholen, een basis- en een secundaire school, worden binnen elke 'Warme Stad' opgenomen als pilootproject. De actie is eveneens gebaseerd op een methodiek die werd ontwikkeld door VIGeZ, nl. Gezond School.

Conclusie

Warme Steden, een initiatief door Ga voor Geluk, wil een integraal lokaal gezondheidsbeleid opstellen in verschillende Vlaamse Steden. Deze pilootstudie vindt plaats in vijf steden en wil concrete aanbevelingen maken naar andere steden toe. Bovendien wil het enkele *best practices* meegeven. Binnen de Warme Stad wordt ook een Warme School opgericht. Beiden zijn gericht op de Gezonde Gemeente en School, methodieken die werden opgesteld door VIGeZ.

Informatie omtrent de Warme Scholen en Steden kan worden opgevraagd bij de stichting Ga voor Geluk.

4.3 Bijkomende initiatieven

Naast de acties die hierboven werden besproken, zijn er nog heel wat kleinere, meer lokale initiatieven op te noemen. Aan de hand van de inventarisatie van VLESP, waarbinnen alle acties die een invloed kennen op suïcidepreventie worden opgenomen, werden deze initiatieven opgelijst. Deze acties kunnen worden teruggevonden in bijlage.

5. Conclusie

5.1. Gezondheidsdoelstelling

Wat betreft de gezondheidsdoelstelling "*het verminderen van het aantal suïcides met 20% in 2020 t.o.v. het referentiejaar 2000*" kan op het moment van deze tussentijdse evaluatie, op basis van de suïcidecijfers van 2014 geconcludeerd worden dat een daling van 20% (of meer) bereikt is voor mannen en vrouwen tussen 16-29 jaar, 30-44 jaar, 60-75 jaar en voor mannen 75+. Dit betekent dat voor deze leeftijdsgroepen de gezondheidsdoelstelling gehaald lijken te zijn in deze tussentijdse evaluatie. Voor de mannen en vrouwen in de leeftijdsgroep 45-59 jaar en de vrouwen 75+ is de gezondheidsdoelstelling niet gehaald en zijn de cijfers niet voldoende gedaald of zelfs toegenomen. Verhoogde aandacht naar deze groepen is bijgevolg nodig.

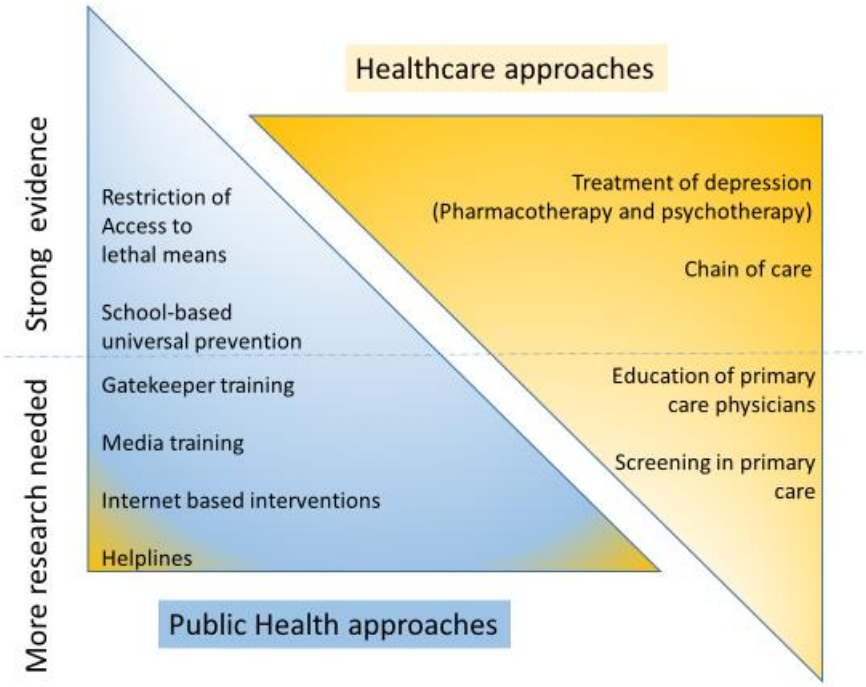
Voor wat betreft de suïcidepogingen toont de tussentijdse evaluatie aan dat er een daling van 13% kan worden waargenomen in de cijfers van 2015 t.o.v. het referentiejaar 2000. De incidentie van suïcidepogingen is niet mee opgenomen in de Gezondheidsdoelstelling maar zijn toch belangrijk om ook op te volgen gezien suïcidepogingen de belangrijkste risicofactor zijn voor suïcide.

Aangezien de suïcidecijfers jaarlijks kunnen fluctueren, moeten de cijfers de komende jaren nauwgezet opgevolgd worden.

5.2 Vooropgestelde strategieën in het VAS II

In onderstaande figuur worden de meest recente evidence-based strategieën die internationaal ondersteund worden weergegeven.

Fig. 4.1 Evidence-based strategieën in de preventie van suïcide



Bron: Zalsman et al., 2016

Wanneer hierbij de vergelijking wordt gemaakt met de strategieën binnen het VAS II dan kunnen we opmerken dat voornamelijk de strategie aangaande de **beperking van toegang tot middelen** minder aan bod komt binnen het VAS II. De acties vanuit Infrabel kunnen hierbij een belangrijke bijdrage vormen, al zijn dit de enige gerichte acties voor één bepaalde methode. Het is aan te bevelen dat in de verdere uitvoering van VAS II hier meer aandacht aan wordt besteed door in kaart te brengen wat mogelijke acties kunnen zijn binnen deze strategie.

Ook wat **universele preventie gericht naar scholen** (*School-based universal prevention*) betreft, kunnen we stellen dat binnen het VAS II hier minder specifieke acties naar zijn gericht sinds het aflopen van het project preventiecoaches. Er worden wel vormingen georganiseerd naar onderwijzend personeel toe en er zijn ook acties naar jongeren toe (zoals NokNok) maar een geïntegreerd aanbod van universele preventie naar scholen toe ontbreekt nog binnen het VAS II.

Naar *chain of care* toe zal dit in het tweede deel (2017-2020) van het VAS II meer worden opgenomen wanneer het model voor **ketenzorg** wordt ontwikkeld.

De aanpak naar **screening** wordt binnen het VAS II op een bredere manier ingevuld, nl. de detectie van suïcidaliteit. Voornamelijk binnen de multidisciplinaire richtlijn maakt detectie een belangrijk onderdeel uit. Ook binnen deskundigheidsbevordering wordt veel aandacht besteed aan detectie en signaalherkenning. Tenslotte heeft ook VDIP als doelstelling psychische problemen in een vroeg stadium te detecteren en te interveniëren.

De andere strategieën die in deze studie naar voor komen, zijn de **vormingen naar intermediairs** (gatekeeper training) en **artsen** (education of primary care physicians), **mediatraining, internet/online interventie** en **hulplijnen**. Deze strategieën worden daarentegen in het tweede VAS goed ingevuld, al blijft de groep van artsen soms moeilijker te bereiken voor vormingen. Dit blijft dan ook een aandachtspunt.

5.3 Vooropgestelde acties in het VAS II

Alle acties die werden vooropgesteld bij de lancering van het 2de Vlaams Actieplan zijn begin 2017 reeds gerealiseerd of lopende, met uitzondering van 2 acties. Voor de actie betreffende de netwerkgroepen voor ouderen werd eind 2016 een voorstel tot pilootproject ingediend bij de overheid welke verder verkend wordt. De actie omtrent ketenzorg zit op dit moment in een eerste verkennende fase waarbij de ontwikkelingsmethodologie wordt uitgewerkt. De start van de ontwikkeling door VLESP is voorzien in juni 2017. Gezien het feit dat het 2de VAS op dit moment pas halverwege is, kan er gesteld worden dat de realisatie van het actieplan erg goed op schema is.

Wat de evaluatie van de verschillende acties betreft volgens de vier indicatoren onderbouwing, bereik, tevredenheid en effectiviteit, tonen de resultaten aan dat de indicatoren onderbouwing en bereik steeds voldoende konden worden ingevuld. De indicatoren tevredenheid en effectiviteit werden vaak niet gerealiseerd in de acties. In dit verband ontbreken bijgevolg vaak gegevens. Dit is dan ook een belangrijk aandachtspunt naar de toekomst toe.

Binnen de universele preventiestrategie 1, kan de vraag gesteld worden of hier voldoende methodieken voorhanden zijn. Er kan niet verondersteld worden dat enkel Fit in je Hoofd, hoe goed deze methodiek ook is, voldoende kan zijn om de geestelijke gezondheid binnen de Vlaamse bevolking te verhogen. Ook binnen strategie 4 moet er steeds aandacht blijven zijn voor nieuwe ontwikkelingen en nieuwe noden voor suïcidepogers, nabestaanden en andere kwetsbare groepen.

5.4 Nieuwe acties in het VAS II, opvolging noden

Het is belangrijk te vermelden dat bovenop de vooropgestelde acties die bij de lancering in 2012 werden opgenomen in het actieplan, er zeventien nieuw ingestelde acties zijn ontwikkeld in de voorbije 4 jaar. Deze nieuwe acties kwamen tot stand op basis van nieuwe ontwikkelingen in de internationale suïcidepreventie, op basis van nieuwe wetenschappelijke evidentie of op basis van nieuwe noden in Vlaanderen. Dit is een belangrijk positief punt van het VAS II welke aangeeft dat er steeds oog is voor nieuwe ontwikkelingen en noden en dat hier ook door de Vlaamse Overheid de mogelijkheid wordt geboden om deze te ontwikkelen en te implementeren.

5.5 Aanbevelingen

Een eerste vaststelling heeft betrekking op de invulling van de indicatoren. De indicatoren onderbouwing en bereik konden bij de reeds geïmplementeerde acties voldoende worden ingevuld. **De andere indicatoren, nl. tevredenheid en effectiviteit, kenden soms geen invulling**. Het is echter belangrijk om hiervan ook hoogte te krijgen. De indicator tevredenheid gaat in op de implementatie en kan belangrijke informatie verschaffen over de noden en verwachtingen van de gebruiker. Aan de hand van deze indicator kan de actie, indien nodig, worden aangepast aan deze noden. De pijler effectiviteit is van groot belang om aan te tonen of de actie effect heeft voor suïcidepreventie. Deze informatie levert belangrijke informatie aan de projecthouder, wat mogelijks kan resulteren in een bijsturing van de actie.

Vervolgens is **continuïteit** van belang. Bij verschillende actoren en organisaties lag de verantwoordelijkheid voor de actie bij verschillende individuen over de jaren heen. Dit is in se geen probleem indien de continuïteit op voldoende wijze worden ingevuld. Dit is echter niet altijd het geval, wat tot gevolg heeft dat informatie verloren gaat. Het is dus belangrijk aandacht te hebben voor een goede informatieoverdracht bij een wisseling van verantwoordelijkheden.

Een derde aanbeveling is dat de actiehouders **de bestaande methodieken in vraag moeten durven stellen**. Het is namelijk zo dat de maatschappij continu in transitie is. Nieuwe methodieken die in de literatuur worden gepresenteerd moeten bijgevolg in rekening worden gebracht en indien nodig dienen de huidige acties de nodige aanpassingen te ondergaan. Ook dienen de huidige methodieken continu te worden geëvalueerd. Zo is het belangrijk dat gebruikersonderzoeken regelmatig worden ondernomen, zodat, indien nodig, de juiste stappen kunnen worden genomen om de doelgroep te bereiken. Blijvende opvolging blijft belangrijk.

Ten vierde moet voldoende aandacht worden besteed aan de **implementatie.** Het ontwikkelen van methodieken is één deel van het proces, maar ook het implementeren en verspreiden ervan is belangrijk. Uit de verschillende gesprekken en ervaringen blijkt dat deze stap vaak het moeilijkst te zetten is.

6. Referenties

Aerts, S., De Jaegere, E., & Portzky, G. (2016). *Ondersteuningsvaardigheden voor ouders bij het omgaan met suïcidale kinderen. Inventaris van initiatieven in Vlaanderen en beloftevolle internationale methodieken.*

Agentschap Zorg en Gezondheid. Evolutie van sterfte door zelfdoding. Retrieved 16/11/2016, from https://www.zorg-en-gezondheid.be/evolutie-van-sterfte-door-zelfdoding-2014

Agentschap Zorg en Gezondheid. (2016). Evolutie absolute en bruto sterftecijfers. Retrieved 22/09/2016, from https://www.zorg-en-gezondheid.be/evolutie-van-sterfte-door-zelfdoding-2014

Agentschap Zorg en Gezondheid. (2017). Preventief gezondheidsbeleid. from https://www.zorg-en-gezondheid.be/preventief-gezondheidsbeleid

Aguirre, R., McCoy, M., & Roan, M. (2013). Development Guidelines from a Study of Suicide Prevention Mobile Applications (Apps). *Journal of Technology in Human Services, 31*, 269-293.

Auerbach, R. P., Alonso, J., Axinn, W. G., Cuijpers, P., Ebert, D. D., Green, J. G., . . . Bruffaerts, R. (2016). Mental disorders among college students in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Psychological Medicine, 46*(14), 2955-2970. doi: 10.1017/S0033291716001665

Baro, F. (2008). A Hundred Best Practices in Youth Suicide Prevention.

Beck, A. T., Kovacs, M., & Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: The Scale for Suicide Ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 47*(2), 343-352.

Bennett, B. (z.j.). Mental CPR: Save Lives by Knowing the Five Signs. Retrieved 25/10/2016, from https://www.knowthefivesigns.org/tools/oc/Bo/KnowTheFiveSigns

Buijs, T., & De Clercq, B. (2014). Mentale Gezondheid. In World Health Organization (Ed.), *Health Behaviour In School-Aged Children*.

Byrne, S., S., M., Fitzpatrick, C., Boylan, C., Crowley, S., Gahan, H., . . . Guerin, S. (2008). Deliberate self-harm in children and adolescents: a qualitative study exploring the needs of parents and carers. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 13*(4), 493-504.

Centrum ter Preventie van Zelfdoding. (2012). Rapportage 2012.

Centrum ter Preventie van Zelfdoding. (2013a). Jaarverslag 2013.

Centrum ter Preventie van Zelfdoding. (2013b). Rapportage 2013.

Centrum ter Preventie van Zelfdoding. (2014a). Jaarverslag 2014.

Centrum ter Preventie van Zelfdoding. (2014b). Rapportage 2014.

Centrum ter Preventie van Zelfdoding. (2015a). Jaarverslag 2015.

Centrum ter Preventie van Zelfdoding. (2015b). Rapportage 2015.

Centrum ter Preventie van Zelfdoding. (2016). Nieuwe tool leert je gepast reageren op online zelfmoordsignalen [Press release]

Christensen, H., & Griffits, K. (2009). The internet and mental health literacy. *The Web and Psychiatry*.

Claessens, H. (2016). Suïcidepreventie bij (huis)artsen.

Coppens, E., Scheerder, G., & Van Audenhove, C. (2011). De evaluatie van het Vlaams Actieplan Suïcidepreventie (2006-2010).

Coppens, E., Vermeulen, B., Neyens, I., & Van Audenhove, C. (2014). Stigmatisering t.a.v. psychologische problemen. Ervaringen en attitudes in Vlaanderen.

Corrigan, P. W., Morris, S. B., Michaels, P. J., Rafacz, J. D., & Nicolas, R. (2012). Challenging the Public Stigma of Mental Illness: A Meta-Analysis of Outcome Studies. *Psychiatric Services*.

Currier, G. W., Litts, D., Walsh, P., Schneider, S., Richardson, T., Grant, W., . . . Moscati, R. (2012). Evaluation of an emergency department educational campaign for recognition of suicidal patients. *Western Journal of Emergency Medicine, 13*, 41-50.

de Beurs, D. P., de Groot, M. H., de Keijser, J., Mokkenstorm, J. K., van Duijn, E., de Winter, R. F. P., & Kerkhof, A. J. F. M. (2015). The effect of an e-learning supported Train-the-Trainer programme on implementation of suicide guidelines in mental health care. *Journal of Affective Disorders, 17*, 446-453.

De Jaegere, E., Hoorens, V., Portzky, G., & Van Heeringen, C. (2014). *KIPEO Instrument voor psychosociale evaluatie en opvang van suïcidepogers (Kinderen en jongeren)*.

De Munck, S., Scoliers, G., Van Rijsselberghe, L., Portzky, G., & Van Heeringen, C. (z.j.). *IPEO. Instrument voor psychosociale evaluatie en opvang van suïcidepogers*.

De Roover, W. (2012). Effectiviteitsreview geestelijke gezondheidsbevordering fact-sheet volwassenen (pp. 1-2): ViGeZ.

De Wolf, L. (2016). Facebook werkt samen met Centrum ter Preventie van Zelfdoding. *De Redactie*.

Diamond, G. S., Russon, J., & Levy, S. (2016). Attachment-Based Family Therapy: A Review of the Empirical Support. *Family Process, 55*(3), 595-610.

Diamond, G. S., Wintersteen, M. B., Brown, G. K., Diamond, G. M., Gallop, R., Shelef, K., & Levy, S. (2010). Attachment-Based Family Therapy for Adolescents with Suicidal Ideation: A Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 49*(2), 122-131.

Dienst Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg. (2012). Care for Suicide Attempters. from http://www.euregenas.eu/care-for-suicide-attempters/

Donker, T., Petrie, K., Proudfoot, J., Clarke, J., Birch, M. R., & Christensen, H. (2013). Smartphones for Smarter Delivery of Mental Health Programs: A Systematic Review. *Journal of Medical Internet Research, 15*(11). doi: UNSP e247

10.2196/jmir.2791

Dumon, E., Arnouts, A., Portzky, G., & Van Heeringen, C. (2013). Awel, ik zie het niet meer zitten. Een kwalitatieve analyse van chatgesprekken, e-mails en forumberichten met betrekking tot suïcide.

Dumon, E., & Portzky, G. (2013). General Guidelines on Suicide Prevention.

Eneroth, M., Senden, M. G., Lovseth, L. T., Schenck-Gustafsson, K., & Fridner, A. (2014). A comparison of risk and protective factors related to suicide ideation among residents and specialists in academic medicine. *Bmc Public Health, 14*. doi: Artn 271

10.1186/1471-2458-14-271

Federatie van Diensten voor Geestelijke Gezondheidszorg, Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg, & Zorgnet Icuro. (z.j.). *Syntheserapport literatuuronderzoek toepasbaarheid VDIP-methodiek voor initiële psychoses voor bijkomende pathologiegroepen*.

Fonds GavoorGeluk. (2017a). ACT-preventie: algemene preventie om middelbare scholen. Retrieved 16/01/2017, from http://www.gavoorgeluk.be/projecten/act-preventie-algemene-preventie-op-middelbare-scholen

Fonds GavoorGeluk. (2017b). Mindfulness 14-18: werkt mindfulness bij tieners? Retrieved 16/01/2017, from http://www.gavoorgeluk.be/projecten/mindfulness-14-18-werkt-mindfulness-bij-tieners

Fonds GavoorGeluk. (2017c). Pimp your mind: mindfulness online voor tieners. Retrieved 16/01/2017, from http://www.gavoorgeluk.be/projecten/pimp-your-mind-mindfulness-online-voor-tieners

Fonds GavoorGeluk. (2017d). PREDI nu: nieuwe interventies voor depressie bij jongeren. Retrieved 16/01/2017, from http://www.gavoorgeluk.be/projecten/predi-nu-nieuwe-interventies-voor-depressie-bij-jongeren

Fonds GavoorGeluk. (2017e). Toverbos: kleuters leren omgaan met emoties. Retrieved 16/01/2017, from http://www.gavoorgeluk.be/projecten/toverbos-kleuters-leren-omgaan-met-emoties

Fonds GavoorGeluk. (2017f). Warme Steden. Retrieved 16/01/2017, from http://www.gavoorgeluk.be/warme-steden

Geeta, M. G., & Krishnakumar, P. (2005). Television and Suicidal Behavior. *Indian Pediatrics, 42*, 837-838.

Gisle, L. (2008). Mentale Gezondheid *Gezondheidsenquête, België 2008*.

Gisle, L. (2014). Geestelijke gezondheid. In J. Van der Heyden & R. Charafeddine (Eds.), Gezondheidsenquête 2013. Rapport 1: Gezondheid en Welzijn. Brussel: WIV-ISP.

Gould, M. S., & Kalafat, J. (2009). Role of crisis hotlines in suicide prevention. . In D. Wasserman & C. Wasserman (Eds.), *The Oxford textbook of suicidology: The five continents perspective*.

Gould, M. S., Kalafat, J., Munfakh, J. L. H., & Kleinman, M. (2007). An Evaluation of Crisis Hotline Outcomes Part 2: Suicidal Callers. . *Suicide & Life-Threatening Behavior, 37*(3).

Gustafsson, L., & Jacobsson, L. (2000). On mental disorder and somatic disease in suicide: A psychological autopsy study of 100 suicides in northern Sweden. *Nordic Journal of Psychiatry, 54*(6), 383-395.

Hawton, K., Simkin, S., Deeks, J. J., O'Connor, S., Keen, A., Altman, D. G., . . . Bulstrode, C. (1999). Effects of a drug overdose in a television drama on presentation to hospital for self-poisoning: time series and questionnaire study. *British Medical Journal, 318*, 972-977.

Holt-Lunstad, J., Smith, T., Baker, M., Harris, T., & Stephenson, D. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: A meta-analytic review. *Perspectives on Psychological Science, 10*, 227-237.

Hooghe, M., & Vanhoutte, B. (2011). An ecological study of community level correlates of suicide mortality rates in the Flemish region of Belgium, 1996-2005. *Suicide & Life-Threatening Behavior, 41*, 453-464.

Hooven, C., Walsh, E., Pike, K. C., & Herting, J. R. (2012). Promoting CARE: including parents in youth suicide prevention. *Family & Community Health, 35*(3), 225-235.

Hoste, V. (2011). Automatic Monitoring for Cyberspace Applications. Retrieved 17/01/2017, from https://expertise.hogent.be/nl/projects/automatic-monitoring-for-cyberspace-applications(bac6d50b-95d7-42c3-b41d-493a55378b12).html

iMInds. (2015). DigiMeter 2015 Telefonie: Smartphone wordt steeds belangrijker., from http://www.iminds.be/nl/inzicht-in-digitale-technologie/digimeter/2015/telefonie

Infrabel. (2015). Actieplan ter preventie van zelfdoding op het spoor. Jaarverslag 2015.

Joiner, T., Kalafat, J., Draper, J., Stokes, H., Knudson, M., Bermand, A., & McKeon. (2007). Establishing Standards for the Assessment of Suicide Risk Among Callers tot the National Suicide Prevention Lifeline. *Suicide & Life-Threatening Behavior, 37*(3).

Jorm, A. F. (2011). Mental health literacy : Public knowledge and beliefs about mental disorders. *British Journal of Psychiatry*.

Kalafat, J., Gould, M. S., Munfakh, J. L. H., & Kleinman, M. (2007). Evaluation of crisi hotline outcomes. Part I. Non-suicidal crisis callers. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 37*.

Kalafat, J., Gould, M. S. M., J.L.H., & Kleinman, M. (2007). Evaluation of crisi hotline outcomes. Part I. Non-suicidal crisis callers. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 37*.

Kapur, N., House, A., Creed, F., Feldman, E., Friedman, T., & Guthrie, E. (1998). Management of deliberate self-poisoning in adults in four teaching hospitals: descriptive study. *British Medical Journal, 316*, 831-832.

Kapur, N., House, A., Dodgson, K., May, C., & Creed, F. (2002). Effect of general hospital management on repeat episodes of deliberate self-poisoning: cohort study. . *British Medical Journal, 325*, 866-867.

Kelly, C. M., Jorm, A. F., & Wright, A. (2007). Improving mental health literacy as a strategy to facilitate early intervention for mental disorders. *The Medical Journal of Australia*.

Knapp, M., McDaid, D., & Parsonage, M. (2011). Mental health promotion and mental health prevention: the Economic Case. Department of Health, London: London School of Economics and Political Science.

KU Leuven. (2016a). Ga voor Geluk Leerstoel - Preventie van depressie en suïcide. Retrieved 16/01/2017, from https://www.kuleuven.be/mecenaat/leerstoelen/groepsoverschrijdend/ga-voor-geluk-leerstoel-preventie-van-depressie-en-suicide

KU Leuven. (2016b). GavoorGeluk Leerstoel: "Elk kind goed in zijn vel". Retrieved 16/01/2017, from https://www.kuleuven.be/mecenaat/leerstoelen/groepsoverschrijdend/ga-voor-geluk-leerstoel-elk-kind-goed-in-zijn-vel

Larsen, M. E., Nicholas, J., & Christensen, H. (2016). A systematic assessment of smartphone tools for suicide prevention. . *PLoS One, 11*.

Larsen, T. K. (2009). *Early Intervention in Psychosis; The TIPS-Study*.

Lokkerbol, J. (2012). Versterken van mentaal kapitaal in de werk-setting (pp. 4): Trimbos.

Luxton, D. D., June, J. D., & Chalker, S. A. (2015). Mobile Health Technologies for Suicide Prevention: Feature Review and Recommendations for Use in Clinical Care. *Current Treatment Options in Psychiatry, 2*(4), 349-362.

Luxton, D. D., June, J. D., & Kinn, J. T. (2011). Technology-Based Suicide Prevention: Current Applications and Future Directions. *Telemedicine and E-Health, 17*(1), 50-54. doi: 10.1089/tmj.2010.0091

Ministerieel besluit tot oprichting van de Vlaamse werkgroep suïcidepreventie (2012).

Mishara, B., Chagnon, F., Daigle, M., Balan, B., Raymond, S. M., I. , Bardon, C., . . . Berman, A. (2007). Which helper behaviors and intervention styles are related to better short-term outcomes in telephone crisis intervention? Results from a silent monitoring study of calls to the U.S. 1-800-SUICIDE network. *Suicide & Life-Threatening Behavior, 37*.

Mokkenstorm, J. K., Eikelenboom, M., Huisman, A., Wiebenga, J., Gilissen, R., Kerkhof, A. J. F. M., & Smit, J. H. (2016). Evaluation of the 113Online Suicide Prevention Crisis Chat Service: Outcomes, Helper Behaviors and Comparison to Telephone Hotlines. *Suicide & Life-Threatening Behavior*.

Mortier, P., Demyttenaere, K., Auerbach, R. P., Green, J. G., Kessler, R. C., Kiekens, G., . . . Bruffaerts, R. (2015). The impact of lifetime suicidality on academic performance in college freshmen. *Journal of Affective Disorders, 186*, 254-260. doi: 10.1016/j.jad.2015.07.030

Nordentoft, M. (2011). Crucial elements in suicide prevention strategies. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry, 35*(4), 848-853. doi: 10.1016/j.pnpbp.2010.11.038

Oordt, M. S., Jobes, D. A., & Fonseca, V. P. (2009). Training Mental Health Professionals to Assess and Manage Suicidal Behavior: Can Provider Confidence and Practice Behaviors be Altered? *Suicide & Life-Threatening Behavior, 39*(1), 21-32.

Paulhus, D. L., & Vazire, S. (2009). The Self-Report Method. In R. W. Robins, C. Fraley, & R. F. Krueger (Eds.), *Handbook of Researcht Methods in Personality Psychology*.

Pauwels, K., Impens, I., Aerts, S., & Arnouts, N. (2014). Preventie 2.0: suïcidepreventie via internet.

Pieters, C., Roelants, M., Van Leeuwen, K., Desoete, A., & Hoppenbrouwers, K. (2014). JOnG! Talent - Studie van het welbevinden van kinderen en jongeren in Vlaanderen in relatie tot hun vaardigheden en schools functioneren.

Pil, L., Pauwels, K., Muijers, E., Portzky, G., & Annemans, L. (2012). Cost-effectiveness of a helpline for suicide prevention. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 1-9.

Pinfold, V., Toulmin, H., Thornicroft, G., Huxley, P., Farmer, P., & Graham, T. (2003). Reducing psychiatric stigma and discrimination: evaluation of educational interventions in UK secondary schools. *British Journal of Psychiatry, 182*(4), 342-346.

Portzky, G., Audenaert, K., & Heeringen, K. (2005). Suicide among adolescents - A psychological autopsy study of psychiatric, psychosocial and personality-related risk factors. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 40*(11), 922-930. doi: 10.1007/s00127-005-0977-x

Portzky, G., Audenaert, K., & van Heeringen, K. (2009). Psychosocial and psychiatric factors associated with adolescent suicide: A case-control psychological autopsy study. *Journal of Adolescence, 32*, 849-862.

Portzky, M. (2015). *VK+ en P3 vragenlijst over veerkacht en palliatieve activiteiten: handleiding*. Amsterdam: Hogrefe.

Preventiecoaches. (2012). Eindrapport Project Preventiecoaches geestelijke gezondheid in het secundair onderwijs.

Preventiecoaches. (2014). Eindrapport vervolgtraject preventiecoaches.

Ramberg, I., & Wasserberg, D. (2010). Benefits of Implementing an Academic Training of Trainers Program to Promote Knowledge and Clarity in Work with Psychiatric Suicidal Patients. *Archives of Suicide Research, 8*(4), 331-343.

Reynders, A., van Heeringen, C., De Maeseneer, J., & Van Audenhove, C. (2009). *Onderzoek naar de verklarende factoren voor verschillen in suïcidecijfers in Vlaanderen in vergelijking met Europese landen.* . Leuven.

Robinson, J., Cox, G., Bailey, E., Hetrick, S., Rodrigues, M., Fisher, S., & Herrman, H. (2015). Social media and suicide prevention: a systematic review. *Early Intervention in Psychiatry*.

Rosta, J., & Aasland, O. G. (2013). Changes in the lifetime prevalence of suicidal feelings and thoughts among Norwegian doctors from 2000 to 2010: a longitudinal study based on national samples. *Bmc Psychiatry, 13*. doi: Artn 322

10.1186/1471-244x-13-322

Saint-Martin, P., Prat, S., Bouyssy, M., & O'Byrne, P. (2009). Plastic bag asphyxia - A case report. *Journal of Forensic and Legal Medicine, 16*(1), 40-43.

Santens, T., De Winter, S., Heylen, J., De Raedt, R., & Bosmans, G. (2016). Werken met gehechtheid in behandeling van kinderen en adolescenten. *Gedragstherapie, 49*(1), 72-87.

Santens, T., Devacht, I., Dewulf, S., Hermans, G., & Bosmans, G. (2016). Attachment-Based Family Therapy. Between Magritte and Poirot: Dissemination Dreams, Challenges, and Solutions in Belgium. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy, 37*, 240-250.

Santens, T., Levy, S. A., Diamond, G. S., Braet, C., Vyvey, M., Heylboeck, E., & Bosmans, G. (2016). Exploring Acceptability and Feasibility of Evidence-Based Practice in Child Welfare Settings: A Pilot Study with Attachment-Based Family Therapy. *Psychologica Belgica*.

Schachter, H. W., Girardi, A., Ly, M., Lacroix, D., Lumb, A. B., van Berkom, J., & Gill, R. (2008). Effects of school-based interventions on mental health stigmatization: a systematic review. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 2*(18).

Scheerder, G., Reynders, A., Andriessen, K., & Van Audenhove, C. (2010). Suicide intervention skilss and related factors in community and health professionals. *Suicide & Life-Threatening Behavior, 40*(2), 115-124.

Shand, F. L., Ridani, R., Tighe, J., & Christensen, H. (2013). The effectiveness of a suicide prevention app for indigenous Australian youths: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials, 14*. doi: Artn 396

10.1186/1745-6215-14-396

Simkin, S., Hawton, K., Whitehead, L., Fagg, J., & Eagle, M. (1995). Media Infuence on Parasuicide. A Study on the Effects of a Television Drama Portrayal of Paracetamol Self-Poisoning. *British Journal of Psychiatry, 167*, 754-759.

Stanley, B., & Brown, G. K. (2012). Safety Planning Intervention: A Brief Intervention to Mitigate Suicide Risk. *Cognitive and Behavioral Practice, 19*(2), 256-264.

Stevens, V., & Delfosse, L. (2013). Als journalist kan je levens redden. Achtergrondinfo: Halle - CGG PassAnt vzw.

Taelemans, L., & De Smedt, N. (2016). Eindrapport project preventiecoaches. Logo Leieland.

Thomas, S. H., Bevan, L., Bhattacharyya, S., Bramble, M. G., Chew, K., Connoly, J., . . . Bateman, D. N. (1996). Presentation of poisoned patients to accident and emergency departments in the nort of England. *Human experimental Toxicology, 15*, 466-470.

Thornicroft, G., Rose, D., Kassam, A., & Sartorius, N. (2007). Stigma: ignorance, prejudice or discrimination? *British Journal of Psychiatry, 190*(3), 192-193.

Toumbourou, J. W., & Gregg, M. E. (2002). Impact of an empowerment-based parent education program on the reduction of youth suicide risk factors. . *Journal of Adolescent Health, 31*(3), 277-285.

van Beek, W., Kerkhof, A. J. F. M., & Beekman, A. T. F. (2008). Toekomstgerichte training voor mensen met suïcideideaties. *Tijdschrijft voor Psychiatrie, 50*, 38.

Van Den Berge, K. (2015). Evaluatierapport. Zilverwijzer in Woonzorgcentra. Testfase: ViGeZ.

Van Den Berge, K., & Boonen, V. (2014). Evaluatierapport Zilverwijzer. Groepssessies uit 2014: ViGeZ.

van der Gaag, M., Smit, F., Bechdolf, A., French, P., Linszen, D. H., Yung, A. R., . . . Cuijpers, P. (2013). Preventing a first episode of psychosis: meta-analysis of randomized controlled prevention trials of 12 month and longer-term follow-ups. *Schizophrenia Research, 149*(1-3), 56-62.

Van der Gucht, K. (z.j.). Eindverslag Kiddyminds: een op mindfulness gebaseerd programma voor lagere school kinderen: vzw Mindfulness.

van Heeringen, C., & Vincke, J. (2000). Suicidal acts and ideation in homosexual and bisexual young people: a study of prevalence and risk factors. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 35*, 494-499.

van Landschoot, R., De Jaegere, E., Portzky, G., & van Heeringen, C. (2015). Think Life. Een gerandomiseerde gecontroleerde studie naar de effecten van een online zelfhulpcursus voor het leren omgaan met zelfmoordgedachten.

Van Landschoot, R., Portzky, G., & Van Heeringen, C. (2014). Kennis, zelfvertrouwen en attitudes omtrent het omgaan met suïcidale patiënten op de spoeddienst en PAAZ-afdeling in Vlaanderen.

van Spijker, B. A. J., Batterham, P. J., Calear, A. L., Farrer, L., Christensen, H., Reynolds, J., & Kerkhof, A. J. F. M. (2014). The Suicidal Ideation Attributes Scale (SIDAS): Community-Based Validation Study of a New Scale for the Measurement of Suicidal Ideation. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 44*(4), 408-419. doi: 10.1111/sltb.12084

van Spijker, B. A. J., van Straten, A., & Kerkhof, A. J. F. M. (2014). Effectiveness of online self-help for suicidal thoughts: results of a randomised controlled trial. *PLoS One, 9*(2).

Vancayseele, N., Rotsaert, I., Portzky, G., & Van Heeringen, C. (2016). De epidemiologie van suïcidepogingen in Vlaanderen 2015.

Vanderstraeten, E. (2016). *Prevalentie, risicofactoren en beschermende factoren van opzettelijk zelfbeschadigend gedrag bij Vlaamse adolescenten in 2000 en 2015.*

Vandeurzen, J. (2012). Gezondheidsdoelstelling 'Preventie van Zelfdoding' & Vlaams Actieplan 2012-2020.

Verhenne, F. (2015). Fit in je Hoofd, Goed in je Vel. Implementatieplan 2015-2016: VIGeZ.

VIGeZ. (2009). Gebruikerstest zelfbeoordelingsinstrument 'Fit in je hoofd, goed in je vel'.

VIGeZ. (2012a). Een effectiviteitsstudie. Goed Gevoel Stoel.

VIGeZ. (2012b). Effectiviteitsstudie Goed Gevoel Stoel.

VIGeZ. (2012c). Goed-Gevoel-Stoel. Procesevaluatie.

VIGeZ. (2012d). Goed-gevoel-stoel. Tussentijds evaluatierapport.

VIGeZ. (2012e). Rapport tevredenheidsmeting noknok.

VIGeZ. (2013). Evaluatierapport Piloot Zilverwijzer.

VIGeZ. (2014). Tevredenheidsmeting Zilverwijzer.

VIGeZ. (2015a). Evaluatierapport 'Mijn veerkracht'.

VIGeZ. (2015b). Stand van zaken Zilverwijzer. Implementatie.

VIGeZ. (2016a). Productevaluatie NokNok website - Globaal en open antwoorden.

VIGeZ. (2016b). Veerkracht en het palliatief pallet: de Fit in je Hoofd vragenlijsten.

Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie. (2016). Mediarichtlijnen voor kwaliteitsvol en correct berichten over zelfdoding. Retrieved 05/01/2017, from https://www.zelfmoord1813.be/media/mediarichtlijnen-voor-kwaliteitsvol-en-correct-berichten-over-zelfdoding

Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie. (z.j.). Geestig gezond op de planken. Aandachtspunten bij het gebruik van toneelvoorstellingen in de schoolcontext.

Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie, & Vlaams Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie. (2016). *Voorstel ter concretisering van het Vlaams actieplan suïcidepreventie - strategie 1 Netwerkgroepen voor ouderen.* .

Vlaams Parlement. (2016). Schriftelijke vraag. from http://docs.vlaamsparlement.be/pfile?id=1154294

VLESP. Geestig gezond op de planken. Aandachtspunten bij het gebruik van toneelvoorstellingen in de schoolcontext.

Wereld Gezondheidsorganisatie. (2000). Suïcidepreventie. Het opstarten van een gespreksgroep voor nabestaanden na zelfdoding.

While, D., Bickley, H., Roscoe, A., Windfuhr, K., Rahman, S., Shaw, J., . . . Kapur, N. (2012). Implementation of mental health service recommendations in England and Wales and suicide rates, 1997-2006: a cross-sectional and before-and-after observational study. *The Lancet, 379*(9820), 1005-1012.

WHO. (2016). Suicide data. Retrieved 14/02/2017, from http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/

Williams, J. M. G., Fennel, M., Barnhofer, T., Silverton, S., & Crane, R. (2015). *Mindfulness and the transformation of despair: Working with people at risk of suicide*: Guilford Publications.

Wittouck, C., De Munck, S., Portzky, G., Van Rijsselberghe, L., Van Autreve, S., & Van Heeringen, K. (2010). A Comparative Follow-up Study of Aftercare and Compliance of Suicide Attempters Following Standardized Psychosocial Assessment. *Archives of Suicide Research, 14*, 135-145.

Zalsman, G., Hawton, K., Wasserman, D., van Heeringen, K., Arensman, E., Sarchiapone, M., . . . Zohar, J. (2016). Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *The Lancet*.

Zelfmoord1813. (2016). Gespreksgroepen voor nabestaanden van zelfdoding. from https://www.zelfmoord1813.be/verder-als-nabestaande/lotgenoten-ontmoeten/gespreksgroepen

Zelfmoord1813. (2017). Ondersteuning door CGG. Retrieved 16/01/2017, from https://www.zelfmoord1813.be/hulpverlening/ondersteuning-door-cgg

Zorg en Gezondheid. (2016a). Cijfers Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg- 2015. Retrieved 7/12/2016, from http://www.zorg-en-gezondheid.be/cijfers-centra-voor-geestelijke-gezondheidszorg

Zorg en Gezondheid. (2016b). Evaluatie doelstelling Zelfdoding: -20% in 2020. Retrieved 16/11/2016, from http://www.zorg-en-gezondheid.be/Cijfers/Vorige_Cijfers/

Zorg voor suïcidepogers. (2014). Ontwikkeling en toetsing van een App als onderdeel van een toolkit voor jonge suïcidepogers: DAGGvzw.

Bijlage 1: Bijkomende acties en projecten

Project	Projecthouder	Jaartal	Preventie	Doelgroep	Type project	Doel
33 Tours et quelques secondes	Rabih Mroué & Lina Saneh	2012	n.v.t.	Iedereen	Theater	
Norway Today	Theater Zuidpool, Het Gevolg, 't ARSENAAL	2004-2012	n.v.t	Jongeren	Theater	
Ketchikan	Brut	2013	n.v.t.	Iedereen	Theater	
De Waterafsluiter	Muziektheater Transparant	2013	n.v.t.	Iedereen	Theater	
My First Suicide	Moeremans & Sons	2014	n.v.t.	Iedereen	Theater	
I.H.U.L. (Ik heb u lief)	Uitgezonderd.Theater!	2014-2015	n.v.t.	Jongeren	Theater	
Oe Ist	Ultima Thule	2016	n.v.t.	Jongeren	Theater	
Zakkendoek	KAFKA Wevelgem	2015-2016	n.v.t.	Iedereen	Theater	
Met de dood voor ogen	Vuurvogels en de Zonderlingen	2016	n.v.t.	Jongeren	Theater	
Schroot	Het Nieuwstedelijk	2015	n.v.t.	Iedereen	Theater	
Egoïst	Patrick Huenaerts	2016-2017	n.v.t.	Iedereen	Theater	
Pure Waanzin	Lander Haverals	2016	Universeel	Iedereen	Theater	
David	Van Haecke	Onbekend	n.v.t.	Onderwijs	Theater	
Parels		Onbekend	n.v.t.	Leerlingen, ouders en leerkrachten	Theater	

Weer-zin	Traxx	Onbekend	n.v.t.	Jongeren (14-20 jaar), mensen die ermee in aanraking	Theater	
Brochure vormingsaanbod geestelijke gezondheid	Logo Dender, Logo Waasland, Logo Gezond+, CGG-SP Oost-Vlaanderen	2010	Universeel	Iedereen	Uitgave	Vormingen rond geestelijke gezondheidsbevordering en deskundigheidsbevordering rond suïcide in Oost-Vlaanderen bundelen
Fit in joen ooft	Logo Brugge, Logo Oostende, Logo Midden West-Vlaanderen, Logo Leieland	2010	Selectief	Kansengroepen	Uitgave	Geestelijke gezondheid bespreekbaar maken, eigen welbevinden versterken
Materialenkoffer geestelijke gezondheid	Logo Gezond+, Logo Dender, Logo Kempen, Logo Antwerpen, Logo Midden-West-Vlaanderen	2011	Selectief	Onderwijs	Methodiek	Educatieve materialen m.b.t. geestelijke gezondheid en welbevinden voor lagere en secundaire scholen

Mobiel crisisteam Geestelijke Gezondheidszorg (MCT-GGZ)	Regionale GGZ-netwerken	2012	Geïndiceerd	mensen in acute psychische en/of emotionele crisis	Hulpverlening	Psychiatrische hulpverlening in de thuissituatie voor patiënten in acute psychische en/of emotionele crisis
Buddywerking Vlaanderen	CGG	2007	Geïndiceerd	Personen met psychische moeilijkheden	Organisatie	Mensen met een psychische kwetsbaarheid uit hun sociaal isolement halen, destigmatiseren en hun integratiekansen verhogen
Similes	Federatie Similes		Selectief	N.v.t.	Organisatie	Vereniging voor gezinsleden en betrokkenen van personen met psychiatrische problemen
Locoregionale werkgroepen suïcidepreventie	Logo's, CGG, CGG-SP, andere relevante partners	1999	Universeel	Professionelen	Overleg	Regionale actoren in de suïcidepreventie samenbrengen, implementatie VAS op regionaal niveau faciliteren
Zorgproject Antwerpen	CLB GO!		Selectief	Onderwijs	Hulpverlening	Zorgproject Antwerpen richt zich vnl. op de psychosociale ontwikkeling van leerlingen.

Krokodillentranen	KJT		Selectief	Kinderen	Uitgave	Boekje over onder meer kinderen en gevoelens, depressie, welbevinden van het kind op school en in het gezin.
Educatief dossier Ben X	De Bleeckere, S.		Selectief	Jongeren	Uitgave	Educatief dossier voor leerkracht en leerling waarbij aan de hand van de film Ben X een aantal thema's besproken kunnen worden.
Leidraad voor leerkrachten	CPZ		Selectief	Onderwijs	Uitgave	Deze folder bevat een aantal belangrijke tips om het onderwerp 'zelfdoding' ter sprake te brengen in de klas.
OSPI	Verschillende partners, waaronder LUCAS	2008-2013	Universeel	Professionelen	Project	Zorgen voor materialen voor evidence-based suïcidepreventie
EAAD	Verschillende partners, waaronder LUCAS	2004	Universeel	Iedereen	Project	Betere zorg voor patiënten met depressie voorzien en suïcidaal gedrag voorkomen

LUCAS	LUCAS	1989	Universeel, selectief, geïndiceerd	Iedereen	Organisatie	Levenskwaliteit van personen te verbeteren door vernieuwingen in de zorgpraktijk en het zorgbeleid te initiëren en te ondersteunen
Workshopdag	CGG-SP	2003	Universeel, selectief, geïndiceerd	Professionals	Studiedag	Tweejaarlijkse studiedag over suïcidepreventie, gericht naar hulpverleners
De Eerste lijn – Zelfdoding	Klasse	2014	Selectief	Onderwijs	Uitgave	Leraren ondersteunen bij het verlenen van eerstelijnshulp aan leerlingen die geconfronteerd worden met zelfdoding(sgedachten)
Symposium: "De kracht van de informele zorg in suïcidepreventie"	CPZ	2014	Universeel	Iedereen	Studiedag	Studiedag naar het brede publiek rond vermaatschappelijking van de zorg in de suïcidepreventie
Bevraging bij nabestaanden	CPZ		n.v.t.	Iedereen	Onderzoek	Verkenning van noden van nabestaanden m.b.t. de Zelfmoordlijn

Bevraging bij jongeren	CPZ	2012	n.v.t.	Iedereen	Onderzoek	Analyse van profiel jongeren die de Zelfmoordlijn contacteren
The mental health of visitors of web-based support forums for bereaved by suicide	Kramer, J., Boon, B., Schotanus-Dijkstra, M. et al., i.s.m. Werkgroep Verder	2015	Universeel	Iedereen	Publicatie	Publicatie over de mentale gezondheid van bezoekers aan online fora voor nabestaanden na zelfdoding (Werkgroep Verder en 113 online)
What do the bereaved by suicide communicate in online support groups?	Schotanus-Dijkstra, M., Havinga, P., van Ballegooijen, W, et al., i.s.m. Werkgroep Verder	2014	Universeel	Iedereen	Uitgave	Inhoudsanalyse van de geposte berichten op online fora voor nabestaanden na zelfdoding (Werkgroep Verder en 113 online)
Herstelgerichte training bij zelfdoding	AZ Damiaan Oostende	2014	Geïndiceerd	Suïcidepogers	Behandeling	Deze vorm van behandeling wil inzetten op de preventie van verder suïcidaal gedrag bij pogers. Dit doen ze onder meer door in te zetten op beschermende factoren.
Evaluatie samenwekring CPZ en Netlog	CPZ i.s.m. LUCAS	2012	n.v.t.	Iedereen	Onderzoek	Effectiviteit, bekendheid en samenwerking met Netlog nagaan

Taskforce Communicatie	Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid	2014	Universeel	Professionals	Overleg	Opstellen en evalueren van communicatieplan voor suïcidepreventie
Subwerkgroep Werk	Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid	2015-2016	Universeel	Professionals	Overleg	Subwerkgroep van de Vlaamse Werkgroep Suïcidepreventie om de verschillende acties af te stemmen naar bedrijven
Suïcidale neigingen bij adolescenten	Philip Henrion	2004	Selectief	Onderwijs	Uitgave	Achtergronddocument voor leerkrachten die les willen geven of meer informatie willen over suïcidaliteit bij adolescenten
Zelfmoordgedachten	Ambrassade	2012	Selectief	Jongeren	Uitgave	Informatiebrochure voor jongeren voor zelfdoding
Zelfdoding: praat erover	Onafhankelijke Ziekenfondsen		Selectief	Jongeren	Uitgave	Brochure met informatie over zelfdoding
Hé, ik ben helemaal oké	Onafhankelijke Ziekenfondsen	2015	Selectief	Jongeren	Uitgave	Spelboek om het zelfvertrouwen bij kinderen te stimuleren
De Vlaamse richtlijn voor het	CGG-SP (Werkgroep Ingebedde Preventie)	2006	Selectief en geïndiceerd	CGG	Uitgave	Suïcidepreventie in de CGG ondersteunen

suïcidepreventie-protocol in de CGG						
Blijf er niet mee zitten	Logo Gezond+, CGG-SP, Stad Gent	2014	Universeel	Algemene bevolking	Project	Geestelijke gezondheidsbevordering van de Gentenaars
Regionaal symposium suïcidepreventie in het Meetjesland	Werkgroep (leden: CGG-SP, RCGG, Logo Gezond+, politie, huisartsen,...)	2012	Selectief en geïndiceerd	Hulpverleners	Symposium	De opvang van suïcidale patiënten in de regio optimaliseren, hulpverleners uit de regio informeren over het plaatselijk hulpverleningsaanbod
Steekkaart Zorgpad Suïcidepreventie Meetjesland	Werkgroep (leden: CGG-SP, RCGG, Logo Gezond+, politie, huisartsen,...)	2012	Selectief en geïndiceerd	GGZ en AZ	Uitgave/ methodiek	De opvang van suïcidale patiënten in de regio optimaliseren
Symposium 'Werken aan veerkracht en voorkomen van suïcide: hoe doe je dat?'	CGG-SP Oost-Vlaanderen en Logo Gezond +	2014	Universeel, selectief en geïndiceerd	GGZ, huisartsen,...	Studie-voormiddag	Voorstellen locoregionaal aanbod VASII
Overlegstructuren in verschillende regio's rond het opvangen	Werkgroep (leden: CGG-SP, CGG, Logo, politie,	1997	Selectief en geïndiceerd	GGZ en AZ	Overleg	De opvang en zorgcontinuïteit van

van suïcidale patiënten en zorgcontinuïteit	huisartsen, AZ, ... (afhankelijk van regio))					suïcidale patiënten in de regio optimaliseren
Symposium 'Samenwerken aan geestelijke gezondheid. Van geestelijke gezondheidsbevordering tot suïcidepreventie'	CGG-SP Oost-Vlaanderen, Logo Gezond +, Logo Dender, Logo-Waasland	2013	Universeel, selectief en geïndiceerd	GGZ, huisartsen, ...	Symposium	Voorstellen locoregionale uitvoering VASII aan Oost-Vlaamse hulpverleners, locoregionaal aanbod bekend maken
De steekkaart en het bijhorend dossier van Domus Medica	Domus Medica	2012	selectief en geïndiceerd	Huisartsen	Methodiek/uitgave	Deskundigheids-bevordering huisartsen i.v.m. suïcidale patiënten.
Oud wijs grijs	CGG-SP,Logo's provincie Antwerpen, drugpreventiewerking van de CGG, provincie (PREVIA)	2013	Universeel, selectief en geïndiceerd	Hulpverleners, beleid	Studiedag	Studiedag voor hulpverleners uit de ouderenzorg.
Help, ik moet gelukkig zijn?!Over (on)welbevinden bij kinderen en jongeren	CGG-SP,Logo's provincie Antwerpen, drugpreventiewerking van	2014	Universeel, selectief en geïndiceerd	Hulpverleners en beleid	Studiedag	Studiedag voor hulpverleners uit de kinderen en jongerenhulpverlening.

	de CGG, provincie (PREVIA)					
Materiaalbox "Geestje gezond" Lagere school	CGG-SP en logo Kempen	2014	Universeel	Onderwijs	Methodiek/uitgave	Een box gevuld met boeken en spelen voor leerkrachten lager onderwijs om aan de slag te gaan rond geestelijke gezondheid.
Materiaalbox "Geestje gezond" kleuterschool	CGG-SP en logo Kempen	2014	Universeel	Onderwijs	Methodiek/uitgave	Een box gevuld met boeken en spelen voor leerkrachten kleuteronderwijs om aan de slag te gaan rond geestelijke gezondheid.
Brochure gezonde school	Logo's provincie Antwerpen		Universeel	Onderwijs	Publicatie	Binnen deze brochure worden alle acties, campagnes van de logo's naar scholen en de werking van de CGG-SP bekend gemaakt..
Cahier Ouderenzorg: "Suïcide en suïcideprevenite bij ouderen"	Karl Andriessen en Anke Bonnewyn, CGG-SP	2013	Selectief en geïndiceerd	Hulpverleners en beleid	Publicatie	Is een cahier dat werd geschreven voor hulpverleners uit de ouderenzorg in samenwerking met Kluwer

Zelfdoding bij kinderen en jongeren. Preventie en hulpverlening bij suïcidaal gedrag	Karl Andriessen, Karolina Krysinka, Caroline Andries en aantal medewerkers CGG-SP	2014	Selectief en geïndiceerd	Hulpverleners en beleid	Publicatie	Een boek rond suïcidaal gedrag bij kinderen en jongeren voor zowel professionelen als nabestaanden
Project rond depressie en zelfdoding bij kinderen en jongeren	De Neutrale Ziekenfondsen, i.s.m. Krunsj en ondersteund door CGG Passant	2016	universeel en selectief	jeugdwerkers	Project	Begeleiders van de vakanties leren hoe zij op bepaalde signalen moeten reageren.
Het leven op een kier - uitwegen voor zelfdoding	Humanistisch-Vrijzinnige Vereniging	2012	Geïndiceerd	Iedereen	Gespreks-avond	Nadenken over hulp voor mensen voor wie suïcidepreventie niet werkt
Seminarie rond de preventie van zelfdoding op het spoor	Infrabel	2012	universeel, selectief en geïndiceerd	Professionelen	Conferentie	jaarlijks terugkerend seminarie van Infrabel over suïcidepreventie op het spoor
Previa-studiedag 'wel-zijn of niet-zijn op het werk'	CGG-SP	2016	Universeel	Professionelen	Studiedag	Informatie en praktische tips geven over suïcidepreventie op de werkvloer
Risicogroep: Mannen 35 – 50 jaar. Inventaris van (inter)nationale	VLESP	2016	Selectief	Professionelen	Inventaris	Overzicht bieden van (inter)nationale initiatieven en/of methodieken voor

initiatieven en/of methodieken voor suïcidepreventie bij mannen						suïcidepreventie bij mannen
Suïcidepreventie bij studenten in het hoger onderwijs. Inventaris van beloftevolle methodieken en bestaande initiatieven	VLESP	2016	Selectief	Professionelen	Inventaris	Overzicht bieden van (inter)nationale initiatieven en/of methodieken voor suïcidepreventie bij mannen
Noodkaart	CGG-SP		Geïndiceerd	Suïcidale personen in crisis	Publicatie	Hulpmiddelen voor suïcidale personen in crisis
Project suïcidepreventie in het jeugdwerk	CGG-SP Antwerpen, i.s.m. Provincie Antwerpen	2015-2017	Selectief	Jeugdwerk	Project	Geestelijke gezondheid en suïcidepreventie in het jeugdwerk bevorderen.
Hey, hoe gaat het?	vzw Tout Bien - Okidoki, ism VLESP	2016	Universeel	Iedereen	Campagne	Brede publiek bewust maken van taboe op zelfdoding en sensibiliseren om meer aandacht te hebben voor elkaar.
Bekendheidsonderzoek Zelfmoord1813	masterstudent UGent, ism VLESP	2016-2017	n.v.t.	Professionelen	Onderzoek	Peilen naar bekendheid van portaalsite Zelfmoord1813 en bijhorende tools en methodieken

Onderzoek provinciale verschillen in psychisch welzijn	masterstudent UGent, ism VLESP	2016-2017	n.v.t.	Professionelen	Onderzoek	provinciale verschillen in prevalentie van zelfdoding onderzoeken
Vlieg erin!	CM i.s.m. Luk Dewulf, Koen Crul, VIGeZ en VCOV	2014	Universeel	Onderwijs	methodiek	Educatief pakket om het welbevinden van leerlingen uit de derde graad lager onderwijs te verhogen vanuit de positieve psychologie, talentontwikkeling en waarderende benadering.
De Gelukzoekers	CM i.s.m. CIS en Van In	2012	Selectief	Onderwijs	Methodiek	Via een educatief spel de mentale veerkracht en het welbevinden van leerlingen van de 2de graad secundair onderwijs versterken.
Depressieve gevoelens	CM	2012	Universeel	Iedereen	Uitgave	Folder met informatie over depressieve gevoelens
Pluk je geluk	CM	2011	Universeel	Iedereen	Methodiek en uitgave	Info en methodieken om de mentale fitheid en veerkracht te verhogen

						vanuit de positieve psychologie.
Teleblok	CM	1990	Selectief	Onderwijs	Hulplijn	Chat en telefoonlijn ter ondersteuning van studenten (of hun omgeving) die het even niet meer zien zitten tijdens de examenperiode
Doe-boek Stress en burn-out	CM	2015	Universeel	Iedereen	Uitgave	Brochure met informatie, tips en opdrachten over omgaan met stress en burn-out
Activiteitenkalender geestelijke gezondheid	CM		Universeel	Iedereen	Vorming	Infosessies, workshops, cursussen m.b.t. geestelijke gezondheid
Victor, de online Gezondheidscoach	CM	2017	Universeel	CM-leden	Methodiek	Een online gezondheidscoach toegespitst op acht gezondheidsdomeinen.