

DETECTIE EN INTERVENTIES BIJ SUÏCIDALE GEDACHTEN EN GEDRAG BIJ KINDEREN EN JONGEREN

Richtlijn voor zorg- en hulpverleners



Inhoud

1. Mythes & basisprincipes	5
2. Hoe vaak komt suïcidaliteit voor bij kinderen en jongeren?	13
3. Hoe verloopt het suïcidale proces bij kinderen en jongeren en welke factoren hebben een invloed?	17
4. Hoe DETECTEER en EXPLOREER je suïcidaliteit bij kinderen en jongeren?	25
5. Welke interventies zijn aanbevolen voor kinderen en jongeren met suïcidegedachten?	33
6. Hoe begeleid je kinderen en jongeren die een naaste verloren door zelfdoding?	41

Over deze richtlijn

Deze richtlijn kadert in het [Vlaams Actieplan Suïcidepreventie](#) en stelt zich als doel om zorg- en hulpverleners handvatten te bieden in het detecteren en opzetten van interventies bij suïcidale gedachten en gedrag bij kinderen en jongeren (tot en met de leeftijd van 18 jaar).

Het **Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie (VLESP)** ontwikkelde deze richtlijn met de steun van de Vlaamse Overheid. De adviezen vormen een aanvulling op de algemene multidisciplinaire richtlijnen m.b.t. detectie en interventies bij suïcidale gedachten en gedrag (Aerts et al., 2017; Dumon et al., 2023). Om de adviezen op te stellen baseerden de auteurs zich op wetenschappelijk onderzoek en internationale richtlijnen. Tijdens de ontwikkeling verleende een klankbordgroep van hulpverleners en andere professionelen input en advies.



TIP

Op zelfmoord1813.be/sp-reflex vind je de volledige richtlijn en een praktijkgerichte e-learningmodule.

© 1 februari 2024 - Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie (VLESP)

In opdracht en met de steun van de Vlaamse Overheid, in het kader van het Vlaams Actieplan Suïcidepreventie.

Vormgeving: De Bemanning

Hoe verwijst je naar deze samenvatting?

Dumon, E., Gijzen, M., Schietse, J., Tweepenninckx, J., & Portzky, G. (2024).

Detectie en interventies bij suïcidale gedachten en gedrag bij kinderen en jongeren.

Richtlijn voor zorg- en hulpverleners. Samenvatting. Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie.

1 Mythes & basisprincipes

Uitgangspunt: Preventie is mogelijk

De prevalentie van suïcidale gedachten en pogingen bij jongeren ligt hoog, dit blijkt duidelijk uit onderzoek en praktijk. Onderzoek naar suïcidepreventie bij kinderen en jongeren is gelukkig bemoedigend. Tal van interventies kunnen doeltreffend zijn in het reduceren van suïcidegedachten en het voorkomen van suïcidaal gedrag. **Preventie is dus mogelijk, wanneer we vroegtijdig en diepgaand met het kind/de jongere in gesprek kunnen gaan over suïcidaliteit.** Hoe eerder je daarbij kan ingrijpen, hoe meer preventiemogelijkheden dit biedt.

Mythes over zelfmoord

“Kinderen/jongeren kunnen geen zelfmoordgedachten ontwikkelen, want ze weten niet wat het is.”

of

“Ze zijn nog zo jong, het is geen thema om met kinderen te bespreken.”

Dit is een mythe. Onderzoek toont dat kinderen al op jonge leeftijd kunnen begrijpen wat zelfdoding is en ook zelf zelfmoordgedachten kunnen hebben. Ga bij signalen dus altijd in gesprek erover: onderzoek of ze het begrijpen, exploreer de doodswens en vraag naar zelfmoordgedachten wanneer het begrip er is.

“Kinderen en jongeren die praten over zelfdoding, doen het niet. Ze willen er enkel aandacht mee trekken. Ze hebben dit gewoon gehoord van anderen.”

Dit is een mythe. Wanneer kinderen en jongeren praten over zelfdoding is dit een signaal dat het echt niet goed met hen gaat. Neem elk signaal ernstig en ga erover in gesprek, dit is de sleutel naar preventie.

“Door zelfmoordgedachten te bevragen bij kinderen en jongeren, breng je hen op ideeën.”

Dit is een mythe. Suïcidegedachten of suïcidaal gedrag kan niet zomaar ontstaan vanuit een gesprek erover. Aan de basis ligt immers steeds een complex en langdurig proces waarin veel factoren een rol spelen. Door het gesprek erover aan te gaan doorbreek je de stilte en het taboe en maak je preventie mogelijk.

Vier Basisprincipes

Vier basisprincipes staan centraal in de zorg aan suïcidale kinderen en jongeren.

1 Contact maken

Maak contact met het kind/de jongere en bouw een vertrouwensband op waarbij je vrijuit over moeilijke thema's zoals suïcidaliteit kan spreken.

Stem je contact af op de **specifieke levensfase, de diverse levenservaringen en de unieke culturele context** van het kind/de jongere. Ga daarbij zo **inclusief** mogelijk te werk en houd rekening met mogelijke drempels die jongeren kunnen ervaren (bv. *doordat zij deel uitmaken van een minderheidsgroep omwille van hun genderidentiteit, seksuele oriëntatie, etniciteit, religie of beperking*). Bevraag proactief op welke manier de jongere wil communiceren, welke termen je beter wel of niet gebruikt, hoe comfortabel ze zich voelen in het bespreken van bepaalde topics en welke visie ze hebben op suïcidaliteit en onderliggende oorzaken. Dit kan de band versterken.

Jongeren vinden het verder belangrijk om zich te kunnen **identificeren** met de hulpverlener, echt te connecteren en als gelijke te worden gezien en behandeld. Deel dus ook eens iets over jezelf of ga op zoek naar wat jou met de jongere kan verbinden. Sta in elk geval open om je te kunnen inleven in de identiteit en leefwereld van de jongere.

2 Veiligheid bevorderen

Sta samen met het kind/de jongere en de naaste(n) stil bij hoe het kind/de jongere veilig kan blijven in een (toekomstige) suïcidale crisis om deze te kunnen overbruggen.

Wat doe je niet?

Ga niet meteen over tot **restrictieve** veiligheidsmaatregelen, zoals het kind/de jongere continu onder toezicht houden, of meteen tot opname overgaan. Dit is lang niet noodzakelijk noch aangewezen bij iedereen die met suïcidedgedachten kampt.

De meeste jongeren met suïcidedgedachten gaan immers niet over tot suïcide.

Ook het opstellen van een afspraak of **non-suïcidecontract** (waarbij je met het kind/de jongere afspreekt dat hij/zij/die geen poging zal ondernemen binnen een bepaalde tijd) is geen helpende interventie.

Wat doe je wel?

Exploreer de suïcidaliteit en de achterliggende risicofactoren, hulpbronnen en zorgnoden grondig vooraleer over te gaan tot maatregelen. Zet ook in op **Safety Planning**, om het kind/de jongere voor te bereiden op een mogelijke toekomstige crisis (zie verder). Bied tot slot voldoende **inspraak** en bevorder **autonomie**.

3 Naasten betrekken

Het betrekken van naasten in de behandeling van kinderen en jongeren is een must, gezien naasten **inzicht en steun** kunnen bieden én gezien ze ook zelf baat hebben bij **psycho-educatie en ondersteuning**.

Ook bij oudere adolescenten is het aangewezen hen hiertoe actief te motiveren en aan te moedigen. Ook wanneer de jongere dit eerder niet wil of nodig vindt, exploreer dan wat de redenen hiervoor zijn.

TIPS

- Laat naasten een **actieve rol** opnemen in de zorg, zodat ze het kind/de jongere kunnen ondersteunen en mee kunnen instaan voor een veilige omgeving. Bied psycho-educatie over signalen, hoe in gesprek gaan over zelfdoding, ... Betrek ook het kind/de jongere in dit gesprek, zodat die zelf kan aangeven wat die al dan niet helpend vindt.
- Bied **erkenning en ondersteuning**. Valideer de gevoelens, bezorgdheden en expertise van de naasten. Geef uitleg over suïcidaliteit en de behandeling en over waar zij steun kunnen vinden. Ouders kan je verwijzen naar www.zelfmoord1813.be/ouders voor informatie en getuigenissen.
- Zet in op familiegerichte interventies, waarbij je het volledige gezin **vaardigheden aanleert**, zoals probleemoplossende vaardigheden, vaardigheden om communicatie met elkaar te versterken en conflicten constructief op te lossen. Wanneer je meer **verbondenheid** kan creëren, bevordert dit het herstel van het kind/de jongere.

Op www.familierflex.be vind je meer richtlijnen en tips over hoe je naasten kan betrekken in de zorg.

4 Zorgcontinuïteit faciliteren

Heel wat drempels bemoeilijken de continuïteit van zorg voor kinderen en jongeren, waaronder de beperkte capaciteit van de geestelijke gezondheidszorg die vaak wachttijden met zich meebrengt of zorgt voor hiaten binnen het hulpverleningstraject. Deze hiaten kunnen risicovolle momenten zijn en het suïciderisico verhogen. Een goede opvolging van suïcidale kinderen en jongeren voor, tijdens en na de behandeling is daarom van belang.

Vóór de behandeling

Wanneer de jongere nog geen toegang heeft tot hulp of op een wachtlijst staat kan je alvast het gesprek aangaan over de suïcidale gedachten. Je kan samen nadenken over bij wie de jongere terecht kan in de nabije omgeving en over wat voor afleiding en steun kan zorgen.

Je kan ook verwijzen naar het platform www.zelfmoord1813.be Je kan ook samen een Safety Plan opmaken (zie verder) om crisismomenten te proberen overbruggen.

Tijdens de behandeling

Volg de suïcidaliteit ook tijdens de behandeling goed op. Dat betekent dat je het af en toe herbeveert of herbespreekt en de zorg daarop afstemt. Zo kan je er bv. tijdens periodes van crisis voor opteren om het kind/de jongere vaker te zien.

Na doorverwijzing of ontslag

De periode na ontslag (vnl. vanuit een residentiële setting) staat gekend als de grootste risicoperiode voor het stellen van suïcidaal gedrag. Verder kan de transitie van kind tot jongere en van jongere tot jongvolwassene voor hiaten in de hulpverlening zorgen, gezien ze dan vaak van hulpverlener of dienst dienen te wisselen.

Zorg ervoor dat:

- de jongere na ontslag bij een **andere hulpverlener of brugfiguur** terecht kan voor mogelijke toekomstige crisismomenten (bv. de huisarts, een ambulante psycholoog, ...). Het kan nuttig zijn je aan te sluiten bij een regionaal netwerk, zodat je een zicht hebt op het zorgaanbod in jouw regio.
- Je een goede **informatie-overdracht** biedt aan deze hulpverlener. Dit omvat minstens een omschrijving van de suïcidaliteit en optimaal een risicoformulering en informatie over safety planning.
- Je na ontslag nog eens **contact neemt** met de jongere om te polsen hoe het gaat en of die goed is terechtgekomen bij de volgende hulpverlener.

Aanbevelingen Basisprincipes

Maak contact

- Bouw een goed contact en een vertrouwensband op.
- Werk inclusief met aandacht voor de leefwereld en context.
- Schep een klimaat waarin je moeilijke thema's zoals gedachten over de dood en suïcidaliteit openlijk kan bespreken.

Bevorder veiligheid

- Ga niet te snel over tot restrictieve maatregelen.
- Exploreer eerst grondig de suïcidaliteit, onderliggende factoren, hulpbronnen en zorgnoden.
- Zet in op Safety Planning.
- Bied inspraak en stimuleer de autonomie van het kind/de jongere.

Betrek naasten

- Betrek naasten in alle stappen van de zorg.
- Valideer hun gevoelens en bezorgdheden en respecteer hun expertise.
- Motiveer hen om een actieve rol op te nemen om het kind/de jongere te steunen en de (thuis)omgeving veilig te houden.
- Bied psycho-educatie en breng hen vaardigheden bij om communicatie met elkaar te versterken en conflict te hanteren.
- Verwijs naar steunmogelijkheden.

Faciliteer zorgcontinuïteit

- Zorg voor een goede opvolging van suïcidale kinderen en jongeren, zowel voor, tijdens als na de behandeling.
- Zorg voor een goede informatie-overdracht naar andere hulpverleners.
- Sluit aan bij een regionaal netwerk, zodat je een zicht hebt op het zorgaanbod in jouw regio.

2 Hoe vaak komt suïcidaliteit voor bij kinderen en jongeren?

De adolescentie is één van de belangrijkste periodes voor het ontstaan van suïcidaliteit. Maar ook op jongere leeftijd kan suïcidaliteit voorkomen. In dit deel vind je enkele cijfers over suïcides, suïcidepogingen en suïcidegedachten bij kinderen en jongeren in Vlaanderen. De meest recente cijfers vind je steeds op: zelfmoord1813.be/feiten-en-cijfers

Overlijden door zelfdoding bij kinderen en jongeren

Onder de leeftijd van 14 jaar komt suïcide weinig voor, maar vanaf de leeftijd van 15 jaar stijgt de prevalentie van suïcides. Jonge mannen overlijden daarbij vaker door suïcide dan jonge vrouwen. Suïcide is de **belangrijkste doodsoorzaak** bij Vlaamse jongeren tussen 15 tot 19 jaar. Er overlijden dus meer jongeren aan suïcide dan aan verkeersongevallen.

Suïcidepogingen bij kinderen en jongeren

Suïcidepogingen (zonder fatale afloop) komen wel vaak voor in de adolescentieperiode.

Uit cijfers gebaseerd op aanmeldingen op de **spoeddiensten** in Vlaanderen (periode 2012-2021) blijkt dat:

- De meeste suïcidepogingen (over alle leeftijden heen) worden ondernomen in de leeftijdsgroep van 15-18 jaar.
- Suïcidepogingen vaker voorkomen bij jonge vrouwen dan bij jongen mannen.
- Suïcidepogingen voorkomen vanaf de leeftijd van 8 jaar.

Suïcidegedachten bij kinderen en jongeren

Ook suïcidegedachten komen vaak voor bij jongeren.

Uit de **Gezondheidsenquête** van 2018 kwam naar voren dat 12,9% van de Vlaamse bevolking van 15 jaar en ouder ten minste één keer in het leven ernstig aan suïcide heeft gedacht. Bij jonge vrouwen lag dit percentage hoger. Bijna 20% van de jonge vrouwen (15-24 jaar) en 11% van de jonge

mannen (15-24 jaar) dacht ernstig aan suïcide in de loop van hun leven.

De Studie Jongeren en Gezondheid uit 2022 bij 13- tot 18-jarigen toonde dat **16% van de jongens en 28% van de meisjes** ooit al twee keer of meer aan zelfmoord dacht.

Suïcidegedachten kunnen ook voorkomen op jongere leeftijd (-12 jaar), dit weten we uit internationaal onderzoek.

Te Onthouden

- Onder de leeftijd van 14 jaar komen **suïcides** weinig voor, maar vanaf 15 jaar stijgt het suïciderisico. Bij Vlaamse jongeren van 15 tot 19 jaar is suïcide de belangrijkste doodsoorzaak. Meer jonge mannen dan jonge vrouwen overlijden door suïcide.
- **Suïcidepogingen** (zonder fatale afloop) komen meer voor tijdens de adolescentie dan in andere leeftijdsgroepen. Meer jonge vrouwen dan jonge mannen ondernemen suïcidepogingen. Ook op jongere leeftijd (-12-jarigen) kunnen suïcidepogingen voorkomen.
- **Zelfmoordgedachten** komen vaak voor bij jongeren (13-18 jaar) en meer bij jonge vrouwen (28%) dan bij jonge mannen (16%). Ook op jongere leeftijd (-12-jarigen) kunnen zelfmoordgedachten voorkomen.

Aanbeveling

Gezien de hoge prevalentie van suïcidegedachten en pogingen bij jongeren - wat een belangrijke risicofactor is voor suïcidaal gedrag op latere leeftijd - en gezien dit proces al op heel jonge leeftijd kan starten is dit een thema dat niet onbesproken mag blijven in de hulpverlening. **Vroegdetectie is de eerste stap in preventie.**

3 Hoe verloopt het suïcidale proces bij kinderen en jongeren en welke factoren hebben een invloed?

Nooit één factor

Net zoals bij andere leeftijdsgroepen ontstaan suïcidale gedachten en gedrag bij kinderen en jongeren steeds vanuit een **complexe interactie** van factoren die neurobiologisch, psychiatrisch, psychologisch en sociaal van aard kunnen zijn. Een suïcide kan dus nooit verklaard worden vanuit één specifieke factor of trigger. Het meeste onderzoek naar het suïcidale proces richt zich op jongeren, veelal vanaf een leeftijd van 12 jaar. Er is dus minder bekend over leeftijdsspecifieke factoren bij kinderen jonger dan 12 jaar.

Wat kenmerkt het suïcidale proces?

Ook bij kinderen en jongeren wordt suïcidaal gedrag voorafgegaan door een **proces**, beginnend met een eerste gedachte, naar meer concrete plannen, tot het uitvoeren van een suïcide(*poging*).

Bij kinderen en jongeren wordt dit proces echter **niet altijd herkend**. Hierdoor kan het lijken alsof zij als het ware vanuit het niets een suïcidepoging of suïcide ondernemen, terwijl daar vaak veel gedachten aan zijn voorafgegaan en verschillende factoren in hebben meegespeeld.

Let wel: de overgang van suïcidale gedachten naar een suïcidepoging kan bij jongeren wel impulsief gebeuren, en wordt vaak niet op voorhand gepland.

Daarnaast is ook bij kinderen en jongeren sprake van **ambivalentie**. Niet elke jongere die een suïcidepoging onderneemt, wil daadwerkelijk sterven. Vaak willen zij ontsnappen, hebben zij het gevoel zich in een ondraaglijke situatie te bevinden of willen ze af van vreselijke gedachten.

Welke factoren verhogen het suïciderisico?

Heel wat verschillende factoren kunnen een impact hebben op de ontwikkeling van suïcidaal gedrag bij kinderen en jongeren (*zie kader 1*). De aanwezigheid van één of meerdere risicofactoren betekent daarbij niet dat een kind of jongere sowieso suïcidaal gedrag zal ontwikkelen. Wanneer een kind of jongere met suïcidale gedachten zit, is het wel nuttig om deze risicofactoren in kaart te brengen.

In wat volgt lichten we er enkele factoren uit, een volledig overzicht vind je in de richtlijn.

Kader 1. Overzicht van risico- en beschermende factoren van suïcidaal gedrag bij jongeren.

Risicofactoren

1. *Genetische en neurobiologische factoren*
2. *Psychologische factoren*
3. *Socio-demografische factoren (bv. armoede)*
4. *Genderidentiteit en seksuele oriëntatie*
5. *Psychische problemen (waaronder zelfbeschadiging en eerder suïcidaal gedrag)*
6. *Familiale factoren (bv. conflict in het gezin; KOPP/KOAP kinderen*)*
7. *Ingrijpende levensgebeurtenissen (waaronder geweld en verlieservaringen)*
8. *Blootstelling aan suïcide*
9. *Toegang tot middelen (bv. geneesmiddelen)*

Beschermende factoren

1. *Sociale verbondenheid*
 2. *Coping vaardigheden*
 3. *Hulpverlening (bereidheid, toegang, therapeutische relatie)*
- *kinderen van ouders met een psychiatrische aandoening of afhankelijkheidsproblematiek*

Psychologische factoren

Er zijn verschillende psychologische factoren die kunnen bijdragen tot het ontstaan van suïcidaal gedrag bij kinderen en jongeren. Onderzoek wijst op de rol van volgende factoren: impulsiviteit, prikkelbaarheid, perfectionisme, ruminatie (*piekeren*), hopeloosheid, waardeloosheid en maladaptieve coping vaardigheden. Ga na en bespreek in welke mate deze psychologische factoren aanwezig zijn om daar in de begeleiding mee aan de slag te gaan.

Genderidentiteit en seksuele oriëntatie

LGBT+ jongeren hebben een sterk verhoogd risico op het ontwikkelen van suïcidale gedachten en gedrag. Omwille van hun seksuele oriëntatie of genderidentiteit moeten zij vaak opboksen tegen stigmatisering en worden ze vaak slachtoffer van pesten en geweld. Het is belangrijk om bij deze jongeren extra alert te zijn, seksuele oriëntatie, genderidentiteit en suïcidaliteit steeds grondig te exploreren en te werken aan inclusieve hulpverlening.



TIPS

- *Bespreek hoe het kind/de jongere diens genderidentiteit en/of seksuele oriëntatie ervaart en in welke mate er sprake is van zelfaanvaarding, aanvaarding door de omgeving en sociale steun.*
- *Tips voor hulpverlening aan LGBTI+ personen vind je op: www.cavaria.be/we-care*
- *Meer over zorg voor transgenderpersonen vind je bij het Transgender Infopunt: www.transgenderinfo.be*

Psychische problemen en eerder suïcidaal gedrag

Suïcidaal gedrag komt vaak voor in de context van een psychische problematiek, met name bij **stemmingsstoornissen, ontwikkelingsstoornissen** (zoals autisme en ADHD), en **middelenafhankelijkheid/misbruik**.

Ook **zelfbeschadigend gedrag** is sterk gerelateerd aan suïcide. Daarnaast zien we dat comorbiditeit (*wanneer een persoon twee of meer psychiatrische aandoeningen heeft*) een sterk verhoogd suïciderisico veroorzaakt.

Een **eerdere suïcidepoging** verhoogt het risico op nieuw suïcidaal gedrag. Dit risico blijkt het hoogste in de eerste maand na de eerste poging.



TIP

Breng psychische problematieken in kaart en pols naar een historiek van zelfverwondering of suïcidepoging(en).

Ingrijpende levensgebeurtenissen

Een groot deel van de jongeren die overlijden door suïcide hebben stressvolle levensgebeurtenissen en traumatische ervaringen meegemaakt. Studies tonen dat volgende ingrijpende levensgebeurtenissen het risico op suïcide sterk kunnen verhogen:

- Het meemaken van **pesten** (waaronder ook cyberbullying);
- Het meemaken van **geweld** (verbaal, emotioneel, fysiek, ...) en misbruik;
- Het meemaken van **verlieservaringen** zoals het overlijden van een naaste.



TIPS

- *Ga na welke ingrijpende levenservaringen het kind/de jongere heeft meegemaakt om daar verdere begeleiding in te bieden.*
- *Houd rekening met **leeftijdsspecifieke stressoren**. Stressoren die voor volwassenen minimaal lijken kunnen bij jongeren immers een rol spelen in het ontstaan van suïcidaal gedrag, zoals bijvoorbeeld het verbreken van een relatie, examenstress of druk vanuit de thuiscontext. Neem deze stressoren steeds ernstig, ook wanneer deze minder ingrijpend lijken vanuit het oogpunt van een volwassene.*

Blootstelling aan suïcide

Blootstelling aan een suïcide in de omgeving (*bij familie, vrienden of andere naasten*) of aan expliciete content over suïcide in de media kan voor kwetsbare jongeren het risico verhogen om ook zelf suïcidale gedachten of gedrag te ontwikkelen. Daarnaast hebben jongeren een verhoogd risico op kopieer/imateer gedrag.

TIPS

- *Ga na en bespreek of het kind/de jongere in de omgeving al blootgesteld werd aan suïcidaal gedrag dat een impact naliet.*
- *Vraag ook naar de impact van blootstelling aan expliciete content over suïcide in de media of online.*
- *Zorg voor een goede opvang na blootstelling aan suïcide en wees je bewust dat deze ervaringen het suïciderisico kunnen verhogen.*

Welke factoren werken beschermend?

Naast risicofactoren zijn er ook factoren die ervoor kunnen zorgen dat suïcidaal gedrag zich minder snel zal ontwikkelen. Er is echter minder onderzoek naar beschermende factoren bij kinderen en jongeren, waardoor onderstaande informatie daarover nog beperkt is. Ondanks de beperkte kennis erover, is het essentieel deze factoren mee in rekening te brengen bij het formuleren van het risico en het bepalen van de behandelsetting en verdere zorg.

Sociale verbondenheid

Sociale verbondenheid houdt in dat **je het gevoel hebt bij een groep te horen of je emotioneel betrokken voelt** bij anderen. Sociale verbondenheid met familie/ouders, leeftijdsgenoten, school, ... is een belangrijke beschermende factor kan zijn die suïcidaal gedrag kunnen tegengaan.

TIP

Breng de sociale omgeving in kaart, maar vooral ook de mate waarin jongeren zich subjectief gezien verbonden voelen met anderen.

Coping vaardigheden

Coping vaardigheden verwijzen naar vaardigheden die je inzet om met gebeurtenissen in je leven om te gaan. Dit kunnen bijvoorbeeld cognitieve vaardigheden zijn, emotieregulatie vaardigheden of probleemoplossende vaardigheden.

Coping vaardigheden spelen een beschermende rol en kunnen suïcidaal gedrag tegengaan, zeker wanneer er sprake is van stresserende levensgebeurtenissen.

TIP

Zowel het motiveren tot contact zoeken en praten, het versterken van cognitieve coping vaardigheden, als het reguleren van emoties zoals boosheid en schuldgevoelens kunnen belangrijke ankerpunten voor interventies zijn.

Hulpverlening

Het openstaan voor en vinden van hulp kan kinderen en jongeren beschermen tegen suïcidaal gedrag. Ook een goede therapeutische relatie werkt beschermend. Daar liggen dus veel kansen voor preventie.

De stap naar professionele hulp kan echter een grote drempel vormen en de toegang tot hulp is niet voor iedere jongere vanzelfsprekend. **Jongeren motiveren tot het zoeken van hulp en de drempel zo laag mogelijk houden** zijn dus belangrijke werkpunten.

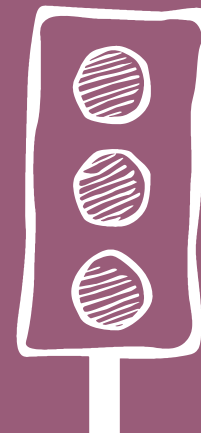
Te Onthouden

- *Suïcidaal gedrag is complex en ontstaat vanuit een interactie tussen neurobiologische, psychiatrische, psychologische en sociale factoren.*
- *Ook bij jongeren wordt suïcide voorafgegaan door een proces, maar slechts bij een minderheid van de Vlaamse jongeren is er sprake van een vooraf uitgedacht plan.*
- *Risicofactoren zijn factoren die een rol kunnen spelen in het ontstaan en het verloop van suïcidaal gedrag. Bijvoorbeeld het hebben van een psychische problematiek of het meemaken van ingrijpende levensgebeurtenissen.*
- *Beschermende factoren zijn factoren die ervoor kunnen zorgen dat suïcidaal gedrag zich minder snel zal ontwikkelen. Bijvoorbeeld een goed netwerk, coping strategieën of professionele hulp.*

Aanbevelingen Factoren

- **Breng per individu in kaart welke risicofactoren en beschermende factoren voor suïcidaal gedrag aanwezig zijn. Zo krijg je een goed zicht op de suïcidaliteit.**
- **Neem deze factoren als ankerpunten voor interventies.**

4 Hoe DETECTEER en EXPLOREER je suïcidaliteit bij kinderen en jongeren?







Hoe merk je suïcidaliteit op bij kinderen en jongeren? Wat zijn signalen?

Jongeren uiten zelfmoordgedachten minder vaak dan volwassenen.

Het is dus van belang alert te zijn voor **signalen** die kunnen wijzen op de aanwezigheid van suïcidale gedachten.

Onderstaande figuur toont een overzicht van mogelijke signalen.

Deze signalen wijzen uiteraard niet altijd op suïcidaliteit en kunnen ook een signaal zijn van een andere problematiek. Erover in gesprek gaan is dus essentieel.

			
UITEN VAN GEDACHTEN	UITEN VAN GEVOELENS	VERANDERINGEN IN GEDRAG	FYSIEKE SIGNALEN
Ongewone belangstelling voor en preoccupatie met de dood	Hopeloosheid	Risicogedrag (alcohol, drugs, ...)	Vermoeidheid
Geen redenen zien om te leven	Het gevoel vast te zitten	Zich terugtrekken van familie, vrienden	Slaapproblemen
Zelfmoordgedachten	Eenzaamheid, zich niet verbonden voelen	Weggeven van persoonlijke voorwerpen	Concentratie- of geheugenproblemen
	Spanning of Angsten	Zelfbeschadiging	Meer of minder honger hebben dan ander
	Stemmingswisselingen	Gevoelloosheid of onverschilligheid	
		Maken van zelfmoordplannen	

Vanaf welke leeftijd kan je suïcidaliteit bevragen?

Hoewel suïcidaliteit minder vaak voorkomt bij kinderen, kunnen kinderen al vanaf een jonge leeftijd zelfmoordgedachten ervaren.

Mits voldoende begripsvermogen, bevelen we aan de volgende topics te bevragen:

Te bevragen topics	Vóór 12 jaar	Vanaf 12 jaar
Aanwezigheid van een doodswens (+ voorgeschiedenis)	Standaard bij eerste gesprek(ken)	Standaard bij eerste gesprek(ken)
Aanwezigheid van zelfbeschadiging (gedachten, gedrag) (+ voorgeschiedenis)	Bij signalen	Standaard bij eerste gesprek(ken)
Aanwezigheid van zelfmoordgedachten (+ voorgeschiedenis)	Bij signalen	Standaard bij eerste gesprek(ken)

ONTHOUD

Het bevragen van suïcidegedachten kan kinderen en jongeren niet 'triggeren'.

Hoe kan je suïcidaliteit bevragen?

Verzamel informatie over de suïcidaliteit van het kind/de jongere via meerdere kanalen en op meerdere momenten.

- Bevraag het zowel via het kind/de jongere als via de ouderfiguur in een persoonlijk gesprek.
- De informatie uit deze gesprekken kan eventueel aangevuld worden met informatie uit vragenlijsten. Onthoud dat vragenlijsten nooit een persoonlijk gesprek kunnen vervangen.
- (Her)bevraag suïcidaliteit **regelmatig**. Het suïcidaal proces kent namelijk een erg wisselend verloop.

Geef in het gesprek over suïcidaliteit vooral **aandacht, begrip en erkenning** voor de gedachten, gevoelens en situatie van het kind/de jongere.

- Bevraag de suïcidaliteit op een **concrete** manier, dit draagt bij tot een meer open houding van het kind/de jongere.
- Let op je toon en oordeel niet. Vraag bv. niet *“Je gaat jezelf toch niks aandoen/geen domme dingen doen hé?”*.
- Pas je vragen aan naargelang de leeftijd. Opteer bij het vragen naar een doodswens bij jonge kinderen bv. voor vragen zoals: *‘Wil jij er soms niet meer zijn?’* *‘Wil jij liever bij ‘naam overleden persoon’ zijn?’*. Vermijd vage bewoordingen zoals *‘Wil jij in de hemel zijn?’* of *‘Wil je een sterretje zijn?’*.

Te bevragen topics	Voorbeeldvragen
Doodswens	<i>“Denk je soms: ik wil niet meer leven, ik wil (liever) dood zijn?”</i> <i>“Heb je dat ooit gedacht?”</i>
Zelfbeschadiging	<i>“Denk je er soms aan om jezelf pijn te willen doen?”</i> <i>“Heb je dat ooit gedacht?”</i> <i>“Doe je jezelf soms bewust pijn?”</i> <i>“Heb je dat ooit gedaan?”</i>
Zelfmoord	<i>“Denk je soms aan zelfdoding?”</i> <i>“Heb je ooit gedachten aan zelfdoding gehad?”</i> <i>“Heb je ooit een poging tot zelfdoding gedaan?”</i>

Hoe exploreer je de suïcidaliteit verder?

Om suïcidaliteit verder te exploreren dien je bijhorende gevoelens, gedachten en gedrag van het kind/de jongere in kaart te brengen, alsook onderliggende factoren. Ga in gesprek over volgende topics:

- **Gedachten en gevoelens:** het is essentieel om te begrijpen hoe het kind/de jongere de zelfmoordgedachten beleeft en met welke gedachten en gevoelens dit samengaat
- **Suïcidale intentie:** het is belangrijk om de frequentie, intensiteit, mate van controle en ambivalentie van suïcidale gedachten en mogelijke plannen in kaart te brengen
- **Risicofactoren en de impact van recente (mogelijk 'triggerende') gebeurtenissen:** welke risicofactoren zouden het suïciderisico kunnen verhogen (bv. medische problemen, psychische problemen, traumageschiedenis, persoonlijkheidskenmerken, blootstelling aan suïcide, ...)? En wat is de impact van recente gebeurtenissen? Suïcidedgedachten zijn vaak wel al een tijd aanwezig maar een recente gebeurtenis (zoals *conflict met familie of leeftijdgenoten*) kan het suïcidaal proces versnellen.
- **Beschermende factoren en beschikbare hulpbronnen:** het is cruciaal om factoren te identificeren die het suïciderisico verlagen, zoals coping vaardigheden, sociale steun, sociale verbondenheid en toegang tot professionele hulp.
- **Voorspelbare veranderingen:** Het is belangrijk om te begrijpen welke gebeurtenissen in de nabije toekomst het suïciderisico zouden kunnen verhogen of verlagen. Dit kan helpen bij het vaststellen van toekomstperspectieven en de mate van hopeloosheid.



TIP

Om dit alles gestructureerd in kaart te brengen kan je gebruik maken van de Leidraad Opvang en Evaluatie Suïcidaliteit (LOES), de Tool Risicoformulering en de ondersteunende visuals die voor deze richtlijn werden opgesteld.

Deze tools vind je terug in de Tools Rubriek op zelfmoord1813.be/sp-reflex

Na een suïcidepoging

Ook na een suïcidepoging is een grondige **exploratie** van de suïcidaliteit essentieel, evenals een kwalitatieve **opvang**. Niet alleen vormen jongeren een risicogroep wat betreft suïcidepogingen, hun **suïcidaliteit vlak na een poging is vaak hoger** dan bij volwassenen en ze blijven vaak lang (*tot in hun middelbare leeftijd*) kwetsbaar voor (*andere*) psychosociale of fysieke problemen. Daarnaast draagt een goede eerste opvang bij tot het toekomstig hulpzoekend gedrag van jongeren.

Na een suïcidepoging hebben jongeren het meeste baat bij een **warm en authentiek gesprek** zodat een veilige omgeving kan gecreëerd worden en de eenzaamheid worden doorbroken. Tijdens dit gesprek heb je onder meer aandacht voor de ervaren emoties, een terugblik op de poging, de huidige doodswens, mogelijk zelfverwondend gedrag en toekomstig suïciderisico. Ook voor dit gesprek kan je gebruik maken van het instrument LOES (*vanaf 12 jaar*). Meer over LOES lees je op zelfmoord1813.be/loes

Betrek ook **naasten** in de opvang na een poging van een kind of jongere. Ook zij hebben nood aan een empathische opvang waarbij je kan exploreren welke rol zij kunnen opnemen in het verdere zorgtraject en hoe je hen daarin best kan ondersteunen.

Aanbevelingen Detectie & Exploratie

- **Vóór de leeftijd van 12jaar:**
 - Vraag standaard naar de aanwezigheid en voorgeschiedenis van een mogelijke doodswens.
 - Wees alert voor waarschuwingssignalen voor suïcidaliteit en bevraag zelfmoordgedachten expliciet wanneer er sprake is van een doodswens of van andere signalen.
- **Vanaf 12 jaar: vraag standaard naar:**
 - De huidige aanwezigheid van zelfmoordgedachten;
 - Of er zelfmoordgedachten of -pogingen in het verleden waren;
 - De huidige aanwezigheid en historiek van zelfbeschadigend gedrag.
- **Bevraag suïcidaliteit op meerdere manieren en zowel bij het kind/de jongere als de naaste(n).**
- **Exploreer de suïcidaliteit a.d.h.v. visuele hulpmiddelen.**
- **Breng risicofactoren, beschermende factoren en voorspelbare veranderingen in kaart. Hiervoor kan je gebruik maken van de instrumenten 'LOES' en 'Risicoformulering'.**
- **Herbevraag en bespreek suïcidaliteit regelmatig en volg op.**
- **Voorzie na een suïcidepoging een goede opvang en grondige exploratie van de suïcidaliteit.**

5 Welke interventies zijn aanbevolen voor kinderen en jongeren met suïcidegedachten?

Enmaal suïcidaliteit gedetecteerd en in kaart gebracht is, zijn specifieke interventies gericht op de suïcidaliteit aanbevolen. Dit kunnen neurobiologische, psychosociale of digitale interventies zijn. Ook Safety Planning is aanbevolen bij kinderen en jongeren.



Keuze behandelsetting

Bij (het plannen van) interventies is ook de keuze voor een behandelsetting belangrijk.

Bij het overwegen van een **residentiële opname** moet men de voordelen en de nadelen goed tegen elkaar afwegen, aangezien het een erg ingrijpende maatregel kan zijn. Enerzijds is een opname geen garantie dat het suïciderisico zal afnemen of dat de persoon niet zal overlijden door suïcide. Anderzijds kan een opname wel tijdelijk rust bieden en de mogelijkheid om intensief te werken aan onderliggende factoren binnen een gestructureerde, veilige omgeving.



TIP

Maak deze beslissing steeds in samenspraak met het kind/de jongere en de ouderfiguur of andere belangrijke naaste(n) en op basis van de zorgnoden en -wensen.

Werken met een Safety Plan

Het Safety Plan is een **doeltreffende interventie** om een suïcidale crisis te overbruggen, zowel bij volwassenen als bij kinderen en jongeren. Het Safety Plan omvat verschillende componenten:

- Signalen waaraan je kan herkennen dat er een crisis aankomt;
- Coping strategieën om rustiger te worden en afleiding te vinden;
- Hulpbronnen bij wie je terecht kan;
- Hoe je je omgeving veilig kan maken en de toegang tot middelen kan beperken;
- Wat 'Reasons for living' zijn, of zaken die je helpen volhouden.

Een sjabloon Safety Plan en instructies vind je op zelfmoord1813.be/safetyplan



TIPS

- Stel samen met het kind/de jongere een Safety Plan op.
- Maak het plan zo concreet en toepasbaar mogelijk.
- Gebruik eventueel visuele hulpmiddelen.
- Betrek naasten bij het opmaken van het plan en bespreek dit samen.
- Zet in op motivationele gespreksvoering om het kind/de jongere aan te moedigen het Safety Plan te gebruiken.
- Herbespreek en evalueer het Safety Plan regelmatig.

Psychotherapeutische interventies

Er bestaat een breed spectrum aan psychotherapeutische interventies die toegepast worden bij suïcidaliteit bij kinderen en jongeren. Onderzoek naar het effect van deze interventies op suïcidaliteit is echter beperkt.

Onderstaande interventies bleken in onderzoek doeltreffend in de behandeling van jongeren met suïcidegedachten:

- Dialectische gedragstherapie en Mentalization-Based Therapie (voor adolescenten met kenmerken van borderline persoonlijkheidsstoornis)
- Attachment-Based Family Therapy
- Intensive Contextual Treatment for Self-Harm and Suicidality
- 'Safe Alternatives for Teens and Youth Program'
- 'Youth-Nominated Support Team Intervention for Suicidal Adolescents-Version II'

Meer over deze interventies lees je in de volledige richtlijn.

Wat zijn werkzame elementen?

Recent onderzoek legde de essentiële elementen bloot van een optimale aanpak van suïcidaliteit bij kinderen en jongeren:

- **Vertrek van noden.** De noden van zowel het kind/de jongere als de ouderfiguren moeten de basis vormen van de behandeling, van intake tot herstel. Zorg ook voor voldoende flexibiliteit, transparantie en participatie.
- **Combineer individuele met gezamenlijke sessies.** Tijdens individuele sessies kan je werken aan de eigen noden en vaardigheden van het kind/de jongere en de ouderfiguur (bv. emotieregulatie, ontspanningsoefeningen, ...). In gezamenlijke sessies kan je bv. werken aan psycho-educatie, gespreksvaardigheden of safety planning. Interventies met een familiegerichte component blijken namelijk doeltreffender in suïcidepreventie dan interventies die enkel individuele behandeling omvatten.
- **Bied psycho-educatie.** Psycho-educatie bevordert de toegang tot en verdere deelname aan hulpverlening. Versterk kennis over suïcidaliteit en hulpmogelijkheden en verminder schaamte, stigma en schuldgevoel.
- **Versterk sociale verbondenheid.** Het centraal stellen van onderhoud en versterking van (familiale) relaties is van groot belang en draagt bij tot herstel, veerkracht en suïcidepreventie. Ook een sterke therapeutische band met het kind/de jongere én de naaste(n) werkt preventief.
- **Bevorder veiligheid.** Het beperken van de toegang tot methodes of dodelijke middelen voor zelfdoding is een essentieel onderdeel van de behandeling. Dit vormt o.a. een onderdeel van safety planning.
- **Focus op sterktes.** Een basishouding van acceptatie en validatie is onmisbaar om bij kinderen/jongeren een gevoel van zelfbeschikking en zelfwaarde te versterken. Een focus op de aanwezige krachten is ook voor de naaste(n) belangrijk, omdat er verder gebouwd kan worden op positieve punten van ouderschap en zo ouderlijke aanwezigheid, vertrouwen en connectie vergroot kunnen worden.

Digitale interventies

Digitale interventies (zoals bijvoorbeeld mobiele applicaties of online zelfhulp) voor suïcidepreventie worden volop ontwikkeld, maar het onderzoek ernaar is nog beperkt. Breder onderzoek toonde wel al aan dat digitale interventies doeltreffend kunnen zijn in het reduceren van depressieve symptomen, angst en stress en in het bevorderen van mentaal en sociaal welbevinden. Digitale interventies bieden tal van mogelijkheden en ze scoren goed op vlak van toegankelijkheid en tevredenheid. Bovendien kunnen ze hulpzoekend gedrag versterken en therapietrouw bevorderen.



TIP



onlinehulp-apps

Op onlinehulp-apps.be vind je apps en websites die de mentale gezondheid bij jongeren kunnen bevorderen. Enkele voorbeelden:

- **Noknok.be:** deze website biedt jongeren van 12-16 jaar kwalitatieve informatie, tips en opdrachten over verschillende thema's die met mentale gezondheid te maken hebben.
- **Silver:** deze serious game versterkt de weerbaarheid en vaardigheden m.b.t. mentale gezondheid van jongeren van 12-16 jaar.
- **Combined minds:** deze Engelstalige app ondersteunt familie, vrienden en mantelzorgers van jongeren met geestelijke gezondheidsproblemen om zo de juiste ondersteuningsomgeving te creëren.

Neurobiologische interventies

Behandeling met psychofarmaca komt bij kinderen en jongeren **minder vaak voor** dan behandeling met psychosociale interventies, vaak vanwege een bezorgdheid dat psychofarmaca de suïcidaliteit zou kunnen doen toenemen. Het is belangrijk dat de keuze voor medicatie gebaseerd wordt op wetenschappelijk bewijs over het effect op suïcidaliteit.

AANDACHTSPUNTEN

Overweeg je te starten met een medicamenteuze behandeling?

Neem dan zeker deze aandachtspunten in acht.

Weloverwogen beslissing: *Houd rekening met de ernst van de suïcidaliteit en eventueel andere aanwezige aandoeningen, de persoonskenmerken, de ongewenste effecten van het gekozen product én met de wens van de persoon.*

Kleine hoeveelheid: *Denk vooraf na over de mogelijkheid om medicatie slechts voor korte perioden en in kleine hoeveelheden voor te schrijven.*

Medicatiebeheer: *Maak met de jongere en de ouders/voogd duidelijke afspraken over medicatiebeheer en medicatie-inname, zeker wanneer er sprake is van acute suïcidaliteit. Dit kan bijvoorbeeld worden opgenomen in het Safety Plan.*

Monitoring

- *Wees continu alert op de ontwikkeling van de suïcidaliteit en op gedragingen die kunnen wijzen op een verergering van het suïcidale gedrag tijdens de gehele periode dat medicatie wordt voorgeschreven.*
- *Daarnaast is de periode na de behandeling ook een kritieke periode waarin suïcides voorkomen, vaak in de eerste drie maanden. Dus ook na de behandeling blijft een goede follow-up van belang.*

Antidepressiva

Recent wetenschappelijk onderzoek biedt voor **antidepressiva** voorzichtig bewijs dat deze werkzaam zijn voor het verminderen van suïcidale gedachten en gedrag bij kinderen en jongeren.

Hoewel sommige studies erop wezen dat het gebruik van antidepressiva het risico op suïcidegedachten en pogingen zou versterken, vinden meer recente studies wel aanwijzingen voor **positieve effecten** van SSRI's op suïcidaal gedrag bij jongeren. Deze studies stellen dat depressieve jongeren 4 tot 11 keer meer voordelen dan nadelen van antidepressiva ondervinden. De discussie over het gebruik van antidepressiva bij minderjarigen mag er geenszins toe leiden ze niet voor te schrijven wanneer ze geïndiceerd zijn.

Wanneer je start met antidepressiva neem dan de algemene aandachtspunten in acht en neem de volgende punten mee in je overweging:

- De effecten van antidepressiva zijn over het algemeen niet meteen merkbaar.
- Zet de behandeling bij goede respons minstens 6 maanden voort.
- Psycho-educatie en nauwlettend toezicht zijn essentieel.
- Bouw altijd geleidelijk af bij toename van de depressieve of suïcidale symptomen, nieuw ontstane suïcidaliteit of andere onaantvaardbare bijwerkingen.
- Houdt een Safety Plan bij blijf werken aan het verminderen van de risicofactoren van suïcidaal gedrag.
- Schrijf kleine hoeveelheden voor en kies voor SSRI's.

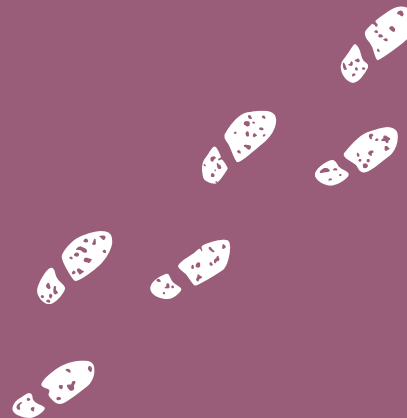
Andere neurobiologische interventies

Voor andere neurobiologische interventies zoals anxiolytica, antipsychotica, (es)ketamine, lithium en neurostimulatie is er momenteel **onvoldoende bewijs** voor het effect op suïcidaliteit bij kinderen en jongeren.

Aanbevelingen Interventies

- Vertrek van de zorgnoden en -wensen van het kind/de jongere en de naaste(n).
- Kies een geschikte behandelsetting in samenspraak met het kind/de jongere en de naaste(n).
- Zet in op Safety Planning.
- Betrek de naaste(n) en voorzie zowel individuele als gezamenlijke sessies.
- Bied psycho-educatie aan het kind/de jongere en de naaste(n).
- Vertrek vanuit de sterktes van het kind/de jongere en de naaste(n).
- Versterk sociale verbondenheid.
- Bevorder veiligheid.
- Verwijs naar digitale interventies.
- Zorg bij neurobiologische interventies voor een goede afweging, kleine hoeveelheden, veiligheidsafspraken en nauwgezette monitoring.

6 Hoe begeleid je kinderen en jongeren die een naaste verloren door zelfdoding?



Het rouwproces van kinderen en jongeren

Vragen en emoties

Iemand verliezen door zelfdoding is voor een kind of jongere erg aangrijpend en ingrijpend. Het gaat gepaard met **veel (waarom?) vragen en een opeenstapeling van emoties** zoals schaamte, woede, verdriet en (zelf)verwijt. Het is van belang om in gesprek te gaan hierover en alle vragen en emoties te onderzoeken, om zo herkenning en erkenning te kunnen bieden.

De **intensiteit van rouw** en de impact op de (latere) geestelijke gezondheid wordt beïnvloed door tal van factoren die je in kaart kan brengen. Je kan onder meer peilen naar:

- De band met de overledene.
- De mate waarin het kind/de jongere weet had van suïcidale gedachten, gedrag en/of plannen van de overledene
- De mate waarin het kind/de jongere de omstandigheden van het overlijden kent (bv. *methode van zelfdoding, locatie, triggers, afscheidsbrief, ...*) en het mogelijk was om afscheid te nemen (*van het lichaam*).
- Band met de andere aanwezige ouderfiguur (*bij het overlijden van een ouder*), zowel voor als na het overlijden.

Risico op geestelijke gezondheidsproblemen

Het meemaken van een zelfdoding van een naaste verhoogt het risico op het ontwikkelen van **angst, depressie, PTSS, automutilatie, suïcidale gedachten en gedrag**, Persistent Complex Bereavement Disorder (DSM-5) en Prolonged Grief Disorder (ICD-11).

Het als kind/jongere meemaken van een suïcide van een ouder **verdubbelt het risico op een suïcidepoging en verdrievoudigt het risico op overlijden door suïcide**. De grootste negatieve impact wordt gezien binnen de eerste jaren na het overlijden van de ouder, maar de gevolgen kunnen decennialang een rol spelen.

Het is belangrijk om zich bewust te zijn van deze risico's. Het is echter minstens even belangrijk om **normale rouwreacties** niet meteen te pathologiseren in de eerste (zes) maanden na een overlijden.

Wat helpt kinderen en jongeren?

Psycho-educatie over rouwen na zelfdoding

Elk rouwproces is uniek, wat het idee of gevoel kan geven dat er iets mis is met het eigen rouwproces omdat je jezelf niet herkent in het proces van anderen. Psycho-educatie helpt om de ervaringen van een nabestaande te normaliseren. Van belang is hier om de informatie aan te passen aan het kind, diens draagkracht en cognitieve vaardigheden.

Er bestaan verschillende **boeken** die helpen om, op een aangepaste manier, met kinderen te spreken over rouwen na zelfdoding. Daarnaast kan het ook helpen om creatief aan de slag te gaan met het verlies. Tips lees je op werkgroepverder.be

Aanmoedigen van sociale steun

Het rouwproces van kinderen en jongeren heeft een impact op hun sociale omgeving. Stigma en schaamte kunnen bijvoorbeeld leiden tot het verbergen van de doodsoorzaak en sociale isolatie. Dit kan een verminderde hechting met leeftijdsgenoten omvatten of het zich wegtrekken van familieleden en andere volwassenen. Hierdoor neemt informele en sociale steun af, terwijl die sociale steun juist cruciaal is om het psychisch welbevinden van het kind/de jongere te beschermen en bevorderen. Moedig dus zowel het kind/de jongere als de omgeving proactief aan om steun op te zoeken en te bieden.

Versterken van coping vaardigheden

Wanneer je kinderen/jongeren ondersteunt die een ouder verloren door zelfdoding, focus dan bij het kind/de jongere op psycho-educatie en het versterken van coping vaardigheden en bij de aanwezige ouderfiguur op psycho-educatie en het versterken van ouderschapsvaardigheden. Onderzoek toont dat dit op lange termijn de kans op suïcidale gedachten en gedrag kan doen verminderen.

Aanbevelingen na een zelfdoding

- **Zorg na een zelfdoding voor juiste informatie en goede opvang van kinderen en jongeren:**
 - Bezorg zo snel mogelijk juiste informatie over het overlijden aan het kind/de jongere. Verberg de doodsoorzaak daarbij niet, maar vermijd het geven van details over de methode.
 - Breng de **emoties** en de **intensiteit van het rouwproces** in kaart.
- **Bied psycho-educatie en volg het rouwproces verder op:**
 - Geef uitleg op het niveau van het kind/de jongere en maak ruimte voor vragen.
 - Normaliseer de unieke gedachten, gevoelens en het gedrag die bij een rouwproces horen.
 - Maak gebruik van materialen en ga actief en creatief aan de slag met rouw.
 - Let op het familiaal functioneren na een overlijden in (*de omgeving van*) het gezin bv. risico op parentificatie.
 - Na zes maanden: houd rekening met de mogelijkheid op posttraumatische stress of gecompliceerde rouw.
 - Blijf alert voor het ontstaan van zelfmoordgedachten.
- **Moedig sociale steun aan:**
 - Breng de relaties van het kind/ de jongere en het gezin in kaart of in beeld, bijvoorbeeld met speelgoed of foto's.
 - Ga isolatie tegen en stimuleer contact met leeftijdsgenoten en de omgeving. Als het eigen netwerk klein is, kan lotgenotencontact via een organisatie als Missing You een optie zijn.
 - Bied psycho-educatie aan het volledige gezin (*en bij uitbreiding eventueel aan peers*), over coping vaardigheden en hoe elkaar te ondersteunen.



TIP

Meer informatie over rouwen na zelfdoding bij kinderen en jongeren, ouders en hulpverleners vind je op werkgroepverder.be

Zorg voor de hulpverlener

Omgaan met suïcidaliteit bij kinderen en jongeren kan veel van jou vragen. Zelfzorg, ondersteuning vanuit je omgeving en het team en mogelijkheden tot professionele hulp zijn bijgevolg essentieel.

Wanneer je een **kind of jongere verliest door zelfdoding**, ga je door een intens rouwproces dat heel veel emoties kan losmaken, waaronder mogelijk ook gevoelens van schuld of professionele twijfels. Erken de impact die de zelfdoding op jou heeft. Accepteer dat niet elke zelfdoding voorkomen kan worden en neem niet alle schuld op jezelf. Professionele hulp is in deze context sterk aanbevolen.

Voorzie ook als **werkgever** een goede opvang na een zelfdoding en mogelijkheden tot het delen van emoties en professionele hulp. Ondersteun het rouwproces en volg het goed op. Voorzie ook inter- en supervisie. Tot slot kan een **reconstructie en evaluatie** na zelfdoding zinvol zijn. Zo maak je ruimte voor de emoties van de betrokken hulpverleners, en wordt ook hun professioneel handelen ondersteund.



TIP

Meer informatie over wat je als hulpverlener en zorgvoorziening kan doen na een zelfdoding en een tool voor reconstructie en evaluatie vind je in de algemene richtlijnen op zelfmoord1813.be/sp-reflex

Meer weten?

Deze samenvatting is gebaseerd op de richtlijn 'Detectie en interventies bij suïcidale gedachten en gedrag bij kinderen en jongeren' (Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie, 2023). De volledige richtlijn bevat meer uitgebreide informatie, wetenschappelijke onderbouwing en praktijkgerichte tips. Je kan de volledige richtlijn, evenals een e-learningmodule raadplegen op: zelfmoord1813.be/sp-reflex

Voor advies, consult en vorming over suïcidepreventie kan je terecht bij de Suïcidepreventiewerking van de Centra Geestelijke Gezondheidszorg.



- Meer info vind je op: zelfmoord1813.be/ondersteuning-door-cgg-sp
- Het volledige vormingsaanbod vind je op: zelfmoord1813.be/vormingen

Met concrete vragen over de begeleiding van een patiënt kan je terecht bij ASPHA, de Advieslijn SuïcidePreventie voor Huisartsen en Andere hulpverleners. ASPHA is bereikbaar via telefoon: 024 24 3000 (elke werkdag tussen 9u en 21u) of e-mail: info@aspha.be.



MEER INFO? [ZELFMOORD1813.BE/SP-REFLEX](https://zelfmoord1813.be/sp-reflex)

VLESP | Vlaams
Expertisecentrum
Suicidepreventie



zelfmoord1813.be
voor info en hulp

1813
zelfmoord

The logo for 1813 zelfmoord features the number "1813" in a bold, sans-serif font. Below it, the word "zelfmoord" is written in a cursive script. To the right of the text is a stylized graphic of a person's head profile, with the number "1813" integrated into the shape of the head.