

HANDLEIDING

ZORGNETWERK SUÏCIDEPREVENTIE

VOOR MINDERJARIGEN

REGIO DEINZE



Suïcidepreventiewerking CGG Eclips – RCGG Deince-Eeklo-Gent – AZ Sint-Vincentiusziekenhuis Deince – CAR Ter Kouter – Huisartsenkring Schelde-Leie – Vrij CLB Deince – CLB GO! Deince-Eeklo – Sociale Politie Deince-Zulte – JAC Oost-Vlaanderen regio Gent-Eeklo – RADAR Crisisnetwerk, Oost-Vlaanderen

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave.....	3
DEEL 1. Situering	
1 Zelfdoding bij kinderen en jongeren: situering	6
2 Doelstelling, doelgroep en regio	7
3 Zorgnetwerk	8
DEEL 2. Achtergrondinformatie	
4 Signaalherkenning	12
4.1 Verbale signalen	12
4.2 Non-verbale signalen.....	12
5 Het suïcidaal proces	13
5.1 Beleving van een suïcidale jongere.....	14
5.2 Drie pijlers voor suïcidepreventie.....	15
6 In gesprek over suïcidaliteit.....	15
6.1 Misvattingen weerlegd.....	16
6.2 Aan te raden	17
6.3 Af te raden.....	20
7 Beïnvloedende factoren voor suïcidaal gedrag bij jongeren.....	22
7.1 Risicofactoren	22
7.2 Beschermende factoren	24
7.3 Interactie van risicoverhogende en beschermende factoren.....	24
8 Risico-inschatting	25
9 In gesprek met de ouders.....	27
DEEL 3. Zorgnetwerk Suïcidepreventie voor minderjarigen, Regio Deinze	
10 Schema zorgnetwerk minderjarige met suïcidedreiging	31
10.1 Opvangen van signalen door de context	31
10.2 Contact met een hulpverlener en (huis)arts	31
10.3 Risico-inschatting.....	31
10.4 Weigering van de hulpverlening.....	34
11 Schema zorgnetwerk minderjarige na een suïcidepoging	37
11.1 In contact met een jongere na een suïcidepoging	37
11.2 Lichamelijke stabilisatie nodig.....	37
11.3 Lichamelijke stabilisatie niet nodig, contact met een hulpverlener en (huis)arts.....	37
11.4 Risico-inschatting.....	38

11.5	Weigering van de hulpverlening	39
12	Netwerkspraken	41
12.1	Rol van de contextfiguur	41
12.2	Rol van de huisarts	41
12.3	Rol van het JAC/CAW	42
12.4	Rol van het CLB.....	42
12.5	Rol van het RCGG	43
12.6	Rol van het crisisnetwerk - crisismeldpunt	44
12.7	Rol van de Spoedopname en het Algemeen Ziekenhuis	45
12.8	Rol van de Sociale Politie.....	46
DEEL 4. Tools		
13	Hulpaanbod	48
13.1	Ondersteunende diensten	48
13.2	Digitale tools en telezorgdiensten.....	48
14	Referentielijst	51
15	Bijlagen	51
	BIJLAGE 1: SIGNALLEN VAN SUICIDAAL GEDRAG	52
	BIJLAGE 2: VRAGENLIJST A. KERKHOF EN B. VAN LUYN (2010), DOORVRAGEN NAAR DE AARD VAN DE SUICIDEGEDACHTEN	53
	BIJLAGE 3: EEN SUICIDEPREVENTIEDRAAIBOEK OP SCHOOL.....	55
	BIJLAGE 4: PROCEDURE GEDWONGEN OPNAME VOOR MINDERJARIGEN UIT OOST-VLAANDEREN.....	57
	BIJLAGE 5: KIPEO 1	58
	BIJLAGE 6: OPMAKEN VAN EEN CRISISPLAN	62
	BIJLAGE 7: GEMANDATEERDE VOORZIENINGEN.....	64
	BIJLAGE 8: VERKLARING VAN DE GEBRUIKTE AFKORTINGEN	65

DEEL 1. SITUERING

1 Zelfdoding bij kinderen en jongeren: situering

Om elkaar als hulpverleners goed te begrijpen en te weten waarover wordt gesproken, zijn vooreerst enkele definities op hun plaats.

- **Zelfdoding, zelfmoord en suïcide** zijn drie woorden met dezelfde betekenis namelijk 'elke gewilde, aan zichzelf toegebrachte handeling die tot de dood heeft geleid'.
- Een **suïcidepoging** wordt bij kinderen en jongeren door de Wereld Gezondheidsorganisatie op dezelfde manier gedefinieerd als bij volwassenen, met name als volgt:

'Elke handeling met een niet-fatale afloop, waarbij een individu opzettelijk en wel overwogen een ongewoon gedrag stelt of initieert, dat zonder interventie van anderen zal leiden tot zelfverwonding (of zelfvernietiging) of waarbij een individu opzettelijk een stof inneemt in een grotere dan de voorgeschreven of algemeen aanvaardbare therapeutische dosis, met de bedoeling via de actuele of verwachte fysische gevolgen verlangde verandering(en) te bewerkstelligen.'

Deze definiëring helpt hulpverleners om het gedrag dat leidt tot zelfdestructie, al dan niet te zien als een suïcidepoging. Belangrijk is dat deze definiëring aantoont dat er niet noodzakelijk een doodswens moet zijn om over suïcidaliteit te kunnen spreken. De meeste mensen wensen een verandering te bewerkstelligen, eerder dan dood te zijn.

- Tot slot de definiëring van **suïcidale ideatie**. Hiermee wordt een breed scala van zelfmoordgedachten bedoeld, gaande van erg vage gedachten ('het is beter als ik er niet meer zou zijn') en zelfmoordwensen ('ik wilde dat ik dood was', 'ik kan er beter een einde aan maken') tot heel concrete suïcideplannen ('ik ga me vanavond verhangen'). Suïcidale ideatie is het actief denken aan of het overwegen van suïcide, als mogelijkheid of als uitweg om ervaren problemen te verminderen of op te lossen (Kerkhof & Van Luyn, 2010)

In deze handleiding zullen de synoniemen 'suïcide, zelfmoord of zelfdoding' en 'suïcidepoging, zelfmoordpoging of poging tot zelfdoding' door elkaar worden gebruikt. Op die manier worden zowel hulpverlenerstaal als de taal van de cliënt en zijn omgeving omvat. In het gesprek met de cliënt blijft het belangrijk om aan te sluiten bij de taal die hij/zij gebruikt of die het best bij de situatie past. Tegenover jongeren die suïcidaal zijn en/of reeds een poging hebben ondernomen, wordt aangeraden het woord 'zelfmoord' te gebruiken. Dat is ook de term die iedereen kent en die voldoende de lading dekt. In gesprek met nabestaanden echter wordt dan weer geopteerd voor de term zelfdoding. Nabestaanden hebben het dikwijls moeilijk met het woord 'moord' gezien de criminele sfeer die daarin schuilt. Als hulpverlener wordt taalgebruik waarin een oordeel schuilt best vermeden, zoals 'geslaagde suïcide', 'effectieve zelfdoding' of 'mislukte zelfmoordpoging'. Dit kan drempelverlagend werken voor de suïcidale cliënt die vaak al kampt met een negatief zelfbeeld (Andriessen, Krystinska, & Andries, 2014).

Een suïcidepoging is de belangrijkste klinische risicofactor voor suïcide. Bovendien komen recidieven vaak voor en stijgt met elke poging het risico op suïcide (Wittouck, De Munck, Portzky, Van Rijsselberghe, Van Autreve, & van Heeringen, 2010). Bij jongeren is de prognose niet noodzakelijk negatief. Slechts een klein deel van jongeren die een poging doet, sterft uiteindelijk door suïcide. De verhouding poging/suïcide is bij jongeren lager dan in de bevolking in het algemeen. Die verhouding is slechts 100 op 1 terwijl dat bij ouderen 4 op 1 is. Dat neemt niet weg

dat elke suïcidepoging ernstig moet worden genomen, dat er een deskundige inschatting moet gebeuren van risico's en zorgbehoeften, en er een toeleiding moet volgen naar aangepaste zorg.

Jonge suïcidepogers melden zich anderzijds slechts in geringe mate aan bij een Algemeen Ziekenhuis. Veel jongeren doen geen beroep op hulp. Suïcidaal gedrag blijft vaak verborgen voor de hulpverlening. Dat maakt dat, in combinatie met andere risicofactoren, zoals de aanwezigheid van psychiatrische problemen, misbruik in de voorgeschiedenis, gebrekkige probleemoplossende vaardigheden, problematische opvoedingssituaties, psychiatrische problematiek en suïcidaal gedrag in het gezin, jonge suïcidepogers een zeer kwetsbare groep vormen. Om die jongeren te kunnen bereiken, is specifieke actie noodzakelijk.

In vergelijking met andere leeftijdscategorieën komt suïcide bij jongeren minder voor, maar wanneer gekeken wordt naar het proportionele sterftecijfer per leeftijdsgroep en geslacht, moeten we opmerken dat bij jongeren van 15 tot 24 jaar, suïcide de tweede belangrijkste doodsoorzaak is, met verkeersongevallen als belangrijkste doodsoorzaak in deze groep (www.zorgengezondheid.be).

Het ontwikkelen van doelmatige zorg voor deze leeftijdsgroep waarbij ook voldoende aandacht uitgaat naar hun leefomgeving is dan ook zeer belangrijk (Melton, 2010). Vandaar dat het Overleg Welzijn en Preventie van de stad Deinze na de opmaak van een zorgpad suïcidepreventie voor volwassenen een apart zorgnetwerk uittekende voor minderjarigen.

2 Doelstelling, doelgroep en regio

Het mag dan ook duidelijk zijn dat de zorg voor jongeren met betrekking tot het thema suïcide breed dient opgevat te worden. Niet alleen voor minderjarigen ná een suïcidepoging, maar ook voor zij die 'denken aan' suïcide. Naast detectie en een goede eerste opvang van de jongere en zijn naasten is een sluitend zorgnetwerk zeer belangrijk. Suïcidale jongeren ervaren vaak een grote drempel om de stap te zetten naar professionele hulp. Een goed op elkaar aansluitende (samen)werking van diverse zorgverstrekkers kan die drempel danig verlagen.

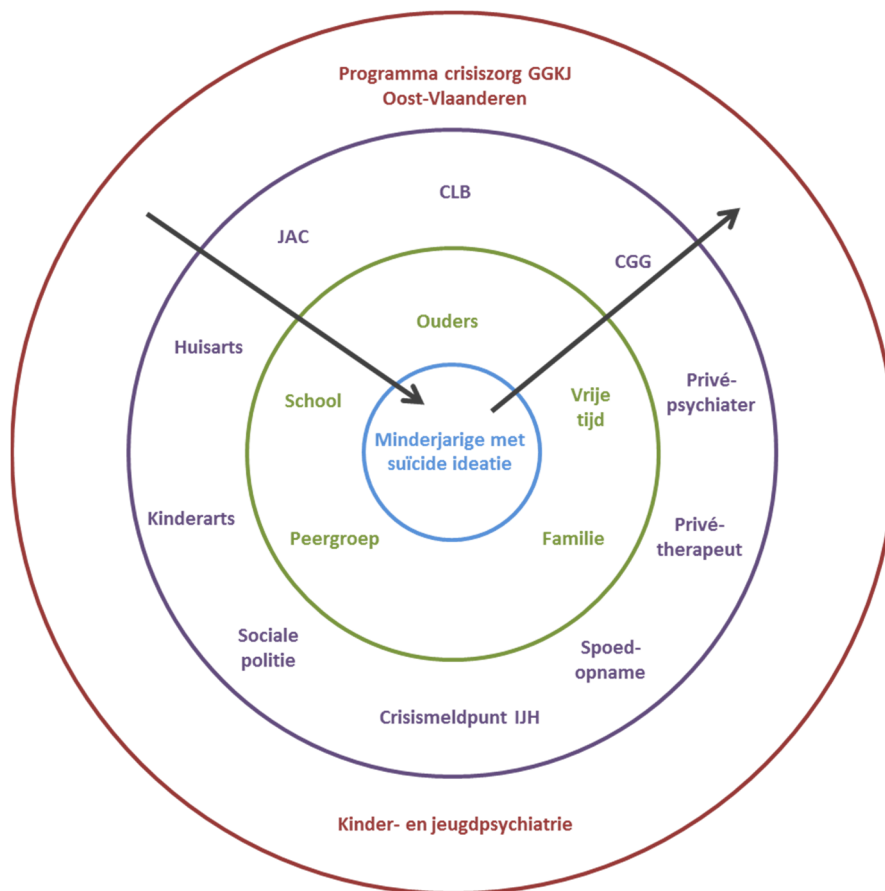
De doelgroep is breed opgevat van minderjarigen met suïcidedachten of acute suïcidedreiging tot minderjarigen die een suïcidepoging ondernomen hebben.

Wat betreft de regio, wordt een breed criterium gehanteerd namelijk kinderen en jongeren die op één of andere manier verbonden zijn met Deinze (bv. de jongere loopt school in Deinze maar woont in Zulte, een ouder werkt/woont in Deinze, de jongere woont in Deinze maar loopt school in Gent,...).

Met de focus op laagdrempelige en bereikbare hulpverlening waarin vroegdetectie een belangrijke plaats krijgt, maken volgende professionele actoren deel uit van het zorgnetwerk minderjarigen regio Deinze: AZ Sint-Vincentiusziekenhuis Deinze, Huisartsenkring Schelde-Leie, JAC Oost-Vlaanderen, regio Gent-Eeklo, Crisisteam CAW Oost-Vlaanderen, CLB GO! Deinze-Eeklo, Vrij CLB Deinze, RCGG Deinze-Eeklo-Gent, Suïcidepreventiewerking CGG Eclips, Sociale Politie Deinze-Zulte, CAR Ter Kouter Deinze.

3 Zorgnetwerk

Voor de uitwerking van de zorg rond suïcide bij kinderen en jongeren werd gekozen voor de term zorgnetwerk. Bij de zorg voor jongeren, die zich vaak nog in een afhankelijke positie bevinden, wensen we de noodzaak aan gedeelde verantwoordelijkheid te benadrukken. Het onderstaande model toont de centrale rol van de jongere met de context (ouders, school, peergroep,...) als dichtstbijzijnde netwerk. Deze mag deze zeker niet vergeten worden in de zorg voor de jongere. Het zorgnetwerk van de minderjarige omvat dus niet alleen de professionele hulpverleners maar ook de context. De voorstelling met elkaar omsluitende cirkels expliciteert het belang van de verbinding tussen de verschillende niveaus. Zowel voor de jongere, zijn context als de hulpverleners, is het belangrijk om met elkaar in dialoog te gaan.



De pijl die van binnen naar buiten wijst, geeft aan dat er bij sommige minderjarigen nood is aan meer intensieve vormen van begeleiding. Deze inschatting wordt in principe gemaakt door de professionele hulpverlener, waarbij de inbreng van de minderjarige en zijn/haar omgeving mee in rekening wordt gebracht. Zo kan een bepaalde context wel degelijk garant staan voor de noodzakelijke 'veilige omgeving', terwijl andere contexten die verantwoordelijkheid niet kunnen opnemen.

De pijl die van buiten naar binnen wijst, symboliseert de nood aan ondersteuning en opvolging door ambulante en contextgebonden actoren, ook al is de minderjarige mogelijk opgenomen in een residentiële setting. Belangrijk, zeker met het oog op bijvoorbeeld een naderend ontslag uit de psychiatrie, is dat de verschillende niveaus, ook hebben voor de positieve steun en opvolging van onderliggende niveaus.

De jongere blijft in dit hele gebeuren centraal staan: vandaar ook zijn/haar positie in het midden van de cirkels. In samenspraak met de minderjarige wordt in dit zorgnetwerk gezocht naar wat er aan de hand is, hoe dit het best kan aangepakt worden en hoe de context en de hulpverlening daarbij kunnen helpen. Er moet vermeden worden alle verantwoordelijkheid bij de jongere weg te nemen, tenzij het om acute en levensbedreigende situaties gaat. Oplossingen die voldoende draagkracht bieden, zijn oplossingen die samen met de jongere zelf worden overlegd en waar de jongere het gevoel bij heeft dat hij/zij zelf de keuze heeft gemaakt.

De term zorgnetwerk mag ons echter niet weerhouden om, in de mate van het mogelijke, duidelijk de stappen uit te tekenen en duidelijk de verantwoordelijkheden van de verschillende actoren uit te schrijven. Om dit overzicht te houden, werd geopteerd voor het opstellen van twee zorgtrajecten: vanuit het vertrekpunt van de jongere met suïcidegedachten en vanuit het vertrekpunt van de jongere die een suïcidepoging heeft ondernomen. Een apart schema voor het zorgnetwerk van de jongere na een suïcidepoging helpt de hulpverlener ook in gedachten houden dat er een belangrijke grens is overschreden in het suïcidale proces en dat de hulpverlening daarmee rekening moet houden bij de risico-inschatting en begeleiding van de jongere.

DEEL 2. ACHTERGRONDINFORMATIE

4 Signaalherkenning

Er speelt zich heel wat af in de gedachte- en gevoelswereld van de jongere. Sommige signalen van suïcidaal gedrag zijn niet direct zichtbaar, maar toch mogen we ervan uitgaan dat heel wat suïcidale jongeren signalen vertonen die voor de omgeving wel observeerbaar zijn.

De allereerste stap in suïcidepreventie is alert zijn voor deze signalen. Sommige zijn verbaal (vb. de jongere vertelt dat hij problemen heeft), andere signalen zijn non-verbaal en moeilijker te vatten.

Weinig signalen wijzen éénduidig op suïcidaliteit. De meeste signalen wijzen op algemene depressieve klachten. Vaak echter zijn er geen eenduidige signalen zichtbaar. Daarom is het van belang rechtstreeks in gesprek te gaan met de jongere. Signalen moeten aanleiding zijn om deze te benoemen en vragen te stellen zodat mogelijks suïciderisico bespreekbaar is. Alleen door er expliciet naar te vragen kom je te weten of iemand suïcidaal is¹.

4.1 Verbale signalen

Dit zijn verbale uitingen van een jongere die aangeven dat het niet goed met hem/haar gaat en dat hij/zij mogelijks aan suïcide denkt.

Soms zijn er directe verbale signalen die duidelijk aangeven dat iemand met zelfdoding bezig is. De jongere zegt dat hij uit het leven wil stappen. In realiteit komt dit echter niet zo veel voor. Praten over zelfdoding is een heel belangrijk signaal, maar niet elke jongere doet dit.

Daarnaast zijn er eerder indirecte verbale signalen waaruit blijkt dat iemand een moeilijke periode doormaakt en zich niet goed voelt in zijn/haar vel. Deze laatste wijzen echter niet éénduidig op de dood of zelfdoding.

4.2 Non-verbale signalen

Non-verbale signalen komen het meeste voor en kan men waarnemen in het gedrag van de jongere. Veel gedragssignalen kunnen wijzen op een tekort aan welbevinden. Vooral alertheid voor gedrag dat afwijkt van het gewone patroon is noodzakelijk. Elke plotse gedragsverandering, in welke richting dan ook, is van belang. Dit kan zowel gaan over toenemen of afnemen van bepaald gedrag ten opzichte van het gewone patroon.

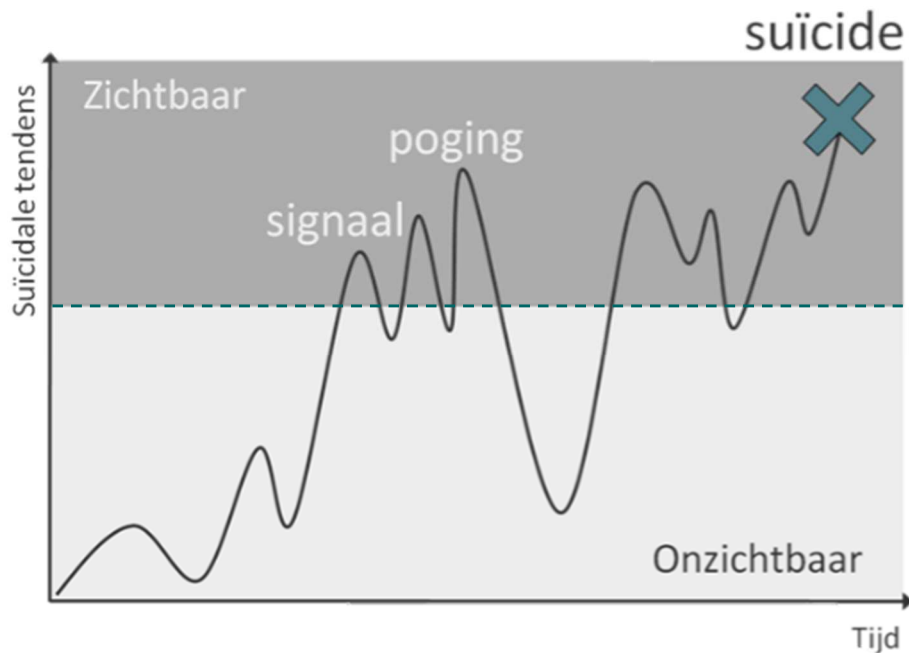
Het gebeurt frequent dat, kort voordat een zelfmoordpoging wordt ondernomen, geen ‘alarmsignalen’ meer worden uitgezonden. De jongere lijkt aan de beterhand: de jongere is rustiger en lijkt zich te herpakken. We mogen ons hierdoor echter niet laten misleiden. In de meeste gevallen komt de suïcidale persoon tot een zekere rust omdat hij/zij het zelfmoordplan heeft uitgewerkt en het enkel nog moet uitgevoerd worden. Hij/zij heeft voor zichzelf de beslissing genomen, wat een zekere innerlijke rust met zich meebrengt. Dus ook in die fase is het belangrijk om alert te blijven en zich niet te makkelijk te laten sussen.

Hierbij willen we ook waarschuwen voor de ‘smiling depression’, die zeker ook bij jongeren kan voorkomen. Zij kunnen ogenschijnlijk blij en optimistisch door het leven gaan, terwijl ze zich diep vanbinnen helemaal anders voelen. Bij deze groep jongeren is het uiterst moeilijk om signalen op te vangen, laat staan op de juiste manier te duiden.

¹ Bijlage 1 “Signalen van Suïcidaal gedrag”

5 Het suïcidaal proces

Een suïcide komt zelden tot nooit zomaar uit de lucht vallen. Aan suïcidaal gedrag gaat meestal een gans proces vooraf. Dit proces varieert van persoon tot persoon, maar duurt gemiddeld twee jaar. Het proces duurt langer in geval van suïcidepogingen (Portzky, Audenaert, & van Heeringen, 2005).



Naar Retterstol, 1993

Bovenstaande grafiek toont dat een suïcidaal proces fluctueert doorheen de tijd. Dit betekent dat suïcidale ideatie vaak sluimerend aanwezig is, afgewisseld met triggers die de suïcidale tendens doen stijgen.

De horizontale stippellijn geeft de grens aan tussen wat niet observeerbaar is (onder de stippellijn) en wat wel observeerbaar is (boven de stippellijn). **Suïcidale gedachten** zijn niet observeerbaar. Ze nemen toe in frequentie en duur en dringen zich als maar meer op naarmate het suïcidaal proces vordert. In een volgende fase evolueren suïcidale gedachten naar het maken van **suïcideplannen**. Men gaat nadenken over hoe men suïcide kan ondernemen (hoe, waar, wanneer, ...).

Eenmaal de stippellijn is bereikt, komt **suïcidaal gedrag** te voorschijn. Er kunnen signalen worden opgevangen dat een jongere zich niet goed in zijn/haar vel voelt of dat hij/zij met suïcide bezig is. Vaak zijn er kort voor de suïcidale act geen signalen op te merken. Dit heeft mogelijk te maken met een zekere mate van rust omdat het plan, dat binnenkort z'n uitwerking zal kennen, is voorbereid. De suïcidale act kan bestaan uit een poging of uit een suïcide.

Deze grafiek wil een belangrijke boodschap meegeven aan de hulpverlener: hoe sneller het thema expliciet ter sprake wordt gebracht, hoe sneller het suïcidaal proces zichtbaar wordt. Je gaat de stippellijn (de grens tussen niet en wel observeerbare signalen) naar beneden trekken. Je krijgt zo de mogelijkheid om sneller in te grijpen, waardoor je ook sneller het suïcidaal proces kan beïnvloeden.

Na een **suïcidepoging** is het suïcidaal proces vaak niet afgelopen. Heel kort na een poging, tot maximaal enkele dagen, kan een 'opluchting' te merken zijn. De jongere heeft namelijk het idee dat er iets aan de situatie of de problemen is gedaan en heeft kort na een poging vaak geen motivatie tot hulp. Dit is dikwijls slechts van tijdelijke

aard. Het kan ook gebeuren dat jongeren de omgeving gerust stellen, omdat ze geen hulp willen aanvaarden. Maar in tussentijd kan het suïcidaal proces zich verder ontwikkelen om uiteindelijk te resulteren in een volgende poging, al dan niet met fatale afloop.

Een suïcidepoging is een daad van opperste emotie. Bij iemand die lang geen emoties getoond heeft en in zichzelf gekeerd heeft geleefd, heeft dit een catharsis-, een ontladingseffect. Achteraf voelt hij zich dan ook vaak beter (zie dip in figuur). Soms is het ook echt beter. Alhoewel dit meestal niet de bedoeling is geweest, zien anderen nu duidelijk dat het met de suïcidale persoon niet goed gaat en reageren hierop effectief. Soms schrikken suïcidale jongeren van zichzelf en merken ze pas dan hoe sterk hun denken was verengd.

5.1 Beleving van een suïcidale jongere

Een typisch en belangrijk kenmerk van het suïcidaal proces is het ontstaan van een tunnelvisie. De kijk van een suïcidale jongere wordt meer en meer vernauwd naarmate het proces vordert.

De vernauwing situeert zich op verschillende domeinen:

- **Denken.** Een suïcidale jongere denkt veelal zwart-wit. Termen zoals alles/niets, iedereen/niemand en altijd/nooit worden vaak gebruikt. Daarnaast heeft de jongere de neiging om te overgeneraliseren. Dit wil bijvoorbeeld zeggen dat herinneringen algemeen en oppervlakkig zijn, zonder details of specifieke kenmerken. Een jongere gaat ook snel over tot conclusies – ‘jumping to conclusions’ – en neemt de tijd niet meer om gebeurtenissen en gesprekken op een rustige en objectieve manier te evalueren. Er treedt een selectief geheugen op, waarbij vooral negatieve elementen en zaken die stroken met zijn/haar gedachten worden mee genomen.
- **Gevoelens.** Negatieve gevoelens krijgen de bovenhand. De mate van machteloosheid en hopeloosheid neemt toe. De jongere heeft de idee dat hij/zij vastzit en dat er geen hulp meer kan baten. Ook gevoelens van kwaadheid en wraak – hoewel die minder voorkomen – leven soms bij die jongeren.
- **Sociaal.** Meer en meer gaat de jongere zich isoleren. Sociale contacten worden oppervlakkiger en/of worden afgeweerd.
- **Waardenbeleving.** Wat vroeger zo belangrijk leek, krijgt minder kracht. Waarden vervagen.
- **Tijd.** Jongeren kunnen in het algemeen onvoldoende op lange termijn denken. Ze kunnen het moeilijk geloven dat de tijd nieuwe perspectieven kan bieden. Er worden geen plannen gemaakt voor later, of die blijven slechts heel oppervlakkig.
- **Ruimte.** De jongere is minder geneigd zich te verplaatsen. De leefwereld van de jongere krimpt -ook letterlijk- in. De ruimte van functioneren wordt enger en mogelijk beperkt tot binnenshuis of binnenskamers.

5.2 Drie pijlers voor suïcidepreventie

- In het kader van preventie is het belangrijk te vertrekken vanuit de idee dat het suïcidaal proces **omkeerbaar** is. Er bestaat niet zoiets als een ‘point of no return’. Er zijn weinig mensen die volledig overtuigd zijn om de stap te zetten. Suïcidaliteit kan afnemen of zelfs helemaal verdwijnen. Het proces hoeft dus niet te eindigen in een (poging tot) zelfdoding. Ondersteuning en hulp kunnen wel degelijk verschil maken. Omgeving en hulpverleners kunnen hierin zeker een rol spelen.
- Daarnaast is bij suïcidale mensen vaak een **ambivalentie** aanwezig. Er heerst bij hen een dubbel gevoel ten aanzien van leven en dood. Ze voelen zich in een tweestrijd verwickeld. De wil om te sterven gaat bijna altijd samen met de hoop om bepaalde zaken in het leven veranderd te zien. Ze willen wel weg van hun problemen en zien zelfdoding als enige uitweg. Maar eigenlijk willen ze niet liever dan hoop krijgen en te horen krijgen dat hun problemen kunnen aangepakt worden. Die hoop kan aangewend worden om het suïcidaal proces om te keren.
- Het is ook zo dat er een nood is aan **communicatie**. Praten over zelfdodingsgedachten blijkt een krachtig middel om mensen van een suïcidale act te weerhouden. Het bespreekbaar stellen van suïcidaliteit is heel belangrijk.
Ook al krijg je vaak signalen dat jongeren niet willen spreken, dat ze willen gerust gelaten worden en dat ze zich isoleren, toch hebben de meesten niets liever dan dat ze aangesproken worden. Laat je dus niet tegenhouden door tegenovergestelde signalen, maar knoop toch het gesprek met hen aan.

6 In gesprek over suïcidaliteit

In gesprek gaan met de jongere over suïcidaliteit heeft verschillende functies. De belangrijkste preventieve maatregel is het thema niet uit de weg te gaan. Afwachten tot een jongere zelf over suïcide begint of zelfs suïcidaal gedrag vertoont, is geen goed idee. Het is van cruciaal belang het thema zelf aan bod te brengen in contact met een jongere. Vaak is dit de enige manier om te weten te komen of iemand suïcidaal is. Veel suïcidale personen, en zeker jongeren, zijn eenzaam bezig met hun suïcidegedachten en durven of kunnen er niet over praten. Door te peilen naar de gemoedstoestand van de jongere en daarbij suïcide bespreekbaar te stellen, kan een brug worden gemaakt met de buitenwereld. Daarbij wordt dan ook het suïcidaal proces² duidelijk.

Naast de belangrijke taak als hulpverlener om de ernst van het verlangen naar suïcide in te schatten, helpt het de jongere ook zijn/haar gedachten omtrent suïcide te ordenen en het isolement te doorbreken. Het gesprek geeft aan de jongere een belangrijke boodschap namelijk ‘je staat niet meer alleen, ik neem je ernstig’. Daardoor wordt zijn/haar isolement doorbroken: er is iemand met wie hij/zij kan praten, die weet hoe moeilijk hij/zij het heeft en die naar hem/haar wil luisteren.

² Hoofdstuk 5 “Het suïcidaal proces”

In het gesprek met de jongere over zijn/haar gedachten en gevoelens is het belangrijk om als hulpverlener de rust te bewaren. Een hulpverlener die zich niet bang toont om de suïcidale gedachten onder ogen te zien, schept kansen voor de jongere om zijn verhaal te doen. De jongere moet jouw empathie en waardering kunnen voelen. Je dient zijn lijden te erkennen en te aanvaarden dat hij op dat moment aan suïcide denkt. Indien je als hulpverlener niet akkoord gaat met de doodswens en de motivatie niet kan begrijpen, probeer dan het lijden voor ogen te houden. Alleen op die manier kan de jongere zich begrepen voelen en kan het vertrouwen groeien in de hulpverlener. Het is van groot belang dat er een klimaat is van actieve samenwerking.

Nadat de jongere zijn verhaal heeft verteld, is het goed om verder zelf het gesprek te leiden. Dit kan een kalmerend en verhelderend effect hebben. Daarnaast is het belangrijk dat de jongere deelgenoot wordt van het verdere traject. Daartoe kan je de jongere over het volgende informeren: Leg uit wat jouw functie is, geef aan wat daarbinnen de mogelijkheden zijn, Vertel wat je zal doen om de jongere verder te helpen, vb. contact nemen met de behandelende arts, de ouders, ...

6.1 Misvattingen weerlegd

Hulpverleners zijn soms angstig om een vermoeden van suïcidaliteit bij de persoon te toetsen. Een aantal misvattingen kunnen daar een rol in spelen.

- **‘Breng ik hen niet op ideeën?’**

Het is onterecht te denken dat je iemand op ideeën brengt door naar suïcidale ideatie te vragen. Het suïcidaal proces is een individueel proces dat je als buitenstander niet zomaar op gang kan brengen. Iemand die nog nooit aan suïcide heeft gedacht, zal er niet aan beginnen denken omdat een hulpverlener hem/haar erover aansprak. Heel veel mensen hebben ooit in hun leven wel eens suïcidedgedachten die vrij snel weer weg gaan. Velen kunnen die gedachten zelf stoppen. Anderen kunnen dat niet en ontwikkelen een suïcidaal proces.

- **‘Stel dat het niet zo is, shockeer ik hen dan niet?’**

Door te vragen naar suïcidedgedachten, beledig je niemand. De betrokkene kan wel even schrikken indien blijkt dat hij/zij niet aan zelfdoding denkt. Maar zo’n vraag getuigt van een sterke betrokkenheid en waardering. Er wordt immers enkel naar gevraagd wanneer de persoon een moeilijke periode doormaakt en de steun die dan ervaren wordt, is meestal zeer welkom.

- **‘Geef ik niet de boodschap dat het oké is?’**

Polen naar suïcidedgedachten is een verkenning van het probleem en heeft als doelstelling: communicatie mogelijk te maken en zicht te krijgen op de situatie. Dit houdt geen waardeoordeel in.

- **‘Wat als hij/zij mijn vermoeden bevestigt?’**

Er wordt vaak gevreesd niet onmiddellijk een antwoord te kunnen bieden wanneer iemand bevestigt suïcidedgedachten te hebben. Een verantwoordelijkheidsgevoel steekt de kop op. Sommigen voelen zich niet kundig genoeg of ervaren tijdsgebrek om hier de nodige aandacht aan te besteden. In ieder geval is de eerste en belangrijke stap gezet, namelijk het bespreekbaar maken van de suïcidedgedachten.

- **'Als ze er over praten, doen ze het niet'**

Deze zogenaamde volkswijsheid klopt helemaal niet. Wie over suicide praat, geeft aan dat hij/zij er mee bezig is en dient altijd ernstig genomen te worden. Wanneer er al gedurende jaren verbale signalen worden uitgezonden, is het evenwel begrijpelijk dat deze meer worden gerelativeerd, maar ook dan blijft de kans op een daadwerkelijke suïcidepoging reëel aanwezig.

- **'Suïcide is een impulsief gebeuren'**

Zoals het suïcidaal proces duidelijk maakt, klopt dit – op een uitzondering na – helemaal niet. Wie een poging onderneemt, is daar al een zekere tijd mee bezig. Die voorbereidende tijdsspanne kan verschillen van persoon tot persoon, waarbij hulpverlening zeker een verlengend effect heeft. Zoals ook bepaalde gebeurtenissen het proces kunnen versnellen. Maar van vandaag op morgen beslissen om er een eind aan te maken, zonder voorafgaande suïcidale ideatie, doet niemand.

6.2 Aan te raden³

Erkenning geven aan zijn/haar gevoelens

Het is belangrijk ruimte te creëren om de gevoelens van de jongere aan bod te laten komen. Het idee wekken dat de jongere zijn gevoelens niet mag tonen en zich moet sterk houden voor de buitenwereld, geeft hem/haar geen steun.

De gevoelens die de jongere ervaart, zijn niet noodzakelijk enkel van depressieve aard. De jongere kan zich ook kwaad, ontgoocheld, uitgeput,... voelen. Bevestig het lijden van de jongere en dat je kan inzien dat het niet makkelijk voor hem/haar moet zijn.


Structureren

Mogelijks is een jongere overstuur en volgt een vloed aan woorden. Of misschien brengt de jongere een verhaal dat niet lijkt samen te hangen. Probeer als hulpverlener te structureren door thema's te onderscheiden, samen te vatten en/of te verbinden. Op deze manier helpt dit ook de jongere om meer overzicht en inzicht te krijgen in wat allemaal speelt.

Concretiseren van twijfels en problemen

Jongeren die zich niet goed in hun vel voelen, hebben de neiging een algemeen verhaal te brengen. Als hulpverlener is het echter belangrijk om concrete zaken te weten te komen om goed aan de slag te kunnen gaan. Het is daarom aan te raden nauwgezet vragen te stellen die een duidelijk beeld van de situatie verschaffen. Concretiseren wekt ook de indruk van interesse bij de jongere.


³ De volgorde is willekeurig

 **Nuanceringen** aanbrenge in het verhaal


Jongeren met depressieve gevoelens hebben de neiging in zwart-wit te denken. Termen als 'altijd', 'nooit', 'iedereen', 'niemand', 'overal',... typeren die manier van redeneren. Een zwart-wit verhaal geeft echter zelden de realiteit weer. In gesprek is het goed om hun verhaal met de realiteit te toetsen en dus een grijszone aan te brengen tussen het zwart en wit.

Vb. 'iedereen is tegen mij': wie is dit dan vooral? Is dit al altijd zo of enkel de laatste weken, maanden? ...

Vb. 'ik heb niemand meer om mee te praten': de contacten die in de GSM van de jongere staan overlopen, de vrienden op sociale media nagaan,...

 **Bevrage** wat gemaakt heeft dat de suïcidale gedachten ontstonden

Het ontstaan van de suïcidegedachten is vaak een bron aan informatie. Triggers komen aan de oppervlakte en worden bespreekbaar. Dit helpt om een duidelijker beeld te vormen en het wekt bij de jongere een gevoel aan interesse en begrip op.

 **Hoop geven** zonder wanhoop te miskennen

Geef hoop aan de jongere in verband met zijn/haar situatie, maar ga daarbij niet voorbij aan de wanhoop die de jongere kent.

Vb. 'ik zie dat jij het niet meer ziet zitten en dat je geen licht ziet aan het eind van de tunnel, maar laat mij toch wel dat sprankeltje hoop hebben.' Enerzijds geef je erkenning, anderzijds ook een stukje hoop: dit is een zeer krachtig signaal.

 **Nagaan** of nog **andere personen** op de hoogte zijn

Ga na of er nog andere mensen op de hoogte zijn van de toestand en situatie van de jongere. Zo weet je als hulpverlener wie eventuele partners zijn in de zorg voor de jongere.

 **Laten ventileren**

Het is belangrijk de jongere voldoende ruimte te geven om zijn/haar verhaal te vertellen. Creëer een openheid waarin er plaats is om gevoelens te tonen zonder te veroordelen.

 **Metaforen** gebruiken

Om interventies te verduidelijken of te versterken, kan je als hulpverlener gebruik maken van metaforen. De gang met de deuren is een metafoor die vaak gebruikt wordt om vernauwing te illustreren. Het gebruik van de metafoor van de tunnelvisie kan helpen om één en ander concreter en meer begrijpelijk te maken. Afhankelijk van wanneer ze in het gesprek wordt gebruikt, kan de metafoor op twee manieren werken. Enerzijds is ze een hulpmiddel bij het inschatten van de acuitheid, anderzijds is ze een vorm van psycho-educatie.



Metafoor van de gang met vele deuren

De deuren in de zijmuren symboliseren mogelijke manieren (oplossingen) om met de problemen om te gaan. De deur aan het eind van de gang symboliseert het suïcidale gedrag (de dood). Aan de jongere kan worden gevraagd wat de oplossingen achter de zijdeuren zouden kunnen inhouden. Op die manier wordt gepeild naar de mate waarin probleemoplossende vaardigheden nog aanwezig zijn. Daarnaast kan de jongere worden gevraagd om een kruisje te zetten in de gang, ter hoogte van de positie waar hij zich bevindt. Dit geeft een zeker indicatie van de mate van acuïtheid. Door te vragen of de jongere nog energie kan vinden om achter de deuren naar oplossingen te kijken, kan worden gepeild naar motivatie voor hulpverlening.

Metafoor van de druppel die de emmer doet overlopen

Suïcidaliteit wordt veroorzaakt door een complex geheel van biologische, psychologische en sociale factoren die gedurende langere tijd (en vaak tegelijk) aanwezig zijn. Het gaat dus meestal niet om één oorzaak, maar om een opstapeling van problemen. Daarbij komt vaak een uitlokkende factor, de druppel die de emmer doet overlopen. Dit is meestal een verlieservaring (relatiebreuk, veranderen van school,...).



Oplossingsstrategieën uit het verleden bevragen

Jongeren hebben in het verleden sowieso al oplossingsstrategieën toegepast. Sommige hebben goed gewerkt, andere misschien minder maar ook die kunnen nuttig zijn om verder op te bouwen. Het is een manier om bepaalde zaken naar boven te krijgen en daarin een houvast te zoeken. De vroeger aangewende vaardigheden kunnen mogelijk wel opnieuw gebruikt worden. Doordat de gedachten vernauwd zijn binnen het suïcidaal proces, zien zij die manieren om met de problemen om te gaan niet meer. Door eerdere oplossingsstrategieën naar boven te halen, ervaart de jongere dat hij/zij zelf iets kan ondernemen. Zo wordt een positieve kracht, die reeds aanwezig is, goed aangewend.

Focussen op wat nog (een beetje) goed loopt

Dit kunnen we samenvatten onder de term 'reasons for living': waar wil je voor vechten? Wat/wie houdt je nog hier? Wat denk je dat dit teweeg zal brengen bij de mensen uit je omgeving? Wie zou je het meeste missen als je er niet meer zou zijn?

Hierbij dien je er als hulpverlener wel op te letten dat je deze vragen niet op een beschuldigende manier stelt.

Afspraak maken op korte termijn

Een suïcidale jongere dient goed te worden opgevolgd. Het is daarom belangrijk steeds een vervolgspraak te maken op korte termijn. Op die manier blijft de brug met hulpverlening bestaan. Bovendien is het belangrijk om de periode tussen de huidige en de volgende afspraak te overlopen. Zo kan de hulpverlener zich een beeld vormen van de tijdsinvulling en of er voldoende aanwezig is om mogelijke moeilijke momenten te overbruggen. Verder is het ook een mogelijkheid voor de jongere om bij zichzelf na te gaan of hij/zij mentaal (nog) sterk genoeg staat om enkele dagen te overbruggen en te overschouwen.

Actief **samenwerken!**

Het controle-aspect is van groot belang voor suïcidale jongeren. Vaak ervaren zij geen controle meer over wat rond en met hen gebeurt en is controle over al dan niet leven het enige dat ze nog koesteren. Het is dan ook zeer sterk aangewezen telkens met de jongere te overleggen of te bespreken wat er kan en/of zal gebeuren vb. bij contactname met de arts, de ouders, andere hulpverleners,... Een samenwerkingsalliantie spreekt de suïcidale jongere aan, geeft vertrouwen en steun: 'We gaan samen uitzoeken wat ik voor jou kan doen'.

Voldoende **tijd** nemen

Als je de vraag stelt of de jongere aan suïcide denkt, weet je vooraf de uitkomst niet. Als die vraag positief wordt beantwoord, is het noodzakelijk dat je voldoende tijd hebt om dit verder te bespreken. In de meeste gevallen ben je daar niet op voorzien. Toch is het uiterst belangrijk dat je op dat moment tijd vrijmaakt. Als de jongere voelt dat je haastig bent, is de kans groot dat hij je zal geruststellen.

6.3 Af te raden⁴

Onvoorwaardelijke geheimhouding beloven

Het is absoluut af te raden om een suïcidale jongere geheimhouding te beloven. Wanneer jij als hulpverlener alleen op de hoogte bent van suïcidale plannen, kan je niets doen en sta je volledig alleen. Het is dus belangrijk om aan de jongere duidelijk te maken wat je taak, mandaat en grenzen zijn. Indien een jongere om geheimhouding vraagt, geef dan meteen aan dat het noodzakelijk is om anderen, in 1ste instantie de ouders, op de hoogte te brengen. In het hulpverleningsproces heb je, zowel als jongere zelf als ook als hulpverlener, anderen nodig. Dit neemt niet weg dat je steeds zal uitleggen en met hem/haar overleggen over de te zetten stappen.

Onderschatten – oppervlakkig geruststellen

Ook jongeren die het ogenschijnlijk goed hebben, kunnen zich heel slecht voelen. Geef daarom niet de indruk dat de ervaringen overdreven zijn of dat de problemen zo erg niet kunnen zijn. Neem de jongere ernstig en luister aandachtig naar het verhaal. Probeer samen met de jongere uit te zoeken wat hij/zij nodig heeft. 'Het komt allemaal wel in orde' stelt jezelf misschien een beetje gerust, maar de jongere heeft hier geen boodschap.

Ontwijken

Vanuit een empathische basishouding luister je naar wat de jongere brengt. Heb er oor voor, luister aandachtig en vraag verduidelijking indien nodig. Begin niet over een ander onderwerp om het gesprek een andere wending te geven. Het is belangrijk dat suïcidale jongeren ervaren dat er bij jou ruimte is om over suïcidaliteit te praten.

⁴ De volgorde is willekeurig

⊖ **Analyseren**

Geef de jongere niet de indruk dat je hem/haar wil doorgronden of analyseren. Het is in eerste instantie belangrijk er gewoon te zijn. Persoonlijke interpretaties zijn niet zinvol in een eerste gesprek. Hou die voor later tijdens de begeleiding.

⊖ **Moraliseren**

'Het leven is toch zo schoon', 'je doet je ouders dat toch niet aan', 'je ouders hebben zo veel voor jou gedaan',... zijn boodschappen die enkel schuldgevoel bij de jongere induceren. Zo'n gevoelens helpen de jongere niet vooruit, wel integendeel. Wellicht bevestigt dit nog meer waarmee hij/zij zelf zit en worden zijn problemen alleen maar groter.

⊖ **Uitdagen**

Suïcidale jongeren daag je best niet uit. Toch komt dat soms voor, vooral van naastbestaanden. Van de nabije omgeving wordt dan ook heel wat gevraagd om met iemand die suïcidaal is, samen te zijn of te leven. Naastbestaanden maken vaak een moeilijke periode door en stuiten op hun eigen grenzen. Ze voelen zich onmachtig om de situatie te keren en vanuit dat gevoel reageert men soms ondoordacht. Men mag de eigen onmacht echter niet afwentelen op de suïcidale jongere.

Belangrijk is evenwel dat ook naastbestaanden beluisterd worden over hun problemen en gevoelens in verband met de situatie. Samen met een hulpverlener kan men zoeken naar strategieën om het toch draaglijk te houden.

⊖ **Discussiëren**

Een discussie over de zin en onzin van het leven, helpt niemand vooruit. Je verzandt in oeverloos gepalaver, in een ethisch getouwtrek dat je dreigt te verliezen.

Je mag wel aangeven van mening te verschillen over concrete, zinnige zaken, waardoor de jongere uitgenodigd wordt om de eigen kijk te beargumenteren en eventueel in vraag te stellen.

⊖ **Defensief worden**

Panikeer niet wanneer een jongere het over zijn/haar suïcideplannen heeft. Schrik er niet voor terug om het gesprek aan te gaan. Geef de nodige ruimte. De jongere direct duidelijk maken dat hij/zij best met iemand anders gaat spreken en de indruk geven dat jij ervan af wil, is geen goed idee.

⊖ **Vertrekken vanuit eigen referentiekader**

Het is belangrijk te luisteren naar de problemen en de gevoelens van de suïcidale jongere. Die zet je niet af tegen je eigen referentiekader. Iedere mens ervaart een bepaalde situatie namelijk op een verschillende manier. 'Voor zoiets zou ik zeker geen zelfmoord plegen' is geen boodschap die de jongere verder helpt. Vertrek vanuit het verhaal van hem/haar zelf en probeer de betekenis ervan te achterhalen.

➊ Geluksrecepten geven

Het feit dat je er bent als hulpverlener betekent voor een suïcidale jongere al heel veel. Liefst zou je de jongere meteen vooruit willen helpen en hem/haar opnieuw gelukkig maken. Neem echter gerust de tijd om te luisteren en de jongere te begrijpen. 'Instant'-geluksrecepten bestaan niet en gaan voorbij aan de ernst van de situatie. Als het eenvoudig op te lossen was, had de jongere dit normaliter zelf ook kunnen uitdokteren.

➋ Meteen oplossingen aandragen

Dit sluit nauw aan bij het vorige punt. Meestal hebben suïcidale jongere er niet meteen een boodschap aan. Ze willen eerst gehoord worden. Bovendien is vaak de kracht of energie niet aanwezig om de goedbedoelde oplossingsvoorstellen tot een goed einde te brengen. Volg het tempo van de jongere en luister vooral waar hij/zij nu nood aan heeft.

➌ Passief blijven

Het is belangrijk dat je als hulpverlener zelf actief blijft. Je neemt dus best zelf initiatief om vervolgspraken vast te leggen of zaken van dichtbij op te volgen. 'Bel me gerust op indien je nog een afspraak wenst' geeft je bijna op een schoteltje dat je ze niet meer ziet of hoort.

7 Beïnvloedende factoren voor suïcidaal gedrag bij jongeren

Suïcidaal gedrag is een multifactorieel probleem. Het komt tot stand onder invloed van een opeenstapeling van onderling agerende risicoverhogende en -verzwakkende of ontbrekende beschermende factoren.

7.1 Risicofactoren

Er wordt een onderscheid gemaakt tussen drie grote groepen risicofactoren die een rol kunnen spelen in de ontwikkeling en de evolutie van suïcidaliteit.

- **Achterliggende risicofactoren**

De achterliggende risicofactoren zijn de spreekwoordelijke 'rugzak' die men meedraagt. **Psychiatrische en biologische factoren** spelen hierin een rol. Jongeren kunnen in de problemen komen door psychische en biologische mechanismen die op elkaar inwerken. Denk maar aan de werking van neurotransmitters in onze hersenen. Die stoffen dragen bij tot de gemoedstoestand en het functioneren, met mogelijk een somatische of psychiatrische aandoening als gevolg. Verstoringen in het neurotransmittersysteem gaan samen met verhoogde impulsiviteit en agressie en met gevoelens en gedachten van hopeloosheid. Deze biologische kenmerken zijn vooral genetisch bepaald of ontstaan door vroegkinderlijke ervaringen.

Naast biologische factoren hebben ook **psychologische factoren** hun aandeel. Dit zijn factoren die het persoonlijke, psychisch functioneren van de mens beïnvloeden. Sommige van die factoren zijn aangeboren en zitten in iemands karakter, andere zijn aangeleerd door allerlei omstandigheden.

Daarnaast zijn er ook **sociale factoren** die alle zaken omvatten die men doormaakt in relatie met anderen. Dit kan te maken hebben met negatieve (sociale) situaties waarin de jongere is terechtgekomen, maar ook met het al dan niet behoren tot een (sociale) groep/minderheid (vb. holebi-jongeren, hoogbegaafdheid, jongeren uit een kansarm milieu,...) die afwijkt van de sociale norm.

- **Uitlokkende risicofactoren**

Uitlokkende factoren, ook wel ‘triggers’ genoemd, zijn recente levensgebeurtenissen die suïcidaal gedrag uitlokken. Veelal hebben ze te maken met het ervaren van verlies. Uitlokkende factoren zijn de spreekwoordelijke druppel die de emmer (= de achterliggende risicofactoren) doet overlopen.

- **Drempelverlagende risicofactoren**

Drempelverlagende of ontremmende risicofactoren verkleinen de stap om over te gaan tot suïcidaal gedrag. Voorbeelden hiervan zijn alcohol- en druggebruik, suïcidaal gedrag in de omgeving, beschikbaarheid van het suïcidemiddel, ...

Sommige factoren behoren tot meer dan één groep risicofactoren en kunnen dus op verschillende domeinen invloed uitoefenen vb. impulsiviteit, voorgeschiedenis van suïcide in de familie, ...

Schematisch overzicht van de risicofactoren

ACHTERLIGGENDE RISICOFACTOREN			UITLOKKENDE RISICOFACTOREN	DREMPELVERLAGENDE (ONTREMMEDE) RISICOFACTOREN
BIOLOGISCH PSYCHIATRISCH	PSYCHOLOGISCH	SOCIAAL		
<input type="checkbox"/> Psychiatrische stoornissen <ul style="list-style-type: none"> • Stemmingsstoornis • Posttraumatische stressstoornis • Autisme spectrumstoornis • Schizofrenie • Persoonlijkheidsstoornis • Eetstoornis • Middelenmisbruik • ... <input type="checkbox"/> Biologische factoren <ul style="list-style-type: none"> • Kwetsbaarheid in de familie • Somatische aandoening <input type="checkbox"/> Neurobiologische factoren	<input type="checkbox"/> Denkprocessen <ul style="list-style-type: none"> • Zwart-wit denken • Over-generalisering • Selectief geheugen <input type="checkbox"/> Hopeloosheid <input type="checkbox"/> Tunnelzicht/ vernauwing <input type="checkbox"/> Weinig zelfvertrouwen <input type="checkbox"/> Impulsiviteit <input type="checkbox"/> Gesloten karakter	<input type="checkbox"/> Traumata <ul style="list-style-type: none"> • Misbruik • Verwaarlozing • Mishandeling <input type="checkbox"/> Sociale context <ul style="list-style-type: none"> • Gezin • School/werk • Vrienden <input type="checkbox"/> Kansarmoede <input type="checkbox"/> Holebi <input type="checkbox"/> Socio-demografische kenmerken <input type="checkbox"/> Sociaal isolement <input type="checkbox"/> Hoogbegaafdheid	<input type="checkbox"/> Recente gebeurtenissen verlies van: <ul style="list-style-type: none"> • Liefde • Werk • Status • Familiedid • Vrijheid • Gezondheid • Mobiliteit • ... 	<input type="checkbox"/> Alcohol- en druggebruik <input type="checkbox"/> Impulsiviteit <input type="checkbox"/> Vroeger suïcidaal gedrag <input type="checkbox"/> Suïcidaal gedrag in de omgeving <input type="checkbox"/> Beschikbaarheid van middel <input type="checkbox"/> Informatie over dodelijkheid van middel <input type="checkbox"/> Media-berichtgeving

(Decoopman, Aanpak zelfdoding bij jongeren in de Westhoek, 2011)

7.2 Beschermende factoren

Beschermende factoren moeten niet worden begrepen als het spiegelbeeld van risicofactoren. Depressie is bijvoorbeeld een gekende risicofactor, maar de afwezigheid van depressie is niet noodzakelijk een beschermende factor. Wel vormen de beschermende factoren een **tegenwicht voor of een buffer tegen de impact van risicofactoren**. De beschermende factoren hebben te maken met het gezin, de vriendenkring, met attitudes, waarden en normen. Veel van die beschermende factoren kunnen worden versterkt met educatie, preventie of hulpverlening.

Onderzoek wijst uit dat de aanwezigheid van minstens drie beschermende factoren het risico op suïcidaal gedrag aanzienlijk doet dalen.

- Familiale patronen
 - Goede relatie met ouders, broers en zusters, andere familieleden
 - Steun ervaren van familieleden
 - Bespreekbaarheid van gevoelens en gedachten
- Cognitieve stijl en persoonlijkheid
 - Sociale vaardigheden
 - Zelfvertrouwen
 - Openheid
 - Hulp zoeken bij moeilijkheden
 - Oplossingsvaardigheden
- Culturele en socio-demografische factoren
 - Sociale integratie
 - Goede relatie met vrienden, klasgenoten, leerkrachten, volwassenen, ...
 - Steun ervaren van vrienden, klasgenoten, ...
- Kennis van, vertrouwen in en toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg

7.3 Interactie van risicoverhogende en beschermende factoren

Een belangrijke vaststelling is dat geen enkele risicofactor op zich een afdoende verklaring geeft. Een suïcide is niet het gevolg van één risicofactor, maar van een **opeenstapeling van verschillende factoren en de afwezigheid van voldoende beschermende factoren**. De factoren zijn **dynamisch**: ze beïnvloeden elkaar en worden beïnvloed door omgevingsfactoren en hulpverlenende interventies, zodanig dat in de loop van de tijd de intensiteit van deze factoren kan toenemen en/of afnemen, zoals zichtbaar in het suïcidaal proces.

8 Risico-inschatting

Een eerste richtlijn voor het doen van een risico-inschatting bij suïcidaliteit druist in tegen de algemene regels van gesprekstechnieken. Het inschatten van het suïciderisico heeft voorrang op het begrijpen van het waarom van de suïcidaliteit en is dus de eerst te ondernemen actie als hulpverlener wanneer deze geconfronteerd wordt met een jongere waarbij een vermoeden van suïcidaliteit aanwezig is (Decoopman, Aanpak zelfdoding bij jongeren in de Westhoek, 2011).

Een risico-inschatting is niet alomvattend en blijft een menselijke beoordeling. Het is dan ook aan te raden om steeds te overleggen met een multidisciplinair team, op die manier staat de hulpverlener er ook niet alleen voor. Typisch suïcidaal gedrag bestaat niet en kan snel verward worden met depressie. Het is daarom belangrijk dat de jongere bij het opvangen van signalen wordt aangesproken. Op die manier worden suïcidale gedachten bespreekbaar en komt men tot een degelijke risico-inschatting.

De hulpverlener gaat, één-op-één, in gesprek met de jongere. Aan de hand van **een stappenplan** komt een risico-inschatting tot stand.

- 1) Bevragen van de **huidige suïcidaliteit**. Stel concrete en duidelijke vragen naar:
 - Frequentie en aard van de gedachten
 - Concreetheid van de plannen
 - Mate van voorbereiding
 - Beschikbaarheid en letaliteit van het middel
 - Betekenis van dood willen zijn, doel van de poging, motief
 - Ga na of de jongere de gevolgen van zijn/haar daden kan overzien
- 2) Bevragen van **vroegere suïcidaliteit**. Stel vragen naar:
 - Suïcidepogingen in het verleden
 - Risicofactoren die toen een rol speelden
 - Oplossingsstrategieën die toen werden aangewend
- 3) De mate van **hopeloosheid** nagaan. Hierbij worden twee belangrijke elementen in rekening gehouden.
 - “no escape”: de jongere heeft het idee dat hij/zij niet meer weg kan uit de situatie
 - “no rescue”: de jongere heeft het idee dat niemand hem/haar kan helpen.
- 4) Het in kaart brengen van de **risico- en beschermende factoren**⁵

In het algemeen kan gesteld worden dat het risico op suïcidaal gedrag groter wordt naargelang de suïcidegedachten en/of –plannen groter worden. Elk suïciderisico dient ernstig te worden genomen, zeker tegen een achtergrond van risicofactoren en vroegere suïcidaliteit.

Er zijn verschillende niveaus van suïciderisico. Deze niveaus zijn niet sterk afgegrensd en lopen in elkaar over. De ernst van de suïcidaliteit kan sterk wisselen. Cliënten kunnen wisselen van minder ernstig naar ernstig suïcidaal en omgekeerd. Niet elke cliënt zal precies passen in de omschrijvingen van de verschillende niveaus. Gezien het

⁵ Hoofdstuk 7 “Beïnvloedende factoren voor suïcidaal gedrag bij jongeren”

fluctuerend karakter van het suïcidaal proces is het niet overbodig om, in de loop van de begeleiding of na verloop van tijd, een nieuwe risico-inschatting te maken. Op die manier wordt een duidelijk beeld van waar de jongere zich op dat moment bevindt in het suïcidaal proces gevormd.

- **Laag suïciderisico**

De jongere heeft af en toe vluchtige gedachten aan suïcide, heeft niet nagedacht over een plan, denkt niet dat hij of zij suïcide zal plegen, kan ook nog aan andere dingen denken, realiseert zich mogelijke consequenties voor familie en vrienden, ...maar speelt met het idee als mogelijkheid. Hij of zij lijkt controle over de suïcidale impulsen te hebben. De cliënt wil liever leven dan sterven.

- **Midden suïciderisico**

De jongere wil zowel suïcide plegen als doorgaan met leven. Suïcidaliteit staat in het teken van een breuk met anderen, het houdt verband met teleurstellingen in de relationele sfeer en er zijn soms gedachten aan wraak. Suïcidaliteit is hier sterk impulsief gekleurd en uitgebreide plannen of voorbereidingen zijn niet gemaakt. Hij/zij wil sterk afwisselend dan weer dood, dan weer leven.

- **Hoog suïciderisico**

De jongere heeft voortdurend gedachten en beelden van suïcide in zijn hoofd, voelt zich wanhopig, kan nergens anders meer aan denken, voelt zich sterk aangetrokken tot suïcide, heeft al verschillende methoden overwogen, heeft al een uitgebreid plan gemaakt met verschillende voorbereidingen, denkt dat het voor anderen beter is als hij of zij er niet meer is, maar kan de suïcide nog enige tijd uitstellen. Afscheidsbrieven zijn soms overwogen of geschreven. De cliënt wil veel liever sterven dan doorgaan met leven en is bang voor de eigen impulsiviteit

- **Urgent suïciderisico**

De jongere is wanhopig, kan alleen nog maar aan suïcide denken, heeft geen oog voor mogelijke consequenties voor nabestaanden, heeft een uitgebreid plan klaar en heeft mogelijk reeds geoefend. Hij/zij heeft last van slapeloosheid en is emotioneel ontredderd. Hij of zij heeft zichzelf niet meer onder controle. Blikvernauwing treedt op. De jongere is moeilijk aanspreekbaar, wil soms niet meer communiceren, is onrustig en radeloos, heeft geen energie meer om nog door te gaan, wil ook helemaal niet verder leven, kan niet langer wachten met suïcide te plegen. Elk moment kan er een impulsdoorbraak zijn die leidt tot suïcide.

Schematische voorstelling voor het inschatten van de huidige suïcidaliteit

	LAAG	MIDDEN	HOOG	URGENT
GEDACHTEN	Vluchtig	Impulsief	Voortdurend	Enkel nog maar over suïcide
OMGEVING	Denkt aan consequenties voor familie en vrienden	Zelfmoord gericht op <ul style="list-style-type: none"> - Breuk met anderen - Teleurstellingen - Wraak 	Denkt dat het voor anderen beter is dat hij/zij er niet meer is	Geen oog voor mogelijke consequenties voor achterblijvers
PLAN	Geen	Geen uitgebreid plan	<ul style="list-style-type: none"> - Uitgebreid plan met verschillende voorbereidingen - Afscheidsbrieven soms overwogen of geschreven 	Uitgebreid plan en mogelijk reeds geoefend
WANHOOP	Lichte mate	Soms	Wanhopig	Wanhopig, radeloos en emotioneel ontredderd
WENS	Liever leven dan sterven	Zowel leven als sterven	Liever sterven dan leven	Kan niet langer wachten met suïcide te plegen
CONTROLE	Controle over suïcidale impulsen	Suïcide is impulsief gekleurd	Benauwd voor eigen suïcidaliteit	Geen controle meer, elk moment kan impulsdoorbraak leiden tot suïcide

(Suïcidepreventiewerking CGG, 2015)

9 In gesprek met de ouders

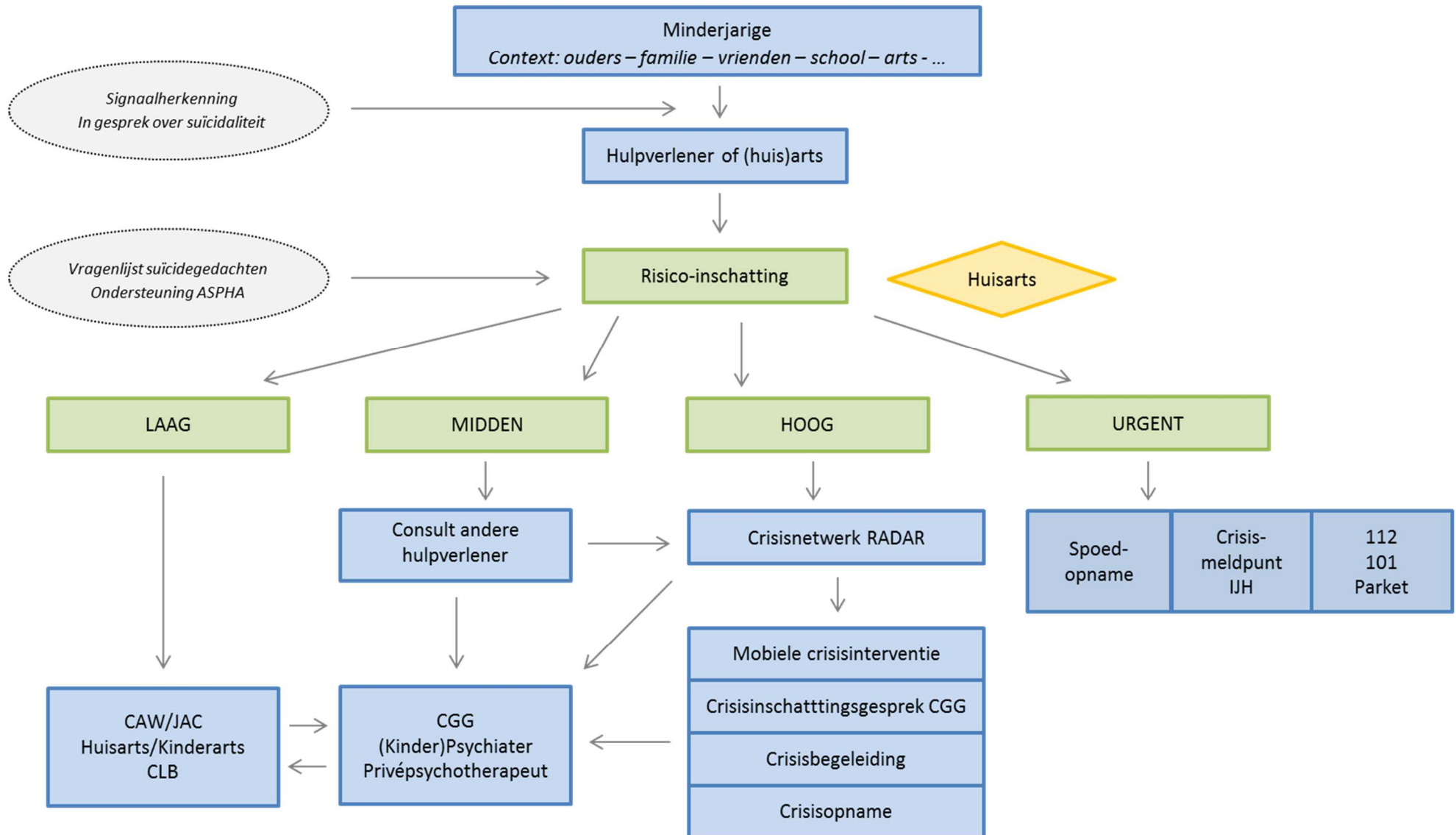
Het in gesprek gaan met jongeren vereist ook omgaan en aan de slag gaan met de omgeving. Zeker in de thematiek van suïcide is dat van cruciaal belang. In het algemeen verdient het aanbeveling om zo snel mogelijk de omgeving te betrekken. Hiermee wordt in eerste instantie de ouders bedoeld, maar ook een voogd en eventueel andere betrokken familieleden kunnen een rol spelen. Sleutelfiguren uit de peergroep en de sociale omgeving krijgen misschien de voorkeur van de jongere, maar kunnen het contact met de ouders niet vervangen.

Idealiter vindt dit gesprek met de omgeving snel en in aanwezigheid van alle betrokken partijen plaats. In dat gesprek is het belangrijk dat de hulpverlener zich meerzijdig partijdig opstelt. Dit betekent dat hij oog moet hebben voor de impact van het verhaal op ieders draagkracht en het gesprek in handen nemen, zodat er kan worden gewerkt aan beveiliging. Het begrijpen van de aanwezige suïcidale gedachten is ondergeschikt aan het beveiligen van de jongere. Het is mogelijk dat de jongere het moeilijk heeft om zijn/haar suïcidedgedachten te verwoorden in het bijzijn van zijn/haar ouders. Het is daarom dan ook belangrijk dat de hulpverlener dit gesprek samen met de jongere voorbereid. Het is nodig met de jongere te bespreken wat er moet worden gezegd en benoemd, en wat in vertrouwelijkheid kan blijven (Andriessen, Krystinska, & Andries, 2014).

Afhankelijk van het ingeschatte risico kan een andere timing worden vooropgesteld om in gesprek te gaan met de ouders (omgeving). Hoe acuter het risico, hoe dringender het contact met de ouders is. Wanneer de jongere dit gesprek probeert uit te stellen of vermijden, zal de hulpverlener de regie in handen nemen en hij zal duidelijk aangeven wat er moet gebeuren. De beslissingsbevoegdheid ligt dan meer bij de hulpverlener, maar hij legt wel steeds goed uit wat er gaat gebeuren en waarom. Als de jongere niet akkoord gaat met bepaalde keuzes, luistert de hulpverlener naar diens argumenten en probeert er in de mate van het mogelijke rekening mee te houden.

DEEL 3. ZORGNETWERK SUÏCIDEPREVENTIE VOOR MINDERJARIGEN, REGIO DEINZE

HULPVERLENINGSTRAJECT BIJ MINDERJARIGE MET SUÏCIDEDREIGING



Weigering hulpverlening: parket (urgent) of gemandateerde voorziening (niet-urgent)

10 Schema zorgnetwerk minderjarige met suïcidedreiging

10.1 Opvangen van signalen door de context

Het zorgnetwerk start bij iemand in de context die signalen opvangt van de minderjarige dat hij/zij gedachten en/of (concrete) plannen heeft om een einde aan zijn/haar leven te maken. Dit kunnen ouders, familieleden, klasgenoten of vrienden, leerkrachten,... zijn. Jongeren hebben verschillende manieren om deze signalen uit te sturen naar hun omgeving⁶. Wanneer een hulpverlener of arts als eerste die signalen opvangt, kan deze fase overgeslagen worden⁷.

Bij het opvangen van de eerste signalen is het belangrijk dat diegene die het opmerkt tijd maakt om in **gesprek** te gaan met de jongere over de signalen. De eerste stap naar het bespreekbaar maken van hun problemen is een belangrijke stap die niet gemist mag worden. In dit gesprek staat het **beluisteren van het verhaal** van de minderjarige heel centraal⁸ en probeert men zicht te krijgen op **eerdere of nog lopende hulpverleningstrajecten**.

Wanneer de situatie als acuut wordt ingeschat, is een gesprek onvoldoende en dienen zo snel mogelijk stappen gezet te worden die de veiligheid van de jongere, en zijn omgeving, kunnen garanderen⁹.

De persoon die de eerste signalen opvangt (de contextfiguur) dient de noodzaak aan professionele begeleiding aan te kaarten bij de minderjarige. Het toeleiden naar professionele hulp gebeurt in overleg met de minderjarige. Op de manier wordt blijvend appèl gedaan op zijn/haar verantwoordelijkheid en wordt gehoopt dat de stap naar hulpverlening vlot kan worden genomen.

10.2 Contact met een hulpverlener en (huis)arts

De contextfiguur zal in overleg met de minderjarige bekijken bij wie hij/zij best terecht kan. Misschien had de minderjarige al eerder een gesprek bij een CLB- of JAC-medewerker of heeft de jongere veel vertrouwen in zijn of haar arts. Het is aangewezen om aan te sluiten bij positief ervaren voorafgaande hulpverleningservaringen.

10.3 Risico-inschatting

De gekozen hulpverlener of arts zal het verhaal van de minderjarige beluisteren om van daaruit een risico-inschatting te maken en vervolgens verwijzen naar de gepaste hulpverlener. Dit kan zowel iemand zijn binnen zijn eigen dienst als een externe partner. Naargelang de ernst van de suïcidaliteit zal een ander traject worden doorlopen. Het **inschatten van de acuiteit** (risico-inschatting) is in dit gesprek prioritair aan het begrijpen van de suïcidaliteit maar **mag geen afbreuk doen aan het leggen van contact en het opbouwen van een relatie**. Om het risico goed te kunnen inschatten, moet er een goede relatie zijn (een 'klik') met de jongere. Dit is een noodzakelijke voorwaarde. De verleiding is groot om op zoek te gaan naar de oorzaken van de suïcidedgedachten, maar dit komt op dit moment pas op de tweede plaats. Het achterliggende verhaal is uiteraard van belang, maar niet prioritair. De hulpverlener zal ook steeds nagaan of er eerdere professionele hulpverleningstrajecten doorlopen of nog lopende zijn.

⁶ Hoofdstuk 4 "Signaalherkenning" en Bijlage 1 "Signalen van suïcidaal gedrag"

⁷ Hoofdstuk 10.2 "Contact met de hulpverlener of (huis)arts"

⁸ Hoofdstuk 6 "In gesprek over suïcidaliteit"

⁹ Hoofdstuk 10.3 "Risico-inschatting", Urgent

De hulpverlener of arts neemt tijdens het proces van het inschatten van het risico ook contact met de context, de ouders, het CLB, de huisarts,... Er zal steeds gestreefd worden naar het verkrijgen van toestemming hiervoor bij de jongere. Er wordt met hem/haar afgesproken welke info wordt doorgegeven of opgevraagd.

In sommige gevallen blijft de jongere weigeren, ook al wordt deze contactname door de hulpverlener als essentieel ervaren. Hoe lager het risico wordt ingeschat, hoe meer tijd de hulpverlener kan nemen om de jongere toch te overtuigen van de noodzaak van deze stap. Welke richting het ook uitgaat, het blijft belangrijk dat de jongere zo goed mogelijk geïnformeerd wordt over de stappen die gezet zullen worden en de motivatie waarom hiervoor gekozen wordt¹⁰.

- **Laag suïciderisico**

- De jongere wordt idealiter verder geholpen door een medewerker van het CLB¹¹, CAW/JAC¹² of door de huis-¹³ of kinderarts. De eerst gecontacteerde hulpverlener zal hiernaar verwijzen.
- De medewerker van CLB, CAW/JAC of de huis- of kinderarts
 - De hulpverlener bespreekt het belang van het betrekken van de ouders. Indien de jongere dit niet direct wil, zal er met de minderjarige een plan van aanpak gemaakt worden naar hoe de ouders kunnen betrokken worden of wat hiervoor nodig is.
 - De hulpverlener stelt een veiligheidsplan op met de jongere: bij wie kan de jongere terecht, welke signalen herkent de jongere voor zichzelf als het moeilijker gaat en wat kan de jongere dan zelf doen.
 - De hulpverlener plant binnen de 7 dagen een vervolgspraak met de minderjarige.
- Indien de medewerker van CLB, JAC/CAW of huis-/kinderarts van oordeel is dat een **verdere doorverwijzing** nodig is naar een CGG, een privépsychotherapeut of een (kinder)psychiater, bespreekt de hulpverlener dit met de minderjarige.
 - Indien de minderjarige instemt met de doorverwijzing, volgt de medewerker of arts de doorverwijzing op tot de jongere een eerste afspraak kreeg.
 - Indien de minderjarige niet instemt met doorverwijzing, werkt de medewerker of arts in één of meerdere gesprekken verder om een doorverwijzing te bewerkstelligen. Wanneer dit niet lukt, het risico aanwezig blijft, wordt iemand uit de context geïnformeerd, zodat de opvolging van dichtbij blijft.

¹⁰ Vragenlijst suïcidegedachten en ondersteuning ASPHA

¹¹ Hoofdstuk 12.4 "Rol van het CLB"

¹² Hoofdstuk 12.3 "Rol van het JAC"

¹³ Hoofdstuk 12.2 "Rol van de huisarts"

- **Midden suïciderisico**

- De eerst gecontacteerde hulpverlener stelt het contacteren van de ouders als noodzaak en werkt hier zo snel mogelijk naar toe met de jongere.
- De eerste hulpverlener consulteert een andere hulpverlener om de inschatting samen te maken en te overleggen hoe verder kan gewerkt worden. Doel van dit bijkomende overleg is in eerste instantie het afoetsen of de inschatting van de hulpverlener door de collega gedeeld wordt, of er geen zaken over het hoofd worden gezien, of de noodzakelijke stappen gezet zijn,... Ook een nieuw overlegmoment tussen de hulpverleners kan gepland worden.
- De eerste hulpverlener stelt een veiligheidsplan op met de jongere: bij wie kan de jongere terecht, welke signalen herkent hij/zij bij zichzelf als het moeilijker gaat en wat kan hij/zij dan zelf doen. Bedoeling is dat de jongere hiermee op korte termijn aan de slag kan en dat er voldoende veiligheid voor (en door) hem/haarzelf en zijn/haar omgeving gecreëerd wordt.
- In opvolging van het consult met de tweede hulpverlener kan voor één van volgende pistes gekozen worden:
 - Telefonisch **consult** bij het crisisnetwerk RADAR¹⁴, waarna alsnog een doorverwijzing kan volgen
 - **Doorverwijzing** naar het CGG¹⁵, de kinderpsychiater of een privépsychotherapeut.
 - **Aanmelding** bij het crisisnetwerk RADAR, met de vraag om samen een passend hulpaanbod te zoeken, nl.
 - Mobiele crisisinterventie
 - Crisisinschattingsgesprek in CGG
 - Crisisbegeleiding
 - Crisisopname

- **Hoog suïciderisico**

- De ouders worden zo snel mogelijk verwittigd. Door het inlichten van de ouders wordt de verantwoordelijkheid met hen gedeeld en kan ingeschat worden wat hun draagkracht is. Hun kijk op de situatie en hoe ze daarmee zullen omgaan wordt hiermee duidelijker. Dit is belangrijk om mee te nemen in de afweging van verder te zetten stappen.
- De eerste hulpverlener laat de jongere niet gaan zonder dat er concrete afspraken gemaakt zijn met hem en de context. De eerst gecontacteerde hulpverlener treedt meer directief op door te melden wat er zal gebeuren, bij voorkeur met, maar indien noodzakelijk, zonder te vragen naar toestemming.
- In samenspraak met de jongere en zijn context wordt er contact opgenomen met het crisisnetwerk. Er kan na dit overleg voor één van volgende pistes gekozen worden:
 - Telefonisch **consult** bij het crisisnetwerk RADAR¹⁶, waarna alsnog een doorverwijzing kan volgen
 - **Doorverwijzing** naar het CGG¹⁷, de kinderpsychiater of een privépsychotherapeut

¹⁴ Hoofdstuk 12.6 "Rol van crisisnetwerk/crisismeldpunt"

¹⁵ Hoofdstuk 12.5 "Rol van het RCGG"

¹⁶ Hoofdstuk 12.6 "Rol van het Crisisnetwerk/Crisismeldpunt"

¹⁷ Hoofdstuk 12.5 "Rol van het RCGG"

- **Aanmelding** bij het crisisnetwerk RADAR, met de vraag om samen een passend hulpaanbod te zoeken, nl.
 - Mobiele crisisinterventie
 - Crisisinschattingsgesprek in CGG
 - Crisisbegeleiding
 - Crisisopname
- De eerste hulpverlener stelt een veiligheidsplan¹⁸ op met de jongere: bij wie kan de jongere terecht, welke signalen herkent de jongere voor zichzelf als het moeilijker gaat en wat kan de jongere dan zelf doen. Bedoeling is dat de jongere hiermee op korte termijn aan de slag kan en dat er voldoende veiligheid voor (en door) hem/haarzelf en zijn/haar omgeving gecreëerd wordt. Op die manier wordt ook duidelijk hoe de termijn tot de volgende afspraak kan overbrugd worden.
- De hulpverlener gaat in gesprek over het suïcidemiddel en hoe de jongere kan geholpen worden om dit buiten bereik te stellen.
- **Urgent suïciderisico**
 - De hulpverlener schat in dat onmiddellijke interventie nodig is. Het beveiligen van de jongere (en de omgeving) is prioritair aan het op gang brengen van de hulpverlening.
 - De ouders worden zo snel mogelijk verwittigd.
 - Indien mogelijk wordt in samenspraak met de jongere beslist om naar de spoedopname te gaan of worden de hulpdiensten verwittigd om de jongere daar te brengen.
 - In het geval de jongere elke hulpverlening weigert, wordt door een arts of de politie contact opgenomen met het parket¹⁹.

10.4 Weigering van de hulpverlening²⁰

- Indien de situatie als **urgent** wordt ingeschat, wordt, bij voorkeur door (huis)arts of politie, contact opgenomen met het parket met het oog op onderzoek door een psychiater in het kader van het beveiligen van de jongere en zijn context, of een gedwongen opname.
- Indien de situatie als **niet-urgent** wordt ingeschat:
 - De gemandateerde voorzieningen²¹, zijnde OndersteuningsCentrum Jeugdzorg (OCJ) of Vertrouwenscentrum Kindermishandeling (VK) kunnen niet als spoeddienst of crisisteam optreden. Er zijn situaties mogelijk waarbij het OCJ/VK parallel en van bij de start van de crisisinterventie kunnen worden betrokken

¹⁸ Bijlage 6 “Opmaken van een Crisisplan”

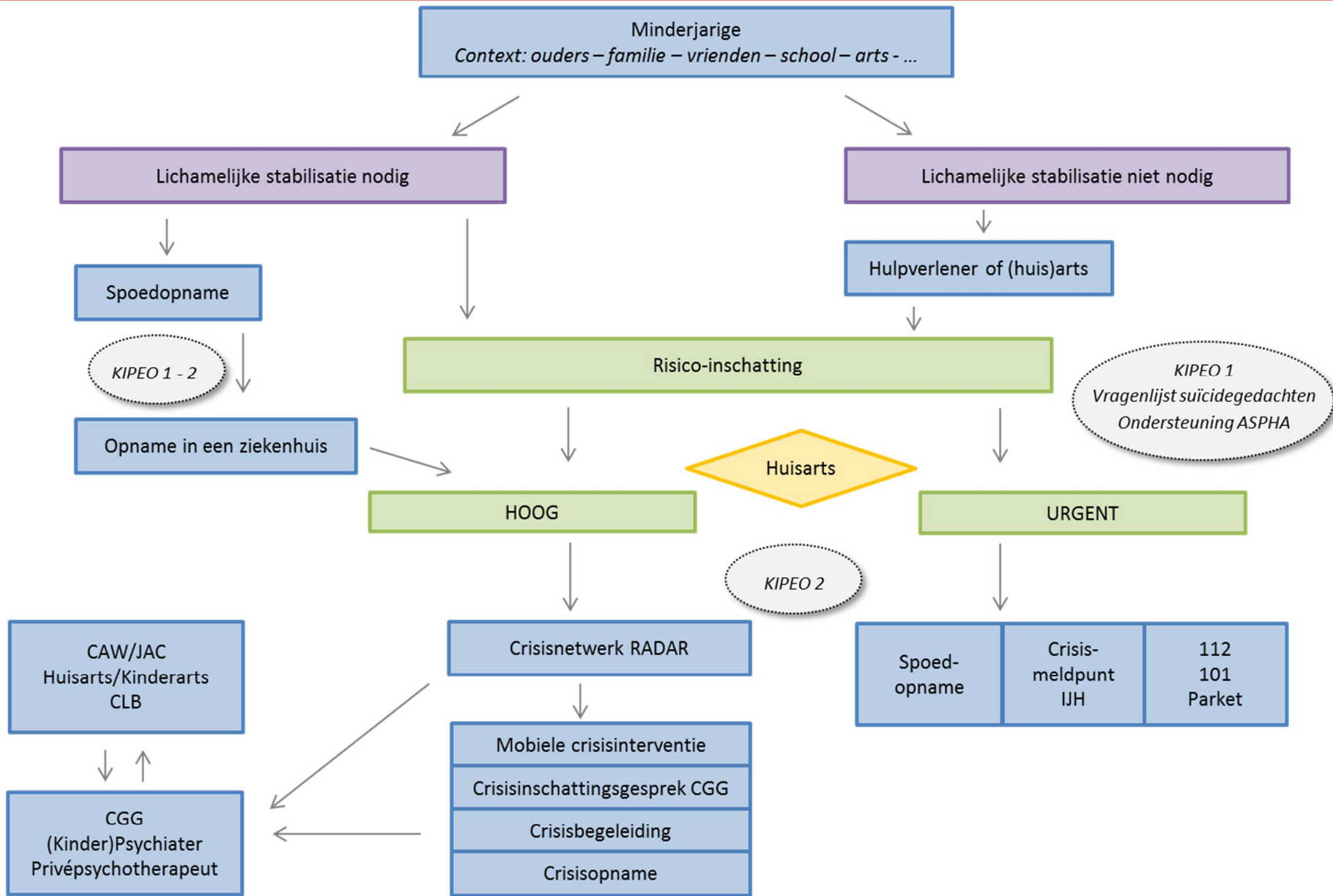
¹⁹ Hoofdstuk 10.4 “Weigering van de hulpverlening”

²⁰ Bijlage 4 “Procedure gedwongen opname voor minderjarigen uit Oost-Vlaanderen”

²¹ Bijlage 7 “Gemandateerde voorziening”

- Er wordt contact opgenomen met het OCJ/VK. In geval van suïcidedreiging is voldaan aan de 3 voorwaarden die door het OCJ/VK gehanteerd worden om op te treden namelijk,
 1. Er is sprake van een risico betreffende het welzijn of de veiligheid
 2. Er is geen vrijwilligheid van de minderjarige
 3. Jeugdhulp wordt als noodzakelijk ingeschat
- Indien de ouders verdere hulpverlening weigeren, maar de jongere wel verdere ondersteuning wenst, dient de hulpverlener contact op te nemen voor een consult met de gemandateerde voorzieningen (OCJ of VK).

HULPVERLENINGSTRAJECT BIJ MINDERJARIGE NA SUÏCIDEPOGING



Weigering hulpverlening: parket (urgent) of gemandateerde voorziening (niet-urgent)

11 Schema zorgnetwerk minderjarige na een suïcidepoging

11.1 In contact met een jongere na een suïcidepoging

Bij de vaststelling van een suïcidepoging dient eerst te worden nagegaan of de jongere verzorging nodig heeft. Deze kan zowel door de huisarts van wacht als op de spoedopname van een ziekenhuis gebeuren. De contextfiguur dient dus een inschatting te maken of lichamelijke stabilisatie noodzakelijk is of niet²². Indien noodzakelijk, wordt de jongere best onmiddellijk naar de spoedopname gebracht of de 112 verwittigd. In een aantal situaties zal dit misschien niet zo duidelijk zijn en wordt best de huisarts gecontacteerd. Bij onduidelijkheid of twijfel, wordt geopteerd voor de meest veilige weg en is oproepen van de 112 het enige en beste alternatief.

Indien er geen lichamelijke stabilisatie noodzakelijk is, neemt de contextfiguur zo snel mogelijk contact op met een hulpverlener of de (huis)arts. Samen met die professionele hulpverleners wordt bekeken welke de mogelijke en noodzakelijke verdere stappen zijn.

Het contacteren van hulpverleners zal steeds, in de mate van het mogelijke, gebeuren met toestemming van de minderjarige zodat deze eigenaar blijft van wat er rond hem/haar aan het gebeuren is. Er kan echter gesteld worden dat een suïcidepoging altijd als ernstig moet worden gezien en dat professionele hulp dan ook een noodzaak is. In geval de jongere hulpverlening weigert, is het aangewezen dat de contextfiguur toch bijkomende hulp contacteert en de jongere hier van op de hoogte brengt. Ook de ouders zullen steeds verwittigd worden.

Het is belangrijk dat er steeds contact wordt opgenomen met de huisarts, zodat deze op de hoogte is van de situatie van de jongere in functie van de zorgcontinuïteit. De huisarts zal immers de jongere op langere termijn blijven zien en opvolgen. Contactname kan gebeuren door de contextfiguur zelf (oa. in functie van inschatting van nood aan lichamelijke stabilisatie), maar ook door de betrokken hulpverlener of vanuit de spoedafdeling van het ziekenhuis wanneer de jongere daar werd opgenomen.

11.2 Lichamelijke stabilisatie nodig

Wanneer de jongere opgenomen is in het ziekenhuis, wordt contact opgenomen met de huisarts. De huisarts ontvangt vanuit de ziekenhuisopname ook een verslag en een flyer. Op de spoeddienst wordt de KIPEO 1, en eventueel ook de KIPEO 2 afgenomen.

Lichamelijke stabilisatie is ook mogelijk bij de huisarts. Indien de verwondingen echter te ernstig zijn en de huisarts de geschikte medische verzorging niet kan bieden, zal hij/zij de jongere doorsturen naar de spoeddienst van een algemeen ziekenhuis.

11.3 Lichamelijke stabilisatie niet nodig, contact met een hulpverlener en (huis)arts

De contextfiguur zal in overleg met de minderjarige bekijken bij wie hij/zij best terecht kan. Misschien had de minderjarige al eerder een gesprek bij een CLB- of JAC-medewerker of heeft de jongere veel vertrouwen in de kinderarts. Het is aangewezen om de jongere bij deze eerste keuzes nauw te betrekken en aan te sluiten bij voorafgaande hulpverleningservaringen. Dit in het belang van de continuïteit van de zorg.

²² Hoofdstuk 11.2 "Lichamelijke stabilisatie nodig"

De hulpverlener tracht tijdens de risico-inschatting contact te leggen met de context zoals de ouders, het CLB, de huisarts,... indien deze nog niet betrokken zouden zijn. Er zal steeds gestreefd worden naar toestemming van de jongere. Er wordt duidelijk uitgelegd en afgesproken welke info wordt doorgegeven of opgevraagd. Na een suïcidepoging moet het voor de jongere duidelijk zijn dat niemand betrekken, niet zal worden aanvaard.

Indien de jongere niet moet worden opgenomen, kan de ambulante hulpverlener (de CLB'er, huisarts,...) de KIPEO 1 afnemen. Tegelijkertijd gebeurt een risico-inschatting. De KIPEO 2 wordt alleen afgenomen door gespecialiseerde hulpverleners, zoals artsen, psychologen,...

In sommige gevallen blijft de jongere weigeren de ouders te contacteren. Dit is geen optie. Mogelijks zal de hulpverlener in dat geval de regie van de jongere moeten overnemen. Helpend hierbij kan zijn dat de nadruk gelegd wordt op het **beroepsgeheim** van de betrokken hulpverleners. Algemene info met betrekking tot de suïcidepoging moet zeker worden doorgegeven, maar details over de poging kunnen vallen onder het beroepsgeheim. Aan te raden is om het gesprek met de ouders goed met de jongere voor te bereiden en indien mogelijk ook samen met de jongere te voeren. Er wordt zelfs de voorkeur gegeven dat de jongere zelf zijn/haar verhaal aan zijn/haar ouders doet.

11.4 Risico-inschatting

Na een suïcidepoging dient het risico op recidive te worden ingeschat. Er wordt vanuit gegaan dat een suïcidepoging sowieso als ernstig moet worden gezien, waardoor dus in de risico-inschatting enkel onderscheid gemaakt wordt tussen twee niveau's: 'hoog' en 'urgent'. Na een poging hebben deze jongeren nood aan een meer intensieve en aanklappende aanpak. Ondersteunend bij de risico-inschatting zijn de KIPEO 1²³ en de Vragenlijst Suïcidedgedachten²⁴. De hulpverlener kan ook contact opnemen met ASPHA²⁵.

- **Hoog suïciderisico**

- De ouders worden zo snel mogelijk verwittigd. Door het inlichten van de ouders wordt de verantwoordelijkheid met hen gedeeld en kan ingeschat worden wat hun draagkracht is. Hun kijk op de situatie en hoe ze daarmee zullen omgaan wordt hiermee duidelijker. Dit is belangrijk om mee te nemen in de afweging van verder te zetten stappen.
- De eerste hulpverlener laat de jongere niet gaan zonder dat er concrete afspraken gemaakt zijn met hem en de context. De eerst gecontacteerde hulpverlener treedt meer directief op door te melden wat er zal gebeuren, bij voorkeur met, maar indien noodzakelijk, zonder te vragen naar toestemming.
- In samenspraak met de jongere en zijn context wordt er contact opgenomen met het crisisnetwerk. Er kan na dit overleg voor één van volgende pistes gekozen worden:
 - Telefonisch **consult** bij het crisisnetwerk RADAR²⁶, waarna alsnog een doorverwijzing kan volgen
 - **Doorverwijzing** naar het CGG²⁷, de kinderpsychiater of een privépsychotherapeut

²³ Bijlage 5 "KIPEO 1"

²⁴ Bijlage 2 "Vragenlijst A. Kerkhof en B. Van Luyn (2010), doorvragen naar de aard van de suïcidedgedachten"

²⁵ Advies SuïcidePreventie voor Huisartsen en Andere hulpverleners, Tel. 024 24 30 00, ma tot vr 9u-21u

²⁶ Hoofdstuk 12.6 "Rol van het Crisisnetwerk/Crisismeldpunt"

²⁷ Hoofdstuk 12.5 "Rol van het RCGG"

- **Aanmelding** bij het crisisnetwerk RADAR, met de vraag om samen een passend hulpaanbod te zoeken, nl.
 - Mobiele crisisinterventie
 - Crisisinschattingsgesprek in CGG
 - Crisisbegeleiding
 - Crisisopname
 - De eerste hulpverlener stelt een veiligheidsplan²⁸ op met de jongere: bij wie kan de jongere terecht, welke signalen herkent de jongere voor zichzelf als het moeilijker gaat en wat kan de jongere dan zelf doen. Bedoeling is dat de jongere hiermee op korte termijn aan de slag kan en dat er voldoende veiligheid voor (en door) hem/haarzelf en zijn/haar omgeving gecreëerd wordt. Op die manier wordt ook duidelijk hoe de termijn tot de volgende afspraak kan overbrugd worden.
 - De hulpverlener gaat in gesprek over het suïcidemiddel en hoe de jongere kan geholpen worden om dit buiten bereik te stellen.
- **Urgent suïciderisico**
 - De hulpverlener schat in dat onmiddellijke interventie nodig is. Het beveiligen van de jongere (en de omgeving) is prioritair aan het op gang brengen van de hulpverlening.
 - De ouders worden zo snel mogelijk verwittigd.
 - Indien mogelijk wordt in samenspraak met de jongere beslist om naar de spoedopname te gaan of worden de hulpdiensten verwittigd om de jongere daar te brengen.
 - In het geval de jongere elke hulpverlening weigert, wordt door een arts of de politie contact opgenomen met het parket²⁹.

11.5 Weigering van de hulpverlening³⁰

- Indien de situatie als **urgent** wordt ingeschat, wordt, bij voorkeur door (huis)arts of politie, contact opgenomen met het parket met het oog op onderzoek door een psychiater in het kader van het beveiligen van de jongere en zijn context, of een gedwongen opname.
- Indien de situatie als **niet-urgent** wordt ingeschat:
 - De gemandateerde voorzieningen³¹, zijnde OndersteuningsCentrum Jeugdzorg (OCJ) of Vertrouwenscentrum Kindermishandeling (VK) kunnen niet als spoeddienst of crisisteam optreden. Er zijn situaties mogelijk waarbij het OCJ/VK parallel en van bij de start van de crisisinterventie kunnen worden betrokken.

²⁸ Bijlage 6 "Opmaken van een Crisisplan"

²⁹ Hoofdstuk 10.4 "Weigering van de hulpverlening"

³⁰ Bijlage 4 "Procedure gedwongen opname voor minderjarigen uit Oost-Vlaanderen"

³¹ Bijlage 7 "Gemandateerde voorziening"

- Er wordt contact opgenomen met het OCJ/VK. In geval van suïcidedreiging is voldaan aan de 3 voorwaarden die door het OCJ/VK gehanteerd worden om op te treden namelijk,
 1. Er is sprake van een risico betreffende het welzijn of de veiligheid
 2. Er is geen vrijwilligheid van de minderjarige
 3. Jeugdhulp wordt als noodzakelijk ingeschat
- Indien de ouders verdere hulpverlening weigeren, maar de jongere wel verdere ondersteuning wenst, dient de hulpverlener contact op te nemen voor een consult met de gemandateerde voorzieningen (OCJ of VK).

12 Netwerkafspraken

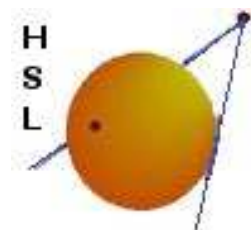
Voor het verwijzen van cliënten binnen het zorgnetwerk voor jongeren met suïcidedreiging of na een suïcidepoging, worden een aantal afspraken vastgelegd.

12.1 Rol van de contextfiguur

Wanneer een figuur uit de context van de jongere signalen van **suïcidedachten** opmerkt, is het in de eerste plaats de bedoeling dat hij of zij het gesprek met de jongere aangaat³². In dit gesprek zal de contextfiguur nagaan of er effectief sprake is van een suïcidedreiging. Wanneer deze bevestigd wordt, probeert de contextfiguur een verwijzing naar een hulpverlener tot stand te brengen, steeds met medeweten van en, indien mogelijk, ook samenwerking met de minderjarige.

Wanneer de contextfiguur een **suïcidepoging** vaststelt, dient hij in eerste instantie een inschatting te maken of er lichamelijke stabilisatie nodig is. Indien dit het geval is, zal hij de jongere naar de arts (van wacht) of de spoedafdeling van een algemeen ziekenhuis brengen. Indien dit niet nodig is, bespreekt de contextfiguur het vervolgtraject met de jongere en kan de hulpverlening opgestart worden.

12.2 Rol van de huisarts



Aangezien de huisarts vaak de (thuis)situatie van de jongere kent en nadien voor de continuïteit van zorg zal moeten instaan, wordt hij/zij best **zo snel mogelijk betrokken** in het zorgtraject. Ofwel komt de jongere meteen bij de huisarts, rechtstreeks (jongere uit zijn/haar suïcide-ideaties tijdens een consult) of via de context (vb. een ouder met vragen rond suïcidedachten zijn/haar kind) of zorgverlener (vb. snijwonde na een poging die

bij de huisarts gehecht kan worden), ofwel wordt hij/zij gecontacteerd door de hulpverlener of het ziekenhuis.

Wanneer de huisarts de jongere meteen kan bevragen, staat hij/zij in voor de risico-inschatting en het verder verloop van het traject. Gezien de grote verantwoordelijkheid wordt echter aangeraden om zeer snel een tweede deskundige om raad te vragen of in te schakelen. Dit kan door een collega huis/kinderarts te raadplegen, het crisisnetwerk RADAR te contacteren, de ASPHA te bellen,... In samenspraak met de minderjarige (en zijn ouders) wordt het type van de vervolgbehandeling gekozen, waarna de huisarts steeds contact opneemt met de volgende hulpverlener. Indien de jongere alle hulp weigert, maar de huisarts oordeelt dat externe hulp nodig is, probeert de huisarts hem/haar te motiveren voor verdere hulpverlening. Eventueel kan de huisarts overbruggingscontacten voorstellen tot de hulpverlening kan starten. Indien het risico eerder hoog wordt ingeschat of er twijfel bestaat over de veiligheid, wordt Crisisnetwerk RADAR gecontacteerd. Ook nadien neemt de huisarts op regelmatige basis contact op met de jongere om de situatie verder op te volgen.

Mogelijks wordt de huisarts gecontacteerd door de hulpverlener om samen een risico-inschatting van de patiënt en omgeving op te maken. Op dat moment wordt er samen gezocht naar een vervolgtraject waarbij een continuüm van de ene hulpverlener naar de andere is gegarandeerd.

³² Hoofdstuk 6 "In gesprek over suïcidaliteit"

In geval de jongere opgenomen werd binnen het algemeen ziekenhuis, krijgt de huisarts een verslag (inclusief gegevens KIPEO 1 en 2 indien een poging ondernomen). De huisarts neemt, indien de jongere en/of zijn ouders nog geen contact nam, na twee weken contact op met de patiënt en volgt op of de patiënt het vervolgtraject volgt. In uitzonderlijke gevallen zal de jongere alle hulp weigeren waarbij de huisarts niet kan instaan voor zijn/haar veiligheid. In zo een situatie kan contactname met het Parket (eventueel via de politie) nodig zijn. Dit is echter een zware procedure waarbij steeds een omstandig verslag van de situatie wordt gevraagd.

12.3 Rol van het JAC



Het JAC/Jongerenonthaal is laagdrempelig en op werkdagen direct toegankelijk voor alle vragen en/of problemen van jongeren en jongvolwassenen (12-25 jaar). Er wordt nauw samengewerkt met de collega's van het Crisisteam. Buiten de kantooruren wordt naar het Crisisteam verwezen.

De jongere neemt zelf contact op via mail, chat, fysiek, telefonisch, of is aanwezig bij de aanmelding. Het JAC vertrekt vanuit de vraag van de jongere. De hulpverlening is vrijwillig. De medewerker gaat in gesprek met de jongere om de vraag helder te krijgen, te verbreden en een risico-inschatting te maken. Er wordt nagegaan of er een (hulpverlenings-)netwerk is en of daarmee kan samengewerkt worden. Verder wordt bekeken welke mogelijkheden best aansluiten bij de jongere. Dit kan gaan van een of meerdere gesprekken in het JAC tot een (residentiële) doorverwijzing. Bij een doorverwijzing blijft het JAC in beeld tot de doorverwijzing gerealiseerd is. Afhankelijk van de relevantie kan de jongere korte tijd opgevolgd worden.

12.4 Rol van het CLB



Het CLB werkt vraaggestuurd en multidisciplinair. De aanmelding van een suïcidedreiging of suïcidepoging kan gebeuren door de school, de ouders, de leerling zelf, maar ook door derden, zoals vrienden. Dit kan telefonisch, via mail of door rechtstreeks contact. In principe komt de melding terecht bij de contactpersoon van de school waar de minderjarige school loopt. Indien deze echter op dat moment niet bereikbaar is, wordt de vraag door een andere medewerker opgenomen.

Bij het CLB kan een jongere aangemeld worden in functie van eerste hulpverlening. De taak van de eerste hulpverlener is dan het inschatten van het risico. Hij/zij zal daarvoor zo snel als mogelijk, liefst nog diezelfde dag, een gesprek plannen met de jongere, dit bij voorkeur samen met de aanmelder. Wanneer de suïcidale gedachten eerder **laag** aanwezig zijn, zal de medewerker een kortdurende begeleiding opstarten met de jongere. Dit kan alleen wanneer de jongere zelf akkoord gaat, gezien het CLB vraaggestuurd werkt. De jongere is dus vrij om al dan niet op dit aanbod in te gaan. Een kortdurende begeleiding omvat maximaal 8 gesprekken waarin de problematiek verder wordt uitgeklaard en getracht wordt de gedachten onder controle te krijgen. Indien dit onvoldoende lukt,

zal gewerkt worden naar een verwijzing naar CGG, kinderpsychiater of privépsychotherapeut. De CLB-medewerker kan van bij de aanmelding tot een eventuele doorverwijzing terugvallen op zijn/haar multidisciplinair team. CLB-begeleidingen kunnen plaatsvinden op school, op het CLB of bij de jongere thuis, afhankelijk van waar de leerling de voorkeur aan geeft.

Alleen wanneer de jongere hiermee akkoord gaat, zal de aanmelder feedback krijgen over de inhoud van de gesprekken.

Indien de suïcidedreiging door de CLB-medewerker ingeschat wordt op een **midden-niveau**, wordt dit in het multidisciplinair team besproken. In overleg wordt zo bekeken welke de mogelijke en meest aangewezen stappen zijn. In ieder geval zal de onthaltende CLB-medewerker zorgen voor de eerste hulp en ondersteuning. Nadien wordt contact opgenomen met diensten waar de jongere naar kan verwezen worden voor verdere begeleiding. Tot aan het eerste contact tussen minderjarige en deze diensten blijft de CLB'er verder opvolgen.

Na een suïcidepoging neemt het CLB, gezien een suïcidepoging altijd als ernstig wordt ingeschat, in principe geen actief begeleidende rol op. Het CLB kan wel fungeren als draaischijf en de opvolging van het zorgtraject vanop afstand meevolgen. Dit kan door contact te nemen, telefonisch of via mail, met de actief-begeleidende hulpverleners van de minderjarige en zijn/haar gezin.

12.5 Rol van het RCGG³³



Binnen de werking van het RCGG wordt geen onderscheid gemaakt tussen een 'suïcidedreiging' of 'na een suïcidepoging'.

De aanmelding gebeurt bij voorkeur telefonisch waarbij de secretariaatsmedewerker de aanmelding zal noteren. Hierbij wordt gevraagd naar naam, geboortedatum, adres, telefoonnummer, gezinssituatie, school en verwijzer. Nadien wordt gevraagd aan een therapeut van het kinder- en jongeren team om de aanmelder, bij voorkeur de verwijzer, zo snel mogelijk te contacteren. Indien mogelijk gebeurt dit nog de dag zelf. Aan de hand van dit telefonisch contact wordt er verkend of een crisisgesprek is aangewezen.

Het crisisgesprek kan eventueel opgenomen worden door het RCGG Deinze. In dat geval gaat het gesprek door in het centrum. Het RCGG kan ook een (mobiel) crisisgesprek inplannen bij één van de partners van het programma crisiszorg (onderdeel van RADAR, netwerk geestelijke gezondheid kinderen en jongeren Oost-Vlaanderen³⁴). Dit gesprek kan doorgaan op school, thuis,... Het programma crisiszorg voorziet dagelijks een mogelijkheid voor één mobiele crisisinterventie. De bedoeling van dit gesprek is om een eerste inschatting te maken en indien nodig mensen te oriënteren naar verdere of meer specifieke hulp (suïciderisico, veiligheid, kunnen er afspraken gemaakt worden, welke soort hulp is aangewezen,...).

³³ Regionaal Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg

³⁴ Hoofdstuk 12.6 "Rol van het crisisnetwerk – crisismeldpunt"

Na dit gesprek zijn er verschillende opties mogelijk, zowel binnen ambulante als residentiële hulpverlening alsook binnen Integrale Jeugdhulp en/of Geestelijke Gezondheid: ambulante gesprekken in een CGG, crisisbegeleiding (IJH/GGZ³⁵), crisisopname IJH/GGZ.

De verwijzer wordt bij de start van het traject gecontacteerd. Bij een crisistrject wordt de verwijzer nauw betrokken en krijgt deze een terugkoppeling van de interventie.

Op vrijdag is niemand van de therapeuten van het RCGG K&J team Deinze aanwezig. Indien er op vrijdag een crisis zou zijn, kan de secretariaatsmedewerker contact opnemen met een collega van het RCGG K&J team Eeklo (tot 16u). Deze collega zal dan de aanmelder de dag zelf nog terug bellen om de crisis mee in te schatten en mee te ondersteunen bij de aanpak ervan.

12.6 Rol van het crisisnetwerk - crisismeldpunt



Het crisisteam CAW Oost-Vlaanderen fungeert als crisismeldpunt (24u/24u, 7d/7d) voor alle crisisvragen los van leeftijd of problematiek. Het crisismeldpunt Integrale Jeugdhulp is een onderdeel van het Crisisteam. Het Crisisteam tracht om, samen met de aanmelder, de noden in kaart te brengen en hierin mogelijks een aantal handvaten aan te reiken om zelf verder mee aan de slag te kunnen. Mocht blijken dat dit niet afdoende is dan kan het Crisisteam een partner van het Crisisnetwerk inzetten met een crisishulpaanbod. Dit kan een Crisisinterventie (CI), Crisisbegeleiding (CB) of Crisisopvang (CO) zijn. Daarnaast is het crisisteam ook een partner van het programma crisiszorg binnen RADAR (netwerk Geestelijke Gezondheid Kinderen en Jongeren Oost-Vlaanderen).

Binnen het crisisteam wordt geen onderscheid gemaakt tussen een suïcidedreiging of een suïcidepoging. Wel wordt een onderscheid gemaakt tussen urgentie en crisishulp. Op het moment dat de minderjarige in levensgevaar is en dient opgenomen te worden in een ziekenhuis of spoed, of wanneer er onmiddellijke lichamelijke stabilisatie nodig is, wordt gesproken van urgentie en dient de minderjarige opgenomen te worden in een ziekenhuis of spoed.

Elke crisissituatie waar geen onmiddellijke lichamelijke stabilisatie nodig is, kan steeds telefonisch aangemeld worden bij het crisisteam CAW Oost-Vlaanderen. Daar wordt een inschatting gemaakt van het crisisgehalte en indien van toepassing bekeken welke crisishulp (interventie, begeleiding, opvang) er dient ingezet te worden. In het beste geval kan er onmiddellijk een interventie worden geregeld. In dit gesprek wordt met de cliënt en zijn betrokken context de aanleiding van de crisissituatie besproken. Er wordt bekeken wat de minderjarige en zijn/haar gezin nodig heeft om terug verder te kunnen. Hierin wordt subsidiair te werk gegaan en wordt intersectoraal ingezet.

³⁵ Integrale Jeugdhulp, Geestelijke GezondheidsZorg



Netwerk Geestelijke Gezondheid
Kinderen en Jongeren Oost-Vlaanderen

Binnen crisisinterventie kan er gekozen worden om enerzijds een crisisinterventie in te zetten vanuit het hulpprogramma van het crisisnetwerk IJH of anderzijds een interventie vanuit het programma crisiszorg van RADAR in te zetten. Na een grondige vraagverheldering en inschatting door de medewerkers van het crisisteam, wordt de vraag en het netwerk rond de minderjarige in kaart gebracht. Er wordt nagegaan of er reeds andere hulpverlening betrokken is en al dan niet geactiveerd kan worden. Daarnaast wordt nagegaan of de huisarts betrokken is, betrokken kan worden of geactiveerd kan worden.

Indien relevant wordt bekeken welke crisishulp er het best passend is, rekening houdend met het crisisgehalte, de wenselijke snelheid van inzetbaarheid van bepaalde hulp, de realiseerbaarheid van bepaalde hulp, betrokken hulpverlening en actoren,... Al deze zaken worden in kaart gebracht en er wordt bekeken welke optie op dit moment het best aansluit bij de noden van de minderjarigen en/of zijn ouders/context.

Indien gekozen wordt om crisishulp op te starten, zal het proces verder worden opgevolgd door de regiemedewerkers van het crisisteam. Bij een verwijzing naar een andere dienst, probeert het crisisnetwerk ervoor te zorgen dat het eerste contact met die dienst vastgelegd is.

12.7 Rol van de Spoedopname en het Algemeen Ziekenhuis



Het ziekenhuis maakt een onderscheid tussen de zorg voor minderjarigen met suïcidedreiging en na suïcidepoging. Gezien de verantwoordelijkheid van de kinderarts in het ziekenhuis minderjarigen tot 15 jaar betreft, wordt er ook onderscheid gemaakt tussen minderjarigen jonger dan en minderjarigen boven de 15 jaar, enkel bij minderjarigen jonger dan 15 jaar wordt de kinderarts in consult gevraagd.

Minderjarigen die naar de spoedopname worden gebracht met **suïcidale gedachten** of **na een suïcidepoging** worden in eerste instantie onderzocht door de spoedarts. Deze maakt een inschatting van de ernst en brengt de fysieke en psychische klachten van de minderjarige in kaart. Bij minderjarigen jonger dan 15 jaar zal de kinderarts in consult worden gevraagd. De pediater of spoedarts zal, in samenspraak met de minderjarige, de ouders contacteren en vragen langs te komen. De spoedverpleegkundige of psycholoog neemt IRISC (Instrument risico-inschatting suïcidale gedachten en crisissituaties) af bij suïcidale gedachten of de KIPEO 1 na een suïcidepoging. Indien mogelijk met betrokkenheid van de ouders of de verwijzende hulpverlener. In geval er sprake is van levensbedreiging zal de minderjarige jonger dan 15 jaar na overleg getransfereerd worden naar de PICU van het UZ Gent. Voor de minderjarige ouder dan 15 jaar wordt de anesthesist geconsulteerd voor een opname op IZ. De psycholoog en/of pediater/spoedarts zullen daarna in gesprek gaan met de minderjarige en zijn ouders in functie van vervolgotrajecten en mogelijke doorverwijzingen. De kinderarts/spoedarts neemt ook contact op met de huisarts die altijd op de hoogte wordt gebracht van elk consult op de spoedopname.

Indien het **suïciderisico hoog of urgent** is, neemt de spoedarts, kinderarts of psycholoog contact op met het crisisteam RADAR en andere betrokken hulpverleners. In weekend- en nachtsituaties zal dit overleg gebeuren met de (kinder)psychiater van wacht in het UZ Gent. Overdag is overleg mogelijk met de dichtstbijzijnde partner van crisisteam RADAR, zijnde CGG Deinze.

Indien het **risico laag of midden** wordt ingeschat, wordt aan de ouders een snelle afspraak voorgesteld bij de kinder- en jongerenpsycholoog van het ziekenhuis of reeds betrokken hulpverleners. De psycholoog staat in voor de opvolging van de minderjarige en zijn context tot de verdere doorverwijzing gerealiseerd is. De kinderarts en psycholoog maken ook steeds de afweging of een korte opname op pediatrie voor de minderjarige (<15j) en zijn gezin een meerwaarde kan betekenen om het gezinssysteem tijdelijk te ontlasten en de minderjarige tot rust te laten komen.

Wanneer de minderjarige en/of zijn ouders **geen verdere hulpverlening** wensen, en het suïciderisico als **hoog of urgent** wordt ingeschat, kan beslist worden tot een gedwongen opname, bij voorkeur in samenspraak met het crisisteam RADAR. In het geval van gedwongen opname neemt de kinderarts/spoedarts contact op met het Parket via het nummer van de politie. Wanneer de minderjarige en/of zijn ouders geen verdere hulpverlening wensen en het suïciderisico als **laag of midden** wordt ingeschat, wordt de huisarts en eventueel de CLB-arts op de hoogte gebracht. Dit wordt aan de minderjarige en zijn ouders meegedeeld. Aan de huisarts wordt gevraagd om binnen de 72u een afspraak met de minderjarige te maken en dit terug te koppelen aan de kinder- en jongerenpsycholoog. Ook zal gevraagd worden of de psycholoog van het ziekenhuis zelf telefonisch contact mag nemen na de ziekenhuisopname

Een minderjarige en/of zijn ouders kunnen ook op consultatie bij de kinderarts of andere specialist met suïcidale gedachten of na een suïcidepoging. In dat geval kan de kinderarts/specialist de IRISC of KIPEO gebruiken ter inschatting van het suïciderisico en/of zo snel mogelijk een afspraak maken bij de kinder- en jongerenpsycholoog van het ziekenhuis of een reeds betrokken hulpverlener contacteren. Volgens het geschatte risico, zoals hierboven vermeld, wordt het traject bepaald.

12.8 Rol van de Sociale Politie



De Sociale politie bestaat uit een team van slachtofferbejegenaars waar er 24/24 beroep kan gedaan worden. Het betreft een tweedelijnsdienst die enkel tussenkomst na een interventie van de ploegen op het terrein of na opmaak van een proces verbaal aan het onthaal. Wanneer de interventieploeg hen in bijstand vraagt zullen zij zich ontfemen over het slachtoffer en/of zijn familie. Na een eerste crisisopvang zal het slachtoffer en /of zijn familie in samenspraak doorverwezen worden naar de hulpverlening.

In geval een gedwongen opname overwogen wordt, nemen zij contact op met het parket en handelen zij verder in hun opdracht³⁶.

De Sociale Politie kan steeds gecontacteerd worden voor vragen of advies.

³⁶ Bijlage 4 "Procedure gedwongen opname voor minderjarigen in Oost-Vlaanderen"

DEEL 4. TOOLS

13 Hulpaanbod

13.1 Ondersteunende diensten

- **Suïcidepreventiewerking van de Centra Geestelijke Gezondheidszorg (CGG-SP)**

De Suïcidepreventiewerking van de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG-SP) bestaat uit suïcidepreventiewerkers die gevestigd zijn in CGG verspreid over Vlaanderen. De CGG-SP richt zich tot alle belangrijke intermediairs inzake suïcidepreventie. De werking biedt in elke provincie op regelmatige basis een open aanbod van vormingen voor verschillende doelgroepen. Daarnaast organiseren zij op aanvraag vormingen op maat, aangepast aan de noden en behoeften van jouw organisatie. Tevens ondersteunen en coachen ze organisaties in het opmaken van een suïcidepreventiebeleid op maat.



Meer info www.zelfmoord1813.be/hulpverlening/ondersteuning-door-cgg

- **Werkgroep Verder**

Werkgroep Verder is door de Vlaamse Overheid erkend als terreinorganisatie voor nabestaanden na zelfdoding. Ze organiseren contact met lotgenoten, informeren en sensibiliseren de samenleving over (rouwen na) zelfdoding, geven vormingen over (rouwen na) zelfdoding en ijveren voor een respectvolle en juiste berichtgeving over zelfdoding in de media.



Website www.werkgroepverder.be

- **Missing You**

Missing You is een vrijwilligersorganisatie die zich inzet voor kinderen, jongeren en jongvolwassenen (tot 30 jaar) die iemand belangrijk verloren zijn.



Website www.missingyou.be

- **Similes**

Similes is een vereniging voor gezinsleden en nabijbetrokkenen van personen met psychiatrische problemen. Similes verenigt partners, ouders, kinderen, broers en zussen, vrienden...kortom iedereen die betrokken is bij een psychisch zieke en los van het feit of deze persoon thuis woont of is opgenomen in een ziekenhuis of beschut of zelfstandig woont.



Website nl.similes.be

13.2 Digitale tools en telezorgdiensten

- **Awel – www.awel.be**



Alle kinderen en jongeren kunnen Awel anoniem contacteren over alles wat hen bezighoudt. Ze zijn er voor hen door te luisteren, mee te voelen en mee te denken. Awel wil een betrouwbaar aanspreekpunt voor kinderen en jongeren zijn, via een voor de hand liggend, gratis en makkelijk bereikbaar contactkanaal.

Awel werkt volledig anoniem en telefoongesprekken verschijnen niet op de factuur. Een gesprek met Awel is helemaal gratis.

<i>Telefoon</i>	102 (elke dag van 16u tot 22u, behalve zon- en feestdagen)
<i>E-mail</i>	brievenbus@awel.be
<i>Chat</i>	www.awel.be (elke werkdag van 18u tot 22u, behalve feestdagen)
<i>Forum</i>	www.awel.be

- **Tele-Onthaal – www.tele-onthaal.be**



De hulpverlening van Tele-Onthaal is laagdrempelig omwille van zijn permanente bereikbaarheid, het werken met vrijwilligers en anonimiteit. Geheimhouding over de inhoud van de gesprekken wordt steeds gegarandeerd. Centraal in het hulpaanbod staat het gesprek. Iedereen die nood heeft aan een helpend gesprek krijgt telefonisch of online de kans om te spreken over wat in hen omgaat.

<i>Telefoon</i>	106 (24u/24u, 7d/7d)
<i>Chat</i>	www.tele-onthaal.be (ma, di, do, vr 18u-23u; wo 15u-23u; za, zo 18u-22u)



- **Zelfmoord1813 – www.zelfmoord1813.be**





Zelfmoord1813 wil in de eerste plaats een centrale toegangspoort zijn waar iedereen terecht kan in crisismomenten voor zichzelf, voor familie of derden, of als nabestaande. Via Zelfmoord1813 kan contact opgenomen worden met Zelfmoordlijn 1813, een gratis en anonieme nooddienst die je kan bereiken via telefoon, chat en e-mail.

<i>Telefoon</i>	1813 (24u/24u, 7d/7d)
<i>Chat</i>	www.zelfmoord1813.be (elke dag van 19u tot 21u30)

Het platform van Zelfmoord1813 biedt ook online tools aan die suïcidale personen kunnen helpen om met hun zelfmoordgedachten om te gaan of voorbereid te zijn op een suïcidale crisis. Deze kunnen op eigen initiatief gebruikt worden, maar ook onder begeleiding van een hulpverlener.

- **Think Life** is een gratis, anonieme en online zelfhulp cursus voor iedereen die aan zelfdoding denkt en iets aan deze gedachten wil doen. Think Life is opgebouwd uit stappen die zelfstandig en op eigen tempo doorlopen kunnen worden via internet. De hulpverlener kan de zelfhulp cursus aanbieden als overbrugging tussen contacten of als ondersteuning bij de begeleiding. 
- **Het Safety Plan** is een tool waarmee online een eigen veiligheidsplan kan worden opgemaakt. De hulpverlener kan samen met de suïcidale persoon in dit plan noteren wat hem/haar tot rust kan brengen in een crisissituatie en wie hij/zij kan contacteren in geval van nood. Het safety plan kan online worden ingevuld, gedownload of via de app BackUp te gebruiken. 

- **BackUp** is een smartphone applicatie die ontwikkeld werd voor personen die aan zelfmoord denken en hun omgeving. De app wil houvast bieden bij zelfmoordgedachten en tools aanreiken om een crisis te overbruggen of een volgende crisis te voorkomen. De hulpverlener kan helpen bij het invullen van de verschillende stappen of de app samen gebruiken door hem beiden te installeren en elkaar toe te voegen onder 'Mijn BackUps'. 
- **On Track Again** is een smartphone applicatie die jongeren opnieuw op weg helpt na een zelfmoordpoging. Het bevat tools die de jongere helpen om tot rust te komen, te ondersteunen, hulp in te schakelen indien nodig en een eigen veiligheidsplan op te stellen. Als hulpverlener kan je de verschillende onderdelen samen met de jongere invullen en de app gebruiken als ondersteuning bij de begeleiding. 

- **Nok Nok – www.noknok.be**



NokNok is een campagne voor jongeren (12-16 jaar) om de eigen veerkracht te verhogen. Het is gebaseerd op de beschermende factoren voor geestelijke gezondheid. Op de website is onder meer een inspiratielijst te vinden met leuke activiteiten om samen met jongeren in groep aan hun veerkracht en mentaal welbevinden te werken.

De website maakt gebruik van zelfeducatie via het internet. De beschermende factoren werden gebundeld in 4 knaltips: (Ik (k)en mezelf, Mijn grenzen, Reken op anderen, Tijd voor mezelf) en zijn ook terug te vinden aan de hand van tips gebracht door 9 herkenbare personages met thema's die aansluiten op de leefwereld van jongeren.

NokNok mikt vooral op jongeren in hun vrije tijd, waarvoor de inspiratielijsten handige instrumenten zijn om samen met jongeren aan de slag te gaan. Er is ook een vorming beschikbaar 'Aan de slag met de inspiratielijst NokNok'.

- **CLBCh@t – www.clbchat.be**



Leerlingen kunnen tijdens de kantooruren steeds terecht bij het CLB, buiten de kantooruren kan dit op afspraak. Door de chat kunnen leerlingen op een ruimere en meer laagdrempelige manier hun vraag stellen aan het CLB.

Een chatgesprek duurt maximum 45 minuten zodat ook andere leerlingen een kans krijgen om te chatten. Het chatprogramma is anoniem en veilig. De CLB-medewerkers hebben beroepsgeheim waardoor discretie en anonimiteit gegarandeerd is.

Chat www.clbchat.be (ma, di, do 17u-21u; wo 14-21u)

14 Referentielijst

- Andriessen, K., Krystinska, K., & Andries, C. (2014). *Zelfdoding bij kinderen en jongeren. Preventie en hulpverlening bij suïcidaal gedrag*. LannooCampus.
- Decoopman, S. (2011). *Aanpak zelfdoding bij jongeren in de Westhoek*. CLB leper.
- Decoopman, S., & Desseyn, N. (2012). *Iris, Risico-inschatting Aanpak Zelfdoding bij jongeren*. CLB leper en CGG Largo.
- Kerkhof, A., & Van Luyn, B. (2010). *Suïcidepreventie in de praktijk*. Bohn Stafleu van Loghum.
- Klasse. (2015, juni 9). Zelfmoordpreventie: los niet alles op in hun plaats.
- Portzky, G., Audenaert, K., & van Heeringen, K. (2005). Adjustment disorder and course of the suicidal process in adolescents. *Journal of Affective Disorders*.
- Suïcidepreventiewerking CGG. (2015). Omgaan met suïcidaal gedrag bij jongeren.
- Vancayseele, N., Rotsaert, I., Portzky, G., & van Heeringen, C. (2015). *De epidemiologgie van suïcidepogingen in Vlaanderen*. Eenheid voor Zelfmoordonderzoek.
- 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*.
- Zelfmoordlijn 1813. (sd). *BackUp*. Opgehaald van www.zelfmoord1813.be
- Zelfmoordlijn 1813. (sd). *On Track Again*. Opgehaald van www.ontrackagain.be
- Zelfmoordlijn 1813. (sd). *Opnieuw verder*. Opgehaald van www.opnieuwverder.be
- Zorg en gezondheid*. (sd). Opgehaald van www.zorg-en-gezondheid.be

15 Bijlagen

- Bijlage 1: Signalen van suïcidaal gedrag
- Bijlage 2: Vragenlijst Kerkhof en Van Luyn
- Bijlage 3: Een suïcidepreventiedraaiboek op school
- Bijlage 4: Procedure gedwongen opname voor minderjarigen uit Oost-Vlaanderen
- Bijlage 5: KIPEO 1
- Bijlage 6: Opmaken van een crisisplan
- Bijlage 7: Gemandateerde voorzieningen
- Bijlage 8: Verklaring van gebruikte afkortingen

BIJLAGE 1: SIGNALLEN VAN SUICIDAAL GEDRAG

VERBAAL

Indirect

- “ik zie het niet meer zitten”
- “ik zou willen dat ik er niet meer was”
- “ik heb er genoeg van”
- “over mij hoeft je je binnenkort geen zorgen meer te maken”
- “ik zou willen slapen en nooit meer wakker worden”
- “ik wil er een eind aan maken”

Direct

- “ik wou dat ik dood was”
- “ik denk aan zelfdoding”
- “ik wil zelfmoord plegen”

GEDRAGSMATIG

- Zich isoleren, terugtrekken
- Stiller zijn
- Lusteloosheid, futloosheid
- Sombere stemming
- Slaapstoornissen
- Concentratiestoornissen - vergeetachtigheid
- Plotse huilbuien
- Woede-uitbarstingen - agressieve buien
- Stoornissen in het activiteitsniveau (sterke inactiviteit of juist hyperactiviteit)
- De neiging om vroeger interessante activiteiten te verwaarlozen
- Weglopen, spijbelen
- Opduikende problemen, met belangrijke personen (vrienden, collega's,...)
- Opvallende verandering en/of verwaarlozing van uiterlijk
- (vermeerderd) alcohol- en/of druggebruik
- Stelen of ander delinquent gedrag
- Interesse in bepaalde boeken, muziek, internetsites,...
- Neiging om onverantwoorde risico's te nemen, kleine ongelukjes
- Weggeven van persoonlijke spullen
- *Zelfmoordpoging – suïcidaal gedrag*

Specifieke signalen van suïcidaal gedrag bij jongeren

ALGEMEEN

- Uiten hun emoties meer in het gedrag dan in woorden
- Vaak gemaskeerde signalen “smiling depression”
- Mondelinge en/of schriftelijke aanwijzingen (gedicht, opstel, tekening) waaruit blijkt dat men leven somber inziet en veel bezig is met de dood/zelfdoding
- Informatie van derden (ouders, medeleerlingen, leerkrachten,...) over mogelijke gedachten aan zelfdoding

GEDRAGSMATIG

- Spijbelen
- Weglopen
- Slechtere schoolprestaties/huiswerk
- Agressief en vervelend gedrag tegenover ouders, medeleerlingen, leerkrachten,...
- Alcohol- en/of druggebruik
- Slechte concentratie

Vooraf zelfmoordgedachten, -plannen, -voorbereidingen en eerdere poging(en) zijn uitermate belangrijke signalen! Elke plotse gedragsverandering kan betekenisvol zijn, zeker tegen de achtergrond van risicofactoren, somberheid, hopeloosheid en depressie!

BIJLAGE 2: VRAGENLIJST A. KERKHOF EN B. VAN LUYN (2010), DOORVRAGEN NAAR DE AARD VAN DE SUÏCIDEGEDACHTEN

- **U bent wanhopig? Klopt dat?**
- **Waarover bent u het meest wanhopig?**
- **Hoe wanhopig voelt u zich nu?**
(Bij vlagen, voortdurend, erger dan ooit?)
- **Bent u al eens eerder zo wanhopig geweest?/ Bent u wel eens nog wanhopiger geweest?**
- **Op een schaal van 0 (helemaal niet wanhopig) tot 100 (maximaal wanhopig), waar zit u dan nu?**
- **Hoe vaak denkt u aan suïcide?**
(Af en toe, dagelijks, voortdurend?)
- **Hoe intens denkt u aan suïcide?**
(Vluchtige gedachte, obsessie, nachtmerrie?)
- **Komen er in uw gedachten ook beelden van suïcide naar boven?**
(Heldere beelden van mogelijke methoden of alleen gedachten?)
- **Hoe indringend zijn die gedachten en beelden van suïcide?**
(Overweldigend en oncontroleerbaar of vluchtig, voorbijgaand en controleerbaar)
- **Beangstigen deze gedachten en beelden u?**
- **Heeft u de drang om toe te geven aan uw verlangen om suïcide te plegen? Bent u bang om de controle over uzelf te gaan verliezen? Heeft u zichzelf in de hand?**
- **Wat is aantrekkelijker voor u: de gedachte door te zullen leven of de gedachte te zullen sterven?**
(Zou u liever door willen leven of leeft u alleen nog maar in afwachting van uw sterven?)
- **Als u aan uw eigen dood denkt, heeft u dan veel verdriet of moet u dan veel huilen?**
(Emotionele kleur kan onverschillig zijn of lijken of juist zeer aangedaan)
- **Heeft u al een plan gemaakt over hoe u een eind aan uw leven zou kunnen maken?**
(Heeft u een voorkeur voor een methode, plaats of datum?)
- **Heeft u al voorbereidingen getroffen in die richting?**
(Middel verworven, klaargelegd; afscheidsbrief geschreven, locatie opgezocht?)
- **Hoeveel haast heeft u met uw wens om suïcide te plegen?**
(Is er nog enige tijd of is er grote haast om vandaag nog suïcide te plegen?)
- **Welke dingen houden u tegen om suïcide te plegen?**
(Familieleden, nog enige hoop op verbetering, eerst nog zaken afmaken?)

- **Wat zou u bereiken indien u suïcide zou plegen?**
(Eindelijk rust, overleden dierbare terugzien, geen pijn meer voelen, het voor anderen gemakkelijker maken, wraak nemen, anderen duidelijk maken hoe wanhopig u bent?)
- **Welke zijn de consequenties van uw suïcide voor anderen?**
(Ernstig leed voor de achterblijvenden, goed voor hen dat ik er niet meer ben, laat me koud?)

Aan de antwoorden op bovenstaande en soortgelijke vragen kan de hulpverlener verschillende graden van de ernst van de suïcidedgedachten afleiden. In grote lijnen kunnen vier niveaus worden onderscheiden:

- 1. Lichte mate ⇨ in EPD 'Ja, licht (sporadisch zelfmoordgedachten):**
De cliënt heeft af en toe vluchtige gedachten aan suïcide, heeft niet nagedacht over een plan, denkt niet dat hij of zij suïcide zal plegen, kan ook nog aan andere dingen denken, realiseert zich mogelijke consequenties voor familie en vrienden, ...maar speelt met het idee als mogelijkheid. Hij of zij lijkt controle over de suïcidale impulsen te hebben. De cliënt wil liever leven dan sterven.
- 2. Ambivalentie ⇨ in EPD 'Ja, matig (dikwijls zelfmoordgedachten)':**
De cliënt wil zowel suïcide plegen als doorgaan met leven. Suïcidaliteit staat in het teken van een breuk met anderen, het houdt verband met teleurstellingen in de relationele sfeer en er zijn soms gedachten aan wraak. Suïcidaliteit is hier sterk impulsief gekleurd en uitgebreide plannen of voorbereidingen zijn niet gemaakt. De cliënt wil sterk afwisselend dan weer dood, dan weer leven.
- 3. Ernstige mate ⇨ in EPD 'Ja, ernstig (reeds afscheidsbrieven/testament)':**
De cliënt heeft voortdurend gedachten en beelden van suïcide in zijn hoofd, voelt zich wanhopig, kan nergens anders meer aan denken, voelt zich sterk aangetrokken tot suïcide, heeft al verschillende methoden overwogen, heeft al een uitgebreid plan gemaakt met verschillende voorbereidingen, denkt dat het voor anderen beter is als hij of zij er niet meer is, maar kan de suïcide nog enige tijd uitstellen. Afscheidsbrieven zijn soms overwogen of geschreven. De cliënt wil veel liever sterven dan doorgaan met leven en is bang voor de eigen impulsiviteit
- 4. Zeer ernstige mate ⇨ in EPD 'Ja, acute dreiging (uitgewerkt plan, acute dreiging)':**
De cliënt is wanhopig, kan alleen nog maar aan suïcide denken, heeft geen oog voor mogelijke consequenties voor nabestaanden, heeft een uitgebreid plan klaar en heeft mogelijk reeds geoefend. De cliënt is slapeloos en emotioneel ontredderd. Hij of zij heeft zichzelf niet meer onder controle. Blickvernauwing treedt op (tunnelvisie, het pré-suïcidale syndroom), de cliënt is moeilijk aanspreekbaar, wil soms niet meer communiceren, is onrustig en radeloos, heeft geen energie meer om nog door te leven, wil ook helemaal niet verder leven, kan niet langer wachten met suïcide te plegen. Elk moment kan er een impulsdoorbraak zijn die leidt tot suïcide.

Deze niveaus zijn niet sterk afgegrensd; ze lopen in elkaar over. De ernst van de suïcidaliteit kan sterk wisselen. Cliënten kunnen wisselen van minder ernstig naar ernstig suïcidaal en omgekeerd. Niet elke cliënt zal precies passen in de omschrijvingen van de verschillende niveaus.

1. Waarom aandacht besteden aan suïcidepreventie op school?

Zelfmoordgedachten komen frequent voor bij jongeren en in vergelijking met andere leeftijdsgroepen ondernemen jongeren meer zelfmoordpogingen. Hoewel jongeren minder sterven door zelfmoord dan andere leeftijdsgroepen, vormt zelfmoord toch één van de belangrijkste doodsoorzaken bij deze doelgroep. Gezien jongeren een aanzienlijk deel van hun tijd op school doorbrengen, zijn preventie-, interventie- en postventiestrategieën met betrekking tot zelfmoord op school essentieel.

2. Wat kan je doen?

Een suïcidepreventiebeleid op school bestaat uit verschillende onderdelen:

a) Preventiestrategieën

Er zijn vier belangrijke types van preventiestrategieën op school om de geestelijke gezondheid te bevorderen en zelfmoordgedrag te voorkomen:

- Investeren in een (geestelijk) gezondheidsbeleid, wat als kader kan dienen voor het ontwikkelen van suïcidepreventiestrategieën
- Ontwikkelen van preventieprogramma's op school (vb. psycho-educatieve programma's, vaardigheidstraining, training voor leerkrachten, screeningsprogramma's,...)
- Bijzondere aandacht besteden aan kwetsbare leerlingen en personeelsleden (vb. nabestaanden na zelfdoding, etnisch-culturele minderheden, holebi- en transgenderjongeren,...)
- De toegang tot dodelijke middelen beperken (vb. beveiligen van ramen, traphallen, de toegang tot daken,...)

Een mix van deze strategieën is nodig om te komen tot een doeltreffend beleid. Meer over deze strategieën kan je lezen in de toolkit 'Zelfmoordpreventie, -interventie en -postventie op school'.

b) Interventies bij suïcidaal gedrag

Om zelfmoord te voorkomen, is het belangrijk dat leerkrachten en ander schoolpersoneel op de hoogte zijn van hoe ze signalen van suïcidaal gedrag kunnen herkennen, hoe ze hierop moeten reageren en hoe ze kunnen doorverwijzen.

In Vlaanderen bestaat een uitgebreid vormingsaanbod rond het herkennen van en gepast reageren op signalen van suïcidaliteit.

c) Wat na een zelfmoord(poging)?

Omgaan met een zelfmoord(poging) van een leerling stelt de school voor een moeilijke opdracht. Het helpt wanneer je in deze situatie kan terugvallen op een crisisplan dat de school ondersteunt om deze situatie op een sensitieve en professionele manier aan te pakken.

Een crisisplan wordt op maat van de school gemaakt, in overleg met de belangrijkste actoren op en rond de school, en bij voorkeur voor er zich een crisissituatie voordoet. Het is belangrijk dat dit plan regelmatig geüpdatet en geëvalueerd wordt.

Na een **zelfmoordpoging** van een leerling, dienen de volgende stappen doorlopen te worden:

- Contacteren van de ouders van de leerling in kwestie en de leerling zelf, om je bezorgdheid uit te drukken en te polsen naar verwachtingen en beschikbare hulp.
- Een bijeenkomst voor het schoolpersoneel organiseren, om het nieuws over te brengen en steun te bieden.
- Klagesprekken organiseren om medeleerlingen in te lichten en te ondersteunen (mits toestemming van de ouders van de leerling in kwestie en de leerling zelf).
- De terugkeer van de leerling naar school voorbereiden, in samenspraak met de ouders, leerlingbegeleider, de leerkracht(en) en de leerling in kwestie.

Na een **zelfmoord** van een leerling, zijn volgende stappen belangrijk:

- Verzamel en check de feiten. Er zijn vaak heel wat geruchten die erg pijnlijk en onjuist kunnen zijn.
- Breng alle betrokkenen (leerlingen, personeel, ouders) op de hoogte en bied ondersteuning.
- Organiseer nazorg voor de leerlingen en het schoolpersoneel (vb. klasgesprekken, rouwregister, stille ruimte ter beschikking stellen, samen naar de begrafenis gaan, ...)
- Zorg voor professionele hulp voor de leerlingen en het schoolpersoneel. Nodig een deskundige uit om je bij te staan (vb. CLB-medewerker).
- Duid een woordvoerder aan die indien nodig de media te woord kan staan en hierbij nauwkeurig de mediarichtlijnen inzake zelfdoding volgt.
- Ook wanneer een leerling een dierbare verliest door zelfdoding heeft die nood aan ondersteuning:
- Overleg met de leerling en diens ouders welke informatie aan de medeleerlingen en het schoolpersoneel kan worden meegedeeld, hoe de leerling geholpen en ondersteund kan worden,...
- Informeer (mits toestemming van de leerling en diens ouders) de medeleerlingen en het schoolpersoneel.
- Ondersteun en bereid de terugkeer naar school voor met de leerling en diens ouders.
- Heb geduld, toon begrip en zorg desgewenst voor praktische en psychologische ondersteuning (vb. de Centra voor Leerlingenbegeleiding).

3. Geestig gezond op de planken

Jongeren zijn een risicogroep voor zelfdoding en zijn bovendien meer vatbaar voor eenzijdige beeldvorming. Hierdoor kan een ondoordachte blootstelling aan nieuwsberichten, theatervoorstellingen, films of documentaires over zelfdoding ervoor zorgen dat jongeren sneller zelf dit gedrag stellen of zelfmoord als een oplossing en uitweg zien. Om die redenen ontraden experts in de suïcidepreventie toneelvoorstellingen over zelfdoding binnen de schoolcontext.

Kies je er toch voor om een toneelvoorstelling over dit thema aan te bieden, voorzie dan zeker voldoende ondersteuning en omkadering. Je vindt in de infofiche 'Geestig gezond op de planken' tips en aandachtspunten over het beoordelen van een toneelstuk over zelfmoord, het organiseren van een nabespreking, de opvang van risicoleerlingen en het inbedden van dit thema in een breder beleid rond geestelijke gezondheid en suïcidepreventie op school.

4. Ondersteuning

Meer tips en tools kan je vinden in de toolkit 'Zelfmoordpreventie, interventie en postventie op school' die in het kader van het project Euregenas werd ontwikkeld.

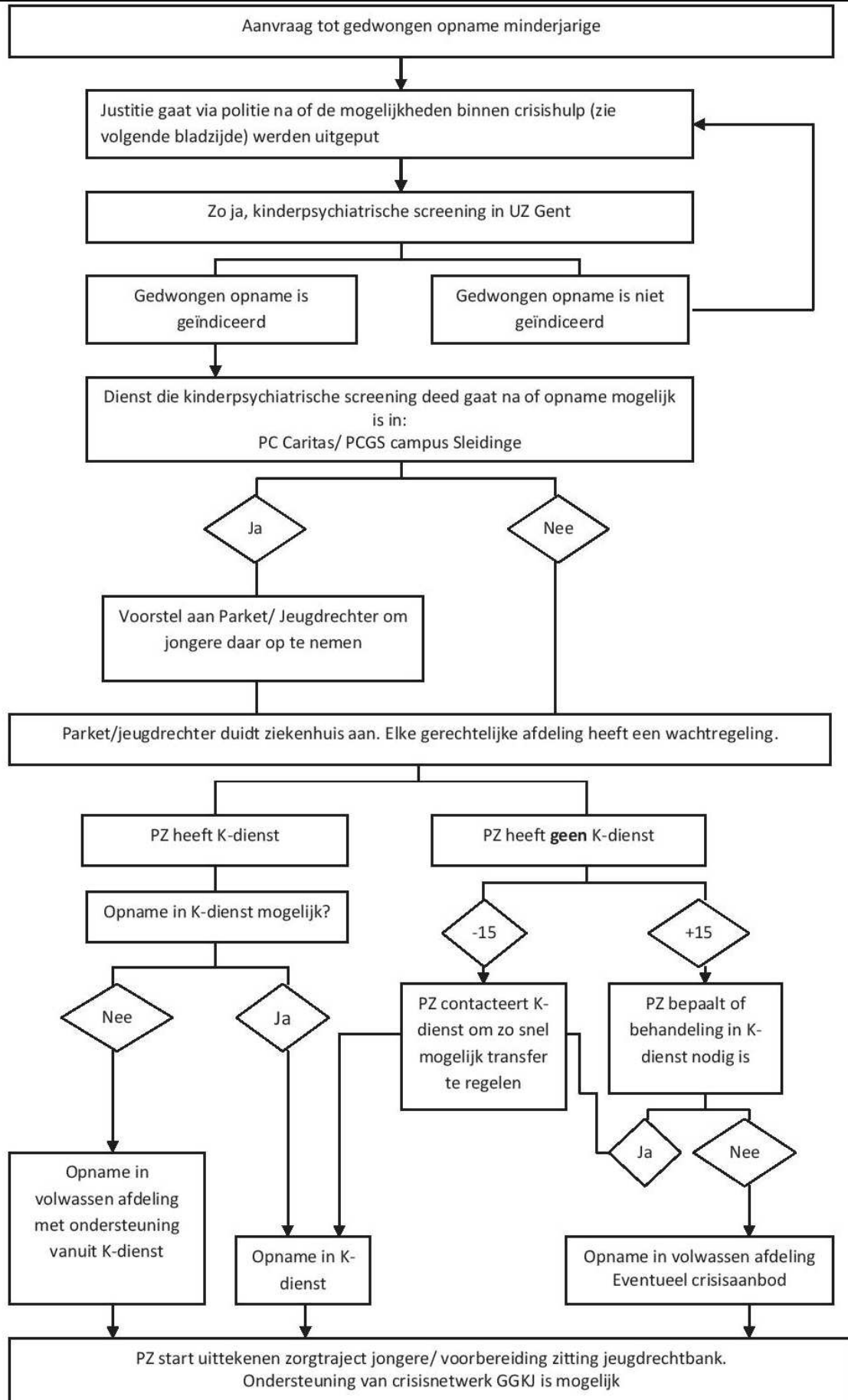
De suïcidepreventiewerking van de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG-SP) heeft een modeldraai-boek opgemaakt dat elke school kan gebruiken als basis om een suïcidepreventiebeleid op maat op te stellen. Het draaiboek bestaat uit 4 luiken: vroegdetectie en -interventie, acute dreiging en crisisinterventie, na een suïcidepoging, na een suïcide. Elk luik omvat afspraken i.v.m. coördinatie, communicatie en richtlijnen voor het concrete handelen en evaluatie. CGG-SP biedt ondersteuning bij de opmaak van een draaiboek suïcidepreventiebeleid op maat van de school. Voor meer informatie over het modeldraaiboek en de bijhorende ondersteuningsactiviteiten, kan je CGG-SP in jouw provincie contacteren.

5. Uitgave Politeia: Omgaan met suïcide op school

In samenwerking met Uitgeverij Politeia ontwikkelden CGG-SP en Werkgroep Verder de brochure Omgaan met Suïcide op School. Deze brochure is een concreet hulpmiddel voor scholen die een draaiboek suïcidepreventie willen maken, aangepast aan de eigen realiteit. De brochure bestellen kan via de website van Uitgeverij Politeia.

(Bron: Klasse voor leraren)

BIJLAGE 4: PROCEDURE GEDWONGEN OPNAME VOOR MINDERJARIGEN UIT OOST-VLAANDEREN



BIJLAGE 5: KIPEO 1

KIPEO (1): Instrument voor eerste Psychosociale Evaluatie en Opvang van suïcidepogers (Kinderen- en jongeren)

Naam ziekenhuis/instelling:

Datum en tijdstip van aanmelding: [][] [][] [][] (dag/maand/jaar) [][] (hh:mm)

Datum en tijdstip van suïcidepoging: [][] [][] [][] (dag/maand/jaar) [][] (hh:mm)

Info bij aanmelding (waar aangetroffen, reacties omgeving, info ambulanciers, opvallende elementen)

.....
.....
.....
.....

Poging onderbroken door derden (omcirkel wat van toepassing is)

Nee Ja Onbekend

Aanmelding (meerdere antwoorden mogelijk)

- Op eigen initiatief
- Ouders
- Vrienden
- Ambulance
- School/ CLB
- Huisarts
- Bijzondere jeugdzorg
- Gehandicaptenzorg
- Andere:.....

Ernst van het lichamelijk letsel

- Geen letsel
- Beperkt
(geen levensbedreigend noch dringend letsel)
- Ernstig
(niet-levensbedreigend wel dringende medische hulp vereist)
- Levensbedreigend
(onmiddellijke medische hulp vereist)

Methoden: kruis alle gebruikte methoden aan!

- Verhangen, wurging
- Gebruik van vuurwapen of ander explosief materiaal of apparaat
- Zelfverwonding door zich voor een bewegend voorwerp te werpen
- Veroorzaken van een verkeersongeval
- Zelfverwonding door van een hoogte te springen
- Verbranding of zelfverwonding d.m.v. hete dampen of voorwerpen
- Zelfverwonding toegebracht met scherp of stomp voorwerp inclusief inslikken
- Verdrinking
- Pesticiden, herbiciden en andere landbouwchemicaliën
- Inhaleren van gassen en dampen
- Elektrocutie
- Auto-intoxicatie (bv. medicatie, verdovende middelen, ...)
(specificeer middel en hoeveelheid)
.....
.....
- Alcohol
- Andere methode(n)
.....
.....

Datum van afname KIPEO 1: [][] [][] [][] (dag/maand/jaar)

Bij GEEN afname: Reden:

Sociodemografische gegevens

Geboortedatum

[][] [][] [][]
dag maand jaar

Geslacht

- Jongen
- Meisje

Woonsituatie

- Bij eigen familie
 - Beide ouders
 - Co-ouderschap
 - Eenoudergezin
 - Nieuw samengesteld gezin
 - Andere familie:
- Gezinsvervangende situatie
 - Voorziening (BJZ, GGZ, gehandicaptenzorg)
 - Pleeg/adoptiegezin
- Alleen
- Andere:

Geboorteland

Biologische moeder:

- België
- Nederland
- Marokko
- Italië
- Turkije
- Andere:

Biologische vader:

- België
- Nederland
- Marokko
- Italië
- Turkije
- Andere:

Schoolsituatie

- Lager onderwijs
- ASO
- TSO
- BSO
- Deeltijds/leercontract
- BUSO
- Kunstonderwijs
- Andere:

Niet schoolgaand.

Reden:.....
.....

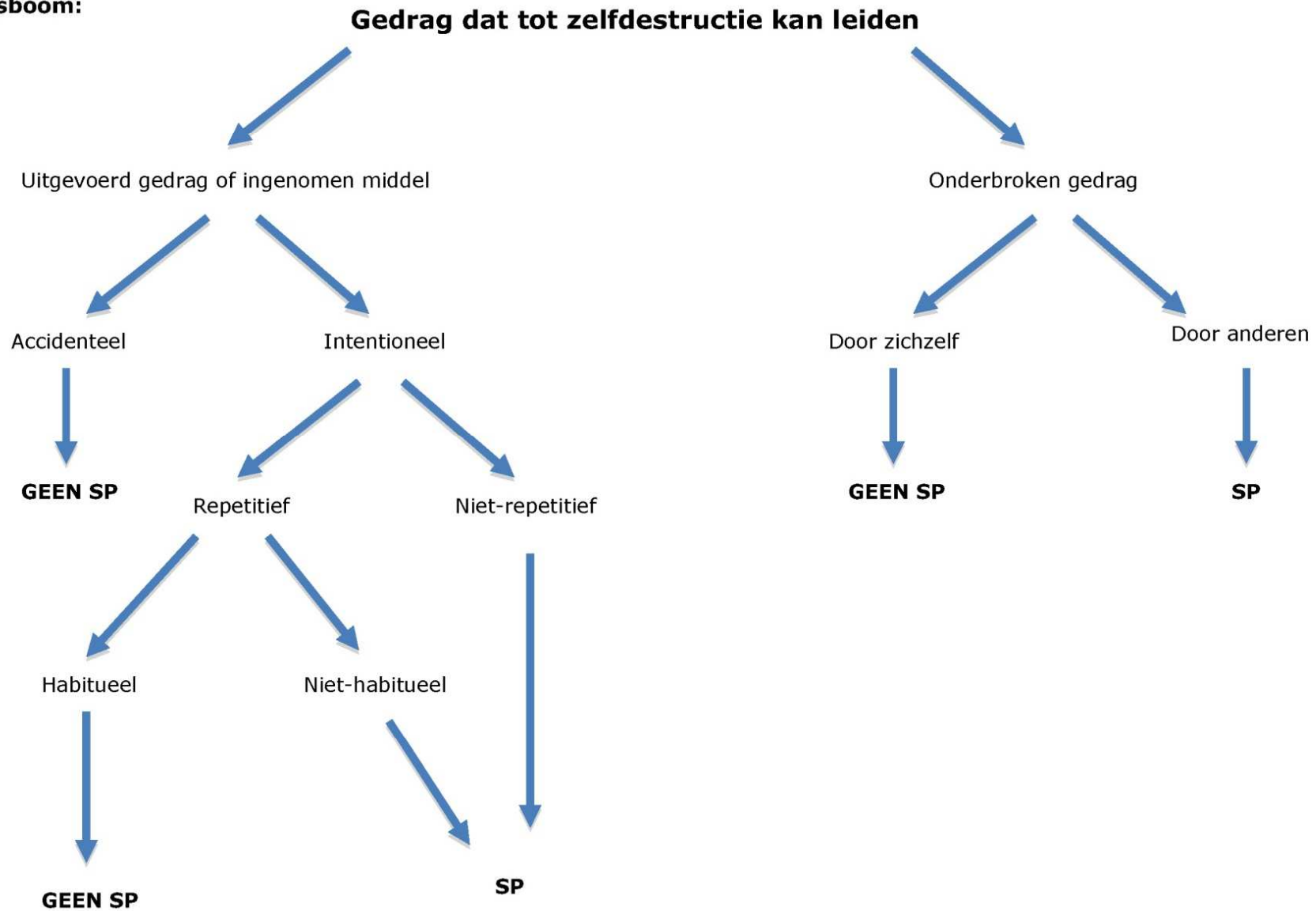
Medicatiefiche

.....
.....
.....

Definitie suïcidepoging (SP)

“Elke handeling, met een niet fatale afloop, waarbij een individu opzettelijk en wel overwogen een ongewoon gedrag stelt of initieert, dat zonder interventie van anderen zal leiden tot zelfverwonding (of zelfvernietiging), of waarbij een individu opzettelijk een stof inneemt in een grotere dan de voorgeschreven of algemeen aanvaardbare therapeutische dosis, met de bedoeling via de actuele of verwachte fysische gevolgen verlangde verandering(en) te bewerkstelligen.”

Beslisboom:



Inleiding aan patiënt: *Ik heb vernomen van [vul in met persoon van wie de informatie komt] dat je [vul in met methode]. Ik zou je nu graag enkele vragen stellen. Het is belangrijk dat je ze zo goed mogelijk beantwoordt omdat we zo kunnen nagaan hoe je het best geholpen kan worden. Nadien kunnen we dat dan samen bespreken. Is dat oké voor jou?*

Inschatting van emoties

Bevraag hoe de patiënt zich nu voelt: *Meestal nadat iemand zoiets heeft gedaan zoals jij hebt gedaan, gaan er veel gevoelens door hem/haar heen. Kan je mij vertellen hoe jij je nu voelt?*

Indien het moeilijk is voor de patiënt om de gevoelens te benoemen, toon de gevoelens op de achterzijde van pagina 2: *Ik begrijp dat het moeilijk is voor jou om te vertellen hoe jij je nu voelt. Op dit blad staan gevoelens die andere jongeren hebben gemeld. Kan je mij tonen of zeggen welke jij nu ervaart?*

Kruis aan hoe de patiënt zich nu voelt. (meerdere antwoorden mogelijk)

- | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> kwaad | <input type="checkbox"/> schuld, schaamte |
| <input type="checkbox"/> blij, vrolijk | <input type="checkbox"/> leeg |
| <input type="checkbox"/> triestig, depressief | <input type="checkbox"/> onrustig, geagiteerd |
| <input type="checkbox"/> blij nog te leven, spijtig dat het gebeurd is, opgelucht | <input type="checkbox"/> agressief |
| <input type="checkbox"/> ontgoocheld/teleurgesteld dat de poging mislukt is, wil dood | <input type="checkbox"/> rustig |
| <input type="checkbox"/> angstig | <input type="checkbox"/> tegenstrijdige, ambivalente gevoelens |
| | <input type="checkbox"/> ontkenning van poging, minimalisatie |
| | <input type="checkbox"/> te versuft om inschatting te maken |
| | <input type="checkbox"/> andere |

Eerdere suïcidepogingen (huidige poging en automutilatie NIET meetellen!)

Als jongeren binnenkomen op de spoed nadat ze opzettelijk zichzelf hebben verwond of iets hebben ingenomen dat hen lichamenlijk kan beschadigen, dan blijkt dat voor sommige jongeren het niet de eerste keer was dat ze zoiets deden. Heb jij zoiets al eerder gedaan? Hoeveel keer heb je dat al gedaan?

- Geen eerdere → geen vragen meer bij dit item
- 1 eerdere
- 2 eerdere
- 3 eerdere
- 4 of meer eerdere suïcidepogingen

Kan jij je herinneren hoe lang geleden de vorige poging was? Wanneer was dit?

- Minder dan 6 maanden geleden
- Meer dan 6 maanden geleden

Wat heb je toen gedaan?

Methode:

Weet iemand dat je dat toen gedaan hebt?

- Nee → Geen vragen meer bij dit item
- Ja → *Wie is daarvan op de hoogte?*

Kan jij je herinneren of er toen iets gebeurd is om je te helpen?

- Nee → Geen vragen meer bij dit item
- Ja → *Wat is er toen gebeurd? Weet je wie erbij betrokken was?*
- Psychiater/Psycholoog
- CLB
- Huisarts
- Ouders/voogd/vrienden
- Andere

Automutilatie

Heb je jezelf ooit meermaals opzettelijk pijn gedaan of verwond door bijvoorbeeld jezelf te krassen?

- Nee
- Ja → *Kan jij je herinneren wanneer je dit voor het laatst gedaan hebt?*
- Minder dan 6 maanden geleden
- Meer dan 6 maanden geleden

Sociaal netwerk en steun

Heb je over het algemeen het gevoel dat er iemand om je geeft? Wie zijn dat dan?

- Niemand
- (Stief-) Ouders
- Vrienden
- Cybervrienden
- Broers/Zussen
- Lief
- Leerkracht
- Andere:

Met wie kan je over het algemeen praten over dingen die je echt dwars zitten? Op wie kan je rekenen?

- Niet geneigd om over iets te praten
- Niemand
- (Stief-) Ouders
- Vrienden
- Cybervrienden
- Broers/Zussen
- Lief
- Leerkracht
- Andere:

Aanwezigheid suïcidegedachten en -plannen

Denk je er momenteel aan om jezelf opnieuw opzettelijk iets aan te doen (opzettelijk jezelf verwonden of iets innemen dat je lichamenlijk kan beschadigen)?

- Nee (→ volgende vraag overslaan)
- Zwak
- Matig tot sterk

Waar denk je aan? Wat denk je dan te doen?

- Niet over nagedacht
- Over nagedacht maar details niet uitgewerkt
- Details uitgewerkt en goed geformuleerd

Toekomstbeeld / Mate van hopeloosheid

Ga na de patiënt de toekomst tegemoet ziet. Omcirkel de mate van hopeloosheid.

Wat denk je dat er nu zal gebeuren? Denk je dat het goed komt met jou? Zie je mogelijkheden dat het beter wordt voor jou?

.....

.....

.....

Omcirkel: Hoopvol Ambivalent Hopeloos

Bereidheid tot verdere begeleiding

We hebben ondervonden dat jongeren in jouw situatie best verder ondersteund worden. Vind je het oké om een gesprek te hebben met [naam volgende zorgverstreker] om een beter zicht te krijgen op je moeilijkheden, en hoe we jou daarbij kunnen helpen?

- Wil geen verdere begeleiding (→ huisarts, ouders en/of derden op de hoogte brengen)
- Neutraal
- Wil verdere begeleiding

Mogelijke gevoelens

- kwaad
- blij, vrolijk
- triestig, depressief
- blij nog te leven, spijtig dat het gebeurd is, opgelucht
- ontgoocheld/teleurgesteld dat de poging mislukt is, wil dood
- angstig
- schuld, schaamte
- leeg
- onrustig, geagiteerd
- agressief
- rustig
- andere

Een Safety Plan opstellen

Een safety plan of veiligheidsplan helpt je om in zes stappen een crisis te overbruggen. Vul het in op momenten dat het beter gaat, zodat je op een moment van crisis weet wat te doen. Een safety plan kan je zelfstandig invullen en gebruiken, maar je kan het ook samen invullen met een hulpverlener, een vriend of een vrijwilliger van Zelfmoordlijn 1813.

Het safety plan is één van de tools in de app BackUp, de app On Track Again en de zelfhulp cursus Think Life. Het opstellen van een safety plan wordt erkend als een van de 'best practices' uit de suïcidepreventie.

Je vult je safety plan in je eigen woorden in, kort en krachtig. Hoe concreter je het uitwerkt, hoe eenvoudiger het zal zijn om de voorgenomen stappen op moment van crisis in handelen om te zetten.

Tips bij het invullen

- Probeer na te gaan hoe vorige crisissen werden voorkomen of wat je toen had kunnen ondernemen. Wat hielp je? Wat hielp er niet?
- Betrek anderen. Soms is samen invullen eenvoudiger dan alleen. Met twee zie je vaak meer.
- Probeer de acties die je kunt ondernemen zo concreet mogelijk te maken. Probeer in kleine stapjes te denken.
- Sta stil bij of je voorgenomen stappen haalbaar zijn. Ben je bijvoorbeeld vooral 's nachts in crisis, zorg dan dat de stappen ook 's nachts uitvoerbaar zijn. Bedenk eventueel alternatieven voor 's nachts, schoolvakanties, enz.
- Toets je safety plan af met een vertrouwensfiguur, zoals een goede vriend of hulpverlener.

Ingevuld, en dan?

- Zorg dat je je safety plan steeds bij je hebt, zodat je er altijd aan kunt. Als je een smartphone hebt, kan je de app BackUp gebruiken om je safety plan bij te houden, dan heb je het altijd op zak.
- Het is handig wanneer andere mensen op de hoogte zijn van je safety plan. Voor de personen die je bijvoorbeeld onder punt vier of vijf vermeldt kan het fijn zijn als ze weten dat jij dit plan hebt en ook gebruikt.
- Bekijk regelmatig of je safety plan nog up to date is. Klopt alles nog? Misschien zijn er contacten bij gekomen of verdwenen, heb je nieuwe signalen ontdekt of andere afleidingen gevonden. Zorg goed voor je safety plan zodat je op momenten dat het nodig is goed kan zorgen voor jezelf.

Zes stappen



Signalen herkennen - Welke signalen kunnen een mogelijke crisis bij je aankondigen? Welke gedachten en gevoelens gaan er aan een crisis vooraf? Zijn er bepaalde situaties die risicovol zijn?

Voorbeelden: al een aantal nachten slecht geslapen hebben, de laatste tijd meer alcohol drinken, je hopeloos voelen en het gevoel hebben dat niets nog zin heeft, niet meer buiten komen, ...



Eigen coping - Wat kan je zelf doen om rustiger te worden? Hoe zet je je gedachten op iets anders? Wat kun je zelf ondernemen om je iets minder slecht te voelen?

Voorbeelden: een stuk gaan stappen of lopen, tekenen, nare gedachten van je af schrijven, naar muziek luisteren, afreageren op een boksbal, een warm bad of douche nemen, film kijken, ...



Ik vind afleiding bij... - Wanneer je er zelf niet uitgeraakt, kunnen andere mensen afleiding bieden. Door contact met andere mensen is de kans kleiner dat je volle aandacht bij je negatieve gedachten blijft. Waar vind jij afleiding?

Voorbeelden: afspreken met een vriend/vriendin, bij familie langsgaan, naar een activiteit in het buurthuis of cultureel centrum gaan, iets gaan drinken, ...



Blijf er niet mee zitten - Bij welke personen uit je omgeving kan je terecht met je gevoelens? Bij wie kan je aankloppen? Dit kunnen familie of vrienden zijn, maar denk ook aan een collega, een leerkracht, ... Iemand bij wie je je veilig voelt en durft te bespreken dat je in een crisis zit.

Tip: Het kan helpen om vooraf een smsje of mailtje op te stellen dat je direct kan versturen. Dit kan je ook via de BackUp app doen.



Wie kan hulp bieden? - Welke professionele hulpverlener kan je helpen? Denk aan je huisarts, een lokale hulpdienst of andere professionals waarmee je in contact bent.

Ook de Zelfmoordlijn 1813 of de nooddiensten kan je hier vermelden.



Mijn veilige omgeving - Hoe zorg je dat je veilig bent en blijft tijdens een crisis? Zorg ervoor dat je ook in de toekomst jezelf niets aandoet. Wat kun je doen om de toegang tot middelen te beperken?

Voorbeelden: (niet-gebruikte) medicatie terugbrengen naar de apotheek, omgeving op de hoogte brengen, ...

Moeite met invullen?

- Kom je maar tot losse flarden? Dat is al een begin. Verwacht niet van jezelf dat je direct een compleet plan hebt. Begin met losse steekwoorden.
- Onthoud dat ook als invullen niet lukt, het ermee bezig zijn al een stap in de goede richting is.
- Kom er nog eens op terug op een moment dat het iets beter gaat. Op sommige dagen zie je misschien geen enkele mogelijkheid, op andere dagen zie je ze misschien weer wel.
- Neem er de tijd voor en probeer niet te streng voor jezelf te zijn.



Safety Plan is een initiatief van Zelfmoord1813
www.zelfmoord1813.be/SafetyPlan

Ken je BackUp al?

BackUp is onze mobiele applicatie die houvast wil bieden bij zelfdodingsgedachten.



Jeugdhulp in verontrustende situaties. De stap naar een gemandateerde voorziening...

Elke jeugdhulpverlener zoekt zo veel mogelijk naar oplossingen binnen de vrijwillige hulp. Ook als een kind of jongere in een situatie leeft die echt zorgwekkend is. Maar soms lukt dat niet en dan blijft de hulpverlener toch zitten met zorgen over de veiligheid en ontwikkeling van minderjarige(n). In zo'n situatie zal de hulpverlener het gezin aanmelden bij een 'gemandateerde voorziening'. Dat is een dienst die speciaal voor zulke situaties bestaat.

Wat is een gemandateerde voorziening?

Een gemandateerde voorziening is een dienst die beslist of de overheid moet tussenkomen in de hulpverlening. Er zijn twee diensten in Vlaanderen die daarvoor een specifieke opdracht, een 'mandaat', hebben:

- Het **Ondersteuningscentrum Jeugdzorg (OCJ)**
- Het **Vertrouwenscentrum Kindermishandeling (VK)**

De gemandateerde voorzieningen hebben vier taken:

- **Advies** geven aan hulpverleners;
- Onderzoeken en beslissen of **hulpverlening noodzakelijk** is voor de veiligheid of ontwikkeling van een minderjarige, ook als de ouders en/of kinderen dat niet zien zitten;
- **Hulpverlening** opstarten of lopende hulpverlening mee opvolgen;
- **Doorverwijzen** naar het Parket als gerechtelijke jeugdhulp nodig is.

Het is nog steeds vrijwillige jeugdhulp (dus met het akkoord van het gezin – ouders én kinderen). Maar het gezin kan niet zomaar beslissen om de hulp te veranderen of stop te zetten. Daarover wordt samen beslist: in overleg met het gezin, de hulpverleners en de gemandateerde voorziening.

Wat gebeurt er na de aanmelding?

De gemandateerde voorziening nodigt het gezin (ouders én kinderen) en de hulpverlener die heeft aangemeld uit voor een gesprek. Iedereen krijgt de kans om zijn verhaal te doen. De gemandateerde voorziening stelt vragen over de leefsituatie en over de hulp die al geboden is. Samen wordt bekeken of de situatie thuis veilig is en of er genoeg kansen zijn voor de minderjarige(n) om goed op te groeien. Met die informatie zal de gemandateerde voorziening beslissen of ze de hulpverlening zal opvolgen of niet.

Wat kan de gemandateerde voorziening beslissen?

De gemandateerde voorziening tracht altijd hulpverlening te vinden die het gezin (ouders én kinderen) uit vrije wil aanvaarden.

Maar als dat niet lukt, dan kan de gemandateerde voorziening doorverwijzen naar het Parket. Ook als het gezin dat niet ziet zitten. Het Parket kan de jeugdrechter inschakelen en die kan dan gerechtelijke jeugdhulp opstarten. Het gezin komt dan in de gedwongen hulpverlening terecht.

Meer informatie

www.jongerenwelzijn.be/integrale-jeugdhulp

Oost-Vlaanderen, OCJ regio Gent-Eeklo

Adres Virginie Lovelinggebouw
Koningin Maria Hendrikaplein 70 bus 52B, 9000 Gent
Tel. 09 276 11 40
Mail ocj.genteeklo@jongerenwelzijn.be
Iedere weekdag van 9u00 tot 12u00 en van 14u00 tot 17u00

Vertrouwenscentrum Kindermishandeling Oost-Vlaanderen

Adres Brugsesteenweg 274A, 9000 Gent
Tel. 09 216 73 30
Mail info@vkgent.be

(Bron: folder gemandateerde voorziening)

BIJLAGE 8: VERKLARING VAN DE GEBRUIKTE AFKORTINGEN

ASPHA	Advies SuïcidePreventie voor Huisartsen en Andere hulpverleners
AZ	Algemeen Ziekenhuis
CAR	Centrum voor Ambulante Revalidatie
CAW	Centrum voor Algemeen Welzijn
CGG	Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg
CGGsp	Suïcidepreventiewerking van de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg
CLB GO	Centrum voor LeerlingBegeleiding van het GemeenschapsOnderwijs
GGZ KJ	Geestelijke GezondheidsZorg Kinderen en Jongeren
HSL	Huisartsenkring Schelde-Leie
IJH	Integrale JeugdHulp
IRISC	Instrument risico-inschatting suïcidale gedachten en crisissituaties
JAC	Jongeren Advies Centrum
KIPEO	Instrument voor eerste Psychosociale Evaluatie en Opvang van suïcidepogers (Kinderen en jongeren)
OCJ	OndersteuningsCentrum Jeugdzorg
RCGG	Regionaal Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg
VCLB	Vrij Centrum voor LeerlingBegeleiding
VK	Vertrouwenscentrum Kindermishandeling