

Inhoud

Deel 1. Situering en achtergrondinformatie	5
1. Uitgangspunten	6
a. Suïcide kan voorkomen worden	6
b. Suïcidaliteit krijgt voorrang	7
c. Suïcidaal gedrag is een op zichzelf staande problematiek	7
d. Suïcidepreventie is een taak voor elke hulpverlener	8
e. Suïcidepreventie speelt zich af op verschillende niveaus	8
2. Zelfdoding bij kinderen en jongeren: situering	9
Doelstelling, doelgroep en regio	11
3. Verklarend model en suïcidaal proces	12
a. Het integratief model	12
b. Het suïcidaal proces	15
Beleving van een suïcidale jongere	17
4. Signalen	18
5. Suïcidaliteit bespreekbaar maken	19
Misvattingen weerlegd	20
Do's en Don'ts	21
Wat werkt:	22
Wat werkt niet:	22
6. Risico-inschatting	23
a. Acut suïciderisico inschatten	23
b. Suïcidaal gedrag verder onderzoeken	24
c. Risicoformulering	25
7. Basisprincipes (MDRL)	25
Contact maken	25
Bevorderen van veiligheid	26
Safetyplan	27
Betrekken van naasten	27
Naasten betrekken: in gesprek met de ouders	29
Zorgen voor follow-up en zorgcontinuïteit	30

8. Online Tools	30		
Zelfhulp cursus 'Think Life'	31		
App BackUp	31		
Website On Track Again	31		
App On Track Again	32		
9. Folders	35		
10. Ondersteunende diensten	35		
Suïcidepreventiewerking van de Centra Geestelijke Gezondheidszorg (CGG-SP)	35		
Werkgroep Verder	36		
Missing You	37		
Similes	37		
11. Digitale tools en telezorgdiensten	37		
Awel	37		
Tele-Onthaal	38		
Zelfmoord1813	38		
Nok Nok	39		
CLBCh@t	39		
Deel 2. Zorgnetwerk suïcidepreventie voor minderjarigen. Regio Meetjesland	41		
1. Schema zorgnetwerk suïcidale minderjarige	42		
Signaalherkenning	43		
Contact met een hulpverlener en (huis)arts	43		
Risico-formulering	44		
Mogelijke acties bij suïcidegedachten	45		
Aanwezigheid van suïcidegedachten (Niet - Acuut, Actie +24u)	45		
Acuut suïciderisico (Actie 20 min <> 24 u)	46		
Urgent suïciderisico	48		
Weigering van de hulpverlening	49		
Mogelijke acties na een suïcidepoging	50		
In contact met een jongere na een suïcidepoging (Urgent - Actie < 20 min.)	50		
Lichamelijke stabilisatie nodig	51		
		Lichamelijke stabilisatie niet nodig, contact met een hulpverlener en (huis)arts	51
		Risico-formulering	52
		Acuut suïciderisico	52
		Urgent suïciderisico	53
		Weigering van de hulpverlening	54
		2. Netwerkafspraken	55
		Rol van de huisarts	55
		Rol van het JAC	56
		Rol van het CLB	57
		Rol van het RCGG	58
		Rol van het crisisnetwerk - crisismeldpunt	61
		Rol van de Spoedopname en het Algemeen Ziekenhuis	63
		Rol Timanti, dagbehandeling kinder- en jeugdpsychiatrie AZ Alma	64
		Rol van de Politie	66
		Referenties	67
		Bijlagen	69
		Bijlage 1: Beslissingsboom suïcidepoging	70
		Bijlage 2: Voorbeeldvragen risico-inschatting	71
		Bijlage 3: Risicoformulering	75
		Bijlage 4: Safetyplan	80
		Bijlage 5: (K)IPEO	83
		Bijlage 6: procedure gedwongen opname voor minderjarigen uit Oost-Vlaanderen	87
		Bijlage 7: Gemandateerde Voorzieningen	88
		Bijlage 8 Verklaring van de gebruikte afkortingen	90

A grayscale photograph of a person sitting on a windowsill, looking out a window. The person is wearing a dark long-sleeved top and dark pants. A laptop is open on the windowsill in front of them. The window shows a view of a building with multiple windows. The overall mood is contemplative and quiet.

Deel 1

Situering en achtergrondinformatie

Zo goed als elke hulpverlener zal gedurende zijn of haar carrière geconfronteerd worden met personen die aan zelfmoord denken, een zelfmoordpoging ondernomen hebben of zelfmoord plegen. De gevoeligheid en complexiteit van deze problematiek zorgt ervoor dat hulpverleners soms onzekerheid ervaren met betrekking tot het omgaan met personen met suïcidegedachten.

Het Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie ontwikkelde een multidisciplinaire richtlijn voor het detecteren en behandelen van suïcidaal gedrag en een e-learningwebsite (www.zelfmoord1813.be/sp-reflex) om artsen, psychologen, psychotherapeuten en verpleegkundigen te ondersteunen bij het omgaan met suïciderisico binnen de gezondheidszorg. Deze **richtlijn** biedt handvatten bij het detecteren, behandelen en opvolgen van personen met suïcidegedachten en hun naasten. De handleiding zorgnetwerk Meetjesland is gebaseerd op de handleiding zorgnetwerk Deinze en de multidisciplinaire richtlijn.

1. Uitgangspunten

a. Suïcide kan voorkomen worden

Suïcide gebeurt meestal niet impulsief, bijna altijd gaat er een heel proces aan vooraf. Suïcidepreventie kan pas haar volledige potentieel bereiken wanneer men ervan overtuigd is dat dit proces op elk moment omkeerbaar is en een suïcide dus op elk moment nog voorkomen kan worden. Belangrijk hierbij is om zo vroeg mogelijk in het proces in te grijpen. Het detecteren en bespreekbaar maken van suïcidaliteit zijn dus van fundamenteel belang.

Personen met suïcidegedachten ervaren een sterke vernauwing in hun denken, vaak in die mate dat ze geen mogelijkheid meer zien om zelf het suïcidale proces te keren. Door de zelfmoordgedachten te bespreken en specifiek aan deze suïcidaliteit te werken, kan een hulpverlener de persoon met suïcidegedachten inzicht geven in deze gedachten, **alternatieven aanreiken en leren omgaan** met deze zelfmoordgedachten.

Dit wil echter niet zeggen dat élke suïcide te voorkomen is en het al dan niet voorkomen van een suïcide is niet uitsluitend de verantwoordelijkheid van hulpverleners. Het suïcidale proces is niet rechtlijnig en aangezien suïcidaliteit door zoveel factoren beïnvloed wordt, is het moeilijk te voorspellen of en wanneer iemand zelfmoord zal plegen. Daarom is het belangrijk om **altijd alert te zijn** voor signalen van zelfdoding en zelfdodingsgedachten **actief te bevragen**.

b. Suïcidaliteit krijgt voorrang

Personen met acute zelfmoordgedachten dienen **voorrang te krijgen in de hulpverlening**. Zij zijn immers in levensgevaar. Extra aandacht dient gegeven te worden aan personen die recent een zelfmoordpoging ondernomen hebben, aangezien zij extra kwetsbaar zijn voor herhaald suïcidaal gedrag. Zodra het bekend is of vermoed wordt dat een hulpvrager aan zelfmoord denkt, dienen deze zelfmoordgedachten **prioriteit te krijgen in de behandeling**. Pas wanneer het acute suïciderisico onder controle is, kunnen eventuele onderliggende problematieken behandeld worden.

c. Suïcidaal gedrag is een op zichzelf staande problematiek

Vaak wordt suïcidaliteit gezien als een symptoom of een gevolg van een psychische problematiek, zoals depressie. Maar hoewel bij veel personen met suïcidegedachten psychische stoornissen spelen en veel depressieve en bipolaire personen suïcidale gedachten hebben, is **suïcidaliteit niet altijd een symptoom of gevolg van een stoornis**.

Suïcidaliteit moet gezien worden als een op zichzelf staande problematiek die een **specifieke behandeling** vereist. De sterke link tussen psychische stoornissen en suïcidaliteit betekent echter wel dat men bij de behandeling van personen met

een psychische stoornis extra alert moet zijn voor signalen van suïcidaliteit en dat er bij personen met suïcidedgedachten een grondige diagnose dient te gebeuren om de aanwezigheid van mogelijke andere psychische problematieken na te gaan.

d. Suïcidepreventie is een taak voor elke hulpverlener

Vaak wordt suïcidepreventie gezien als een taak voor specialisten, zoals psychiaters of psychologen. Veel hulpverleners durven geen gesprek over suïcidaliteit aan te gaan en schuiven die taak door naar collega's. Het is echter belangrijk dat **elke hulpverlener alert is voor signalen van suïcidaliteit en hier iets mee doet**. In deze richtlijn wordt dan ook uitgebreid stilgestaan bij het herkennen van waarschuwingssignalen, het aangaan van een gesprek over zelfmoord en het onderzoeken van zelfmoordgedachten. Elke hulpverlener kan hierin een rol opnemen.

e. Suïcidepreventie speelt zich af op verschillende niveaus

Suïcidepreventie omvat meer dan enkel de behandeling van personen met suïcidedgedachten. Om een effectief zelfmoordpreventiebeleid uit te werken, moeten acties ondernomen worden op verschillende preventieniveaus:

- **Universele preventie** richt zich op de volledige bevolking en omvat onder meer de bevordering van geestelijke gezondheid en het voorkomen van geestelijke gezondheidsproblemen.
- **Selectieve preventie** is gericht op doelgroepen die een verhoogd risico hebben om suïcidaal gedrag te ontwikkelen.
- Strategieën binnen de **geïndiceerde preventie** richten zich op mensen die reeds suïcidale gedachten hebben of suïcidaal gedrag vertonen.

2. Zelfdoding bij kinderen en jongeren: situering

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

- Een **suïcide** is een daad met fatale afloop die de overledene in de wetenschap of de verwachting van een potentiële fatale afloop heeft geïnitieerd en uitgevoerd met als doel gewenste veranderingen te bewerkstelligen.
- Een **suïcidepoging** wordt bij kinderen en jongeren door de Wereld Gezondheidsorganisatie op dezelfde manier gedefinieerd als bij volwassenen, met name als volgt: een niet-habitueel gedrag zonder dodelijke afloop dat de persoon initieert en uitvoert met de verwachting of het risico om te overlijden of lichamelijke schade te veroorzaken en met als doel gewenste veranderingen 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 gebruikt worden. 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 gebruikt of die het best bij de situatie past. Tegenover kinderen en 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 suicide', '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 suicide. Bovendien komen recidieven vaak voor en stijgt met elke poging het risico op suicide (Wittouck, De Munck, Portzky, Van Rijsselberghe, Van Autreve, & van Heeringen, 2010). Bij kinderen en jongeren is de prognose niet noodzakelijk negatief. Slechts een klein deel van de kinderen en jongeren die een poging doet, sterft uiteindelijk door suicide. De verhouding poging/suicide is bij kinderen en jongeren lager dan in de bevolking in het algemeen. 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 kinderen en jongeren doen geen beroep op hulp. Suïcidaal gedrag blijft vaak verborgen voor de hulpverlening. Dit 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 kinderen en jongeren te kunnen bereiken, is specifieke actie noodzakelijk.

In vergelijking met andere leeftijdscategorieën komt suicide bij kinderen en jongeren minder voor, maar wanneer gekeken wordt naar het proportionele sterftcijfer per leeftijdsgroep en geslacht, moeten we opmerken dat bij jongeren van 15 tot 24 jaar, suicide de belangrijkste doodsoorzaak is, na verkeersongevallen (www.zorgengezondheid.be).

Doelstelling, doelgroep en regio

Het mag dan ook duidelijk zijn dat de zorg voor kinderen en jongeren met betrekking tot het thema suicide breed dient opgevat te worden. Niet alleen voor minderjarigen ná een suïcidepoging, maar ook voor zij die 'denken aan' suicide. Naast detectie en een goede eerste opvang van de jongere en zijn naasten is een sluitend zorgnetwerk zeer belangrijk. Suïcidale kinderen en 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 suïcidedgedachten 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 het Meetjesland (bv. de jongere loopt school in het Meetjesland maar woont in Zulte, een ouder werkt/woont in het Meetjesland, de jongere woont in Meetjesland 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 Meetjesland: VCLB Meetjesland, CLB GO! Deinze-Eeklo, RCGG, AZ Alma, CAW Oost-Vlaanderen, RADAR Crisis, Timanti, Politie Meetjesland Centrum en het RWO Meetjesland.

3. Verklarend model en suïcidaal proces

a. Het integratief model

Het integratief model (Van Heeringen, 2007; zie volgende pagina) beschrijft de relatie tussen verschillende risicofactoren en vertrekt hierbij vanuit de combinatie van enerzijds voorbeschikkende kwetsbaarheid en anderzijds uitlokkende factoren. Suïcidaal gedrag kan worden gezien als het resultaat van onderliggende, permanent aanwezige factoren (voorbeschikkende factoren die de kwetsbaarheid bepalen) die gelijktijdig voorkomen met toestandsgebonden, tijdelijke risicofactoren (stressfactoren), in afwezigheid van beschermende factoren. Een onevenwicht tussen beschermende en risicoverhogende factoren is hierbij essentieel.

Voorbeelden van voorbeschikkende risicofactoren die de kwetsbaarheid bepalen zijn genetische en neurobiologische factoren, zoals afwijkingen in het serotonine neurotransmitter systeem en de hypothalamus-hypofyse-bijnier-as. Daarnaast zijn ook een aantal psychologische factoren sterk verbonden met een hoger risico op suïcidaliteit waaronder probleemoplossingsvaardigheden, perfectionisme, hopeloosheid, minder flexibel denken en impulsiviteit.

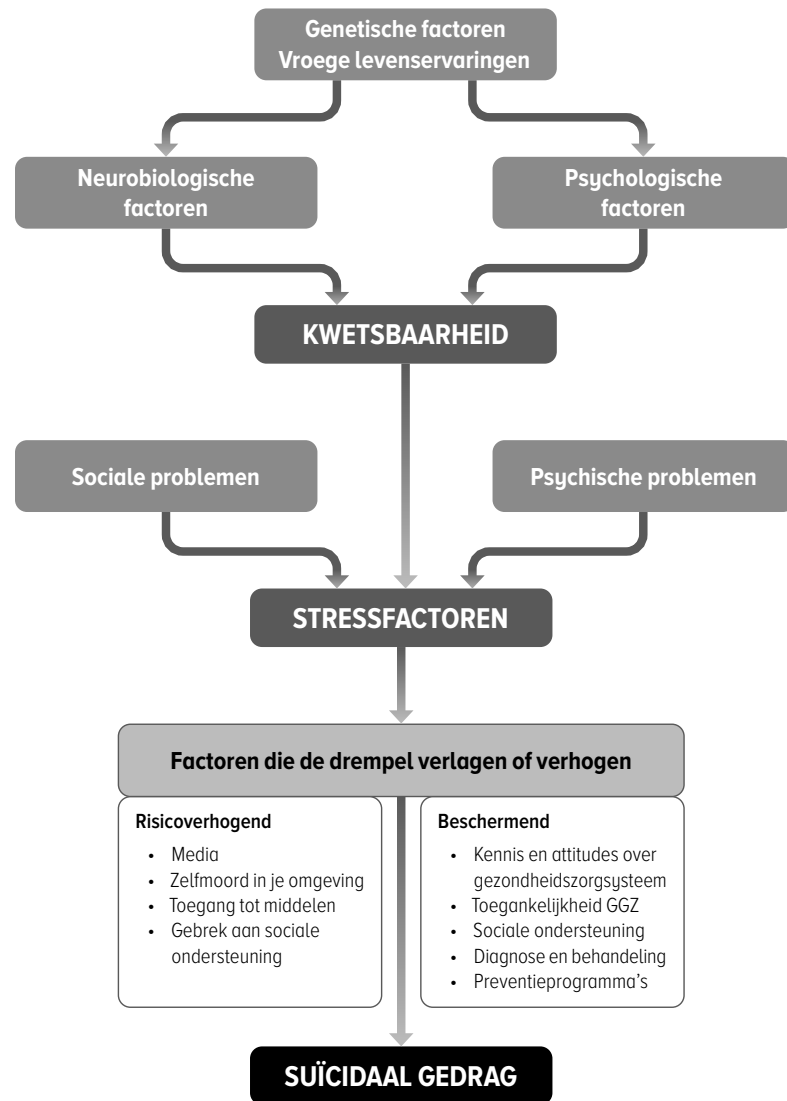
Wanneer bovenstaande voorbeschikkende factoren gelijktijdig voorkomen met bepaalde stressfactoren, verhoogt dit sterk het risico op de ontwikkeling van suïcidaliteit. Zo kunnen personen of groepen die geconfronteerd worden met discriminatie of traumatische levenservaringen hierdoor vaak minder beroep doen op psychologische vaardigheden die beschermen tegen de ontwikkeling van suïcidaliteit. Bijvoorbeeld mensen met een lagere socio-economische status, mensen met verlieservaringen, holebi's en transgenders, gedetineerden, mensen met een psychische stoornis en slachtoffers van misbruik.

Naast voorbeschikkende en uitlokkende factoren beschrijft het integratief verklarend model ook drempelfactoren die de drempel tussen suïcidale gedachten en het overgaan tot suïcidaal gedrag kunnen bepalen. Drempelverhogende factoren kunnen voorkomen dat een persoon met suïcidedgedachten overgaat tot suïcidaal gedrag. Bijvoorbeeld een sterk en steunend sociaal netwerk, kwalitatieve en toegankelijke geestelijke gezond-

heidszorg en effectieve preventieprogramma's. Drempelverlagende factoren kunnen de drempel tot suïcidaal gedrag verlagen. Bijvoorbeeld eerder suïcidaal gedrag, suïcidaal gedrag in de omgeving, berichtgeving in de media en beschikbaarheid van middelen. Onderzoek wijst uit dat de aanwezigheid van minstens drie beschermende factoren het risico op suïcidaal gedrag aanzienlijk doet dalen.

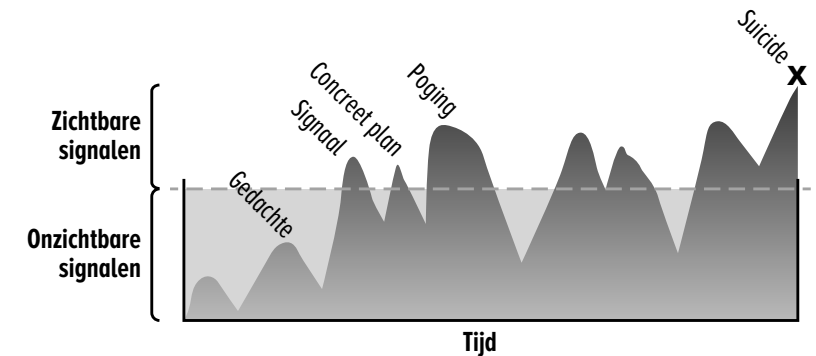
- Familiale patronen
 - Goede relatie met ouders, broers en zussen, andere familieleden
 - Steun ervaren van familieleden
 - Bespreekbaarheid van gevoelens en gedachten
- Cognitieve stijl en persoonlijkheid
 - Sociale vaardigheden
 - Zelfvertrouwen
 - Openheid
 - Hulp zoeken bij moeilijkheden
 - Oplossingsvaardigheden
- 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

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 **opentapel 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.



b. Het suïcidaal proces

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



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 alsmaar 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 tevoorschijn. Er kunnen signalen worden opgevangen dat een jongere zich niet goed in zijn/haar vel voelt of dat hij 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 lijn (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 geruststellen, 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 ontlastingseffect. 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 kinderen en jongeren van zichzelf en merken ze pas dan hoe sterk hun denken was verengd.

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 meegenomen.
- **Gevoelens.** Negatieve gevoelens krijgen de bovenhand. De mate van machteloosheid en hopeloosheid neemt toe. De jongere heeft het idee dat hij 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 het functioneren wordt enger en mogelijk beperkt tot binnenshuis of binnenskamers.

4. Signalen

De volgende **uitingen/signalen** vereisen onmiddellijke hulp of aandacht:

- Dreigen om zichzelf te verminken of te doden.
- Methoden zoeken om zichzelf te doden of toegang zoeken tot middelen om zelfmoord te plegen.
- Praten of schrijven over de dood, sterven of zelfmoord.

Onderstaande **waarschuwingssignalen** vereisen minder dringende hulp, maar dienen wel verder onderzocht te worden:

- Hopeloosheid
- Woede, boosheid of wraakzucht
- Roekeloos gedrag of het schijnbaar zonder nadenken ondernemen van risico-volle activiteiten
- Gevoel vast te zitten, geen uitweg te weten
- Toenemend alcohol- of druggebruik
- Zich terugtrekken van familie, vrienden of de samenleving
- Angst, agitatie of slaapproblemen
- Sterke stemmingswisselingen
- Geen redenen zien om te leven, de zin van het leven niet zien

Uiteraard verschillen signalen voor suïcidaal gedrag sterk van persoon tot persoon en van situatie tot situatie. De aanwezigheid van bovengenoemde signalen betekent niet altijd dat er sprake is van suïcidaliteit. Ze kunnen ook een teken zijn van andere problematieken, bijvoorbeeld een onderliggende stemmingsstoornis of een recent verlies van een dierbare. **Om de juiste toedracht van de signalen te bepalen is het essentieel om ze te bevragen en indien nodig verder te onderzoeken.**

Het risico op suïcidaal gedrag wordt groter wanneer er **meerdere signalen gedurende langere tijd aanwezig zijn.**

5. Suïcidaliteit bespreekbaar maken

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 kinderen en 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 proces 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 kan praten, die weet hoe moeilijk hij het heeft en die naar hem/haar wil luisteren.

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, ...

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.

‘Brenz 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 buitenstaander 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 suïcidegedachten 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 suïcidegedachten, beledig je niemand. De betrokkene kan wel even schrikken als blijkt dat hij 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 suïcidegedachten is een verkenning van het probleem en heeft als doelstelling: communicatie mogelijk maken en zicht krijgen op de situatie. Dit houdt geen waardeoordeel in.

‘Wat als hij mijn vermoeden bevestigt?’

Er wordt vaak gevreesd niet onmiddellijk een antwoord te kunnen bieden wanneer iemand bevestigt suïcidegedachten 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 suïcidegedachten.

‘Als ze erover praten, doen ze het niet’

Deze zogenaamde volkswijsheid klopt helemaal niet. Wie over suïcide praat, geeft aan dat hij 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.

Do's en Don'ts

Praten over suïcidaliteit is noodzakelijk om de **ernst** van het verlangen naar zelfmoord in te schatten. Daarnaast helpt het de persoon met suïcidegedachten ook om zijn of haar gedachten omtrent zelfdoding te **ordenen** en het **isolement** te doorbreken. De volgende tips kunnen helpen om het gesprek over de zelfmoordgedachten op een open manier aan te gaan.

**Wat werkt:**

- Rustig en open praten over zelfdoding en over het verlangen om te sterven.
- Luisteren en proberen te begrijpen wat de persoon met suïcidegedachten beleeft.
- Erkenning geven voor de gevoelens die de hulpvrager op dat moment ervaart.
- Inzicht geven door motieven te bevragen en ambivalentie te bespreken.
- Zorgbehoeftes bespreken, uitleg geven over welke hulp mogelijk is en (indien je zelf geen verdere hulp kan bieden) aanmoedigen om contact te zoeken met meer gespecialiseerde hulp.
- De hulpvrager laten ventileren: ruimte laten om gevoelens van hopeloosheid, kwaadheid, verdriet, onmacht, ... te uiten.
- De omgeving oproepen om een vangnet rond de persoon met suïcidegedachten op te bouwen en hen daarin de nodige ondersteuning bieden.

**Wat werkt niet:**

- Veroordelen van de gedachten, de gevoelens en/of het gedrag van de hulpvrager.
- Meteen positieve zaken aangeven.
- Onmiddellijk oplossingen aandragen.
- Valse hoop geven of beloftes doen die je niet kan nakomen.
- De persoon proberen overtuigen om verder te leven voor de omgeving (partner, ouders...) of de persoon erop wijzen wie hij of zij achterlaat.
- De zaken die de persoon aangeeft, minimaliseren.
- De persoon uitdagen in zijn of haar suïcidale gedachten en/of gedrag.
- In discussie gaan over suïcide, het recht om te leven of te sterven,

Het is echter niet altijd makkelijk om uit het niets over een gevoelig onderwerp als zelfmoord te beginnen praten. Soms kan het helpen om te **vertrekken vanuit een concrete observatie**, bijvoorbeeld vanuit eventuele signalen die je opgevangen hebt.

Voorbeeldvragen:

- “Je zegt dat je het niet meer ziet zitten, bedoel je hiermee dat je aan zelfmoord denkt?”
- “Als je zegt dat het niet meer hoeft voor jou, bedoel je dan dat je liever dood zou zijn?”
- “Je zegt dat ‘alles’ niet meer gaat, zie je ook het leven niet meer zitten? Denk je dan aan zelfmoord?”

6. Risico-inschatting

a. Acut suïciderisico inschatten

Aangezien deze inschatting niet evident is, raden we aan om dit in de mate van het mogelijke met collega's te bespreken of indien nodig advies te vragen bij de suïcidepreventiewerking.

Openlijke dreigingen tot zelfdoding wijzen op een acut risico op zeer korte termijn en vereisen dan ook onmiddellijke actie. Niet alle personen met suïcidegedachten zullen deze dreigingen echter op een directe manier uiten. Daarom is het belangrijk om de **aanwezige zelfmoordgedachten en -plannen zo concreet mogelijk te bevragen**. Bevraag hoe lang, hoe vaak en hoe sterk de gedachten aanwezig zijn, in welke mate de plannen concreet zijn (plaats, methode, tijdstip), wat men wil bereiken met de zelfdoding en of er nog zaken zijn die de persoon tegenhouden.

Daarnaast is het ook belangrijk om in te gaan op de **gevoelens** die de persoon met suïcidegedachten heeft bij de zelfmoordgedachten, het **toekomstperspectief** en eventuele **gedragmatige signalen** (bv. risicogedrag, sociale isolatie, slaapproblemen).

Omdat de intensiteit van zelfmoordgedachten snel kan wisselen is het van belang om de inschatting van het suïciderisico regelmatig te **herhalen**, vooral bij kritische momenten in de behandeling (bv.: transitie momenten), in crisissituaties en bij onverwachte veranderingen in het klinische beeld.

Betrek, mits toestemming van de hulpvrager, de **naasten** en eventuele betrokken **hulpverleners** (bv.: huisarts) van de hulpvrager bij deze inschatting.

We raden af om screeningsinstrumenten te gebruiken voor het inschatten van het acute suïciderisico omdat die niet kunnen voorspellen of iemand daadwerkelijk zelfmoord zal plegen en omdat ze een vals gevoel van veiligheid kunnen geven. **Screeningsinstrumenten kunnen een persoonlijk gesprek met de hulpvrager niet vervangen.**

In bijlage 1 kan je voorbeeldvragen voor het inschatten van het suïciderisico terugvinden.

b. Suïcidaal gedrag verder onderzoeken

Zodra het acute suïciderisico ingeschat is en de nodige maatregelen getroffen zijn, is het belangrijk dat het suïcidale gedrag verder onderzocht wordt. Een verdere exploratie van de aanwezige **risico- en kwetsbaarheidsfactoren** kan helpen bij het in kaart brengen van het suïcidale gedrag. Het integratief model voor suïcidaal gedrag biedt een goede basis om deze factoren te onderzoeken. Suïcidaal gedrag is **nooit het gevolg van slechts één oorzaak**. Het gaat steeds om een combinatie van verschillende voorbeschikkende, uitlokkende, beschermende, drempelverlagende en drempelverhogende factoren. Deze combinatie en de impact ervan kan sterk verschillen van persoon tot persoon en van situatie tot situatie.

Belangrijke **risicofactoren** die bevestigd dienen te worden zijn de **ervaren problemen**, de **motieven** en **aanleiding** voor eventuele **eerdere suïcide pogingen**, de **huidige aanwezigheid van suïcidegedachten/plannen**, de **suïcidale intentie**, **alcohol en/of druggebruik** en de **zorgbehoeften** van de hulpvrager en de omgeving. Richtvragen zijn terug te vinden in **bijlage 2**.

c. Risicoformulering

De vier belangrijke onderdelen die bevestigd en opgelijst worden in de risicoformulering zijn: huidige suïcidale intentie, risicofactoren, hulpbronnen en voorspelbare veranderingen. De risicoformulering dient opgenomen te worden in het cliëntendossier. Zie bijlage 3 voor een sjabloon dat gebruikt kan worden voor deze risicoformulering. Het doel van deze risicoformulering is niet om gedrag te voorspellen, maar wel om communicatie en samenwerking tussen hulpverleners, hulpvragers en naasten te bevorderen en het risico op korte en lange termijn te verkleinen.

7. Basisprincipes (MDRL)



Contact maken

Om een goed beeld te krijgen van de suïcidale toestand en het unieke complex van factoren dat bij een persoon heeft geleid tot suïcidaliteit is een **goed contact onontbeerlijk**. Goed contact houdt in dat de persoon zich vrij kan voelen om over zijn of haar suïcidegedachten te praten.

Aandachtspunten:

- Volledige aandacht aan de persoon met suïcidegedachten besteden en proberen zich in zijn of haar 'mindset' te verplaatsen door de **crisis vanuit zijn of haar perspectief** te zien.
- De persoon met suïcidegedachten voluit **laten spreken over zijn/haar negatieve gevoelens en gedachten** die aan de basis liggen van de mentale pijn. Het uiten van deze emoties kan opluchten en plaats maken voor meer positieve gedachten.

- De persoon met suïcidegedachten **goed opvolgen**. Als de betrokkene in crisis is, zie hem of haar dan sneller en meer frequent. Als de jongere niet komt opdagen, neem dan meteen contact op. Dit geeft aan dat je betrokken bent, wat zowel het zelfbeeld van de hulpvrager als de therapeutische relatie ten goede kan komen.
- Suïcidale gedachten en intenties op een **open manier** bevragen en bespreekbaar maken.



Bevorderen van veiligheid

Veiligheid kan nooit volledig gegarandeerd worden, maar om toekomstig suïcidaal gedrag te beperken is het goed om bij personen met suïcidegedachten maatregelen te nemen om de veiligheid te bevorderen. In de praktijk komt dit meestal neer op vermijden dat de jongere frequent alleen is (door bv. verhoogd toezicht te voorzien) en ervoor zorgen dat de omgeving veiliger gemaakt wordt (door bv. de toegang tot medicijnen te beperken).

Aandachtspunten:

- Geef bij een lichamelijk letsel **voorrang aan de behandeling van de somatische toestand**.
- Maak samen met de betrokkene een **safety plan** op. Wat dit inhoudt, lees je in het deel Interventies.
- Bekijk hoe je de **toegang tot middelen** waarmee iemand zich zou kunnen beschadigen kan verhinderen/vermijden of beperken.
- Bespreek met **naasten** hoe zij kunnen helpen instaan voor de veiligheid van de hulpvrager. Houd hierbij rekening met hun mogelijkheden en draagkracht.
- Ga indien nodig over tot **verhoogd toezicht of gedwongen opname**.
- Zorg dat je weet hoe en wanneer je beroep kan doen op hulpdiensten, collega's.
- Zorg voor een **veilige infrastructuur** in de praktijk of instelling.

Safetyplan

Als alternatief voor het gebruik van een non-suicidecontract wordt vanuit wetenschappelijk onderzoek en vanuit de praktijk aanbevolen gebruik te maken van een safety plan (ook wel veiligheidsplan, crisisplan of signaleringsplan genoemd). Dit is een plan dat de hulpverlener samen met de persoon kan opstellen. Het kan de persoon leren om stap voor stap een suïcidaal proces te herkennen en een mogelijke crisis beter het hoofd te bieden. Een safety plan is gebaseerd op cognitief therapeutische technieken en omvat meestal volgende componenten: waarschuwingssignalen, coping strategieën, protectieve factoren, hulpbronnen en het veilig maken van de omgeving. In bijlage 4 kan je een sjabloon voor een safetyplan terugvinden.

Je kan als hulpverlener het safety plan samen met de persoon met suïcidegedachten invullen en de verschillende componenten doorlopen. Tracht dit plan zo concreet mogelijk te maken en ook in te bouwen wat de betrokkene kan doen indien een bepaalde copingstrategie niet meteen lukt of faalt. Nadat het plan is opgemaakt, zorg je voor een exemplaar voor de persoon met suïcidegedachten en een exemplaar voor het cliëntendossier.

Onderzoek toont dat het werken met een safety plan effectiever is als de hulpverlener opvolgt of de persoon het daadwerkelijk gebruikt, als het regelmatig geüpdatet wordt en als het geïncorporeerd wordt in het behandelplan.

Meer informatie kan je vinden in de multidisciplinaire richtlijn p.75 en volgende.



Betrekken van naasten

Het is na te streven de persoon met suïcidegedachten te motiveren en actief te stimuleren om de omgeving te **betrekken in de verschillende fases van de hulpverlening**, van aanmelding tot nazorg. Naasten betrekken bij de behandeling en opvolging kan immers een positief effect hebben op het contact met de hulpvrager, de kwaliteit van de

werkrelatie met de hulpvrager en zijn of haar naasten, de effectiviteit en duurzaamheid van de behandeling en de therapietrouw.

Naasten kunnen op verschillende vlakken een rol spelen in de hulpverlening. Zij kunnen zelf informatie bieden over de betrokkene, meedenken over de hulp die nodig is en hulp en steun bieden bij de opvang en begeleiding van de persoon met suïcidegedachten. Door hen te betrekken kunnen zij meer bewust gemaakt worden van het belang van verdere hulpverlening. Wanneer zij een positieve houding hebben ten opzichte van hulpverlening kan dit tot gevolg hebben dat de betrokkene meer bereid is om in te gaan op deze vervolgzorg. Zij kunnen ook zelf behoefte hebben aan psycho-educatie, steun en hulp.

Aandachtspunten:

- Neem niet te snel over in het betrekken van naasten. Respecteer eerst voldoende de **autonomie van de persoon met suïcidegedachten** en stimuleer hem/haar de regie zelf in handen te nemen. Probeer op een actief coachende manier eerst samen de problemen in kaart te brengen, mogelijke oplossingen te zoeken, om vervolgens zorgvuldig en in overleg na te gaan of de situatie en context er zich toe leent om naasten te betrekken.
- Wanneer de hulpverlener de situatie en context gunstig acht om naasten te betrekken, maar de persoon met suïcidegedachten er niet meteen voor open staat, is het belangrijk de voordelen hiervan toe te lichten en de persoon voldoende en actief te **motiveren en stimuleren**. Voornamelijk bij kinderen en jongeren is dit motivatieproces essentieel.
- De mate waarin naasten betrokken worden, moet in overeenstemming zijn met hun **bereidheid** en hun **draagkracht**.
- Naasten betrekken dient in overeenstemming te zijn met de **privacywetgeving**, de wet op de **patiëntenrechten** en het **beroepsgeheim**.

Naasten betrekken: in gesprek met de ouders

Het in gesprek gaan met kinderen en 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 suïcidegedachten 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.



Zorgen voor follow-up en zorgcontinuïteit

Suïcidaliteit kent een wisselend beloop. Het éénmalig inschatten van het suïciderisico is bijgevolg niet voldoende. Onderzoek naar de suïcidale toestand moet **regelmatig herhaald** worden.

Voornamelijk de transfermomenten tussen en binnen zorgorganisaties zijn risicovolle momenten. Op deze momenten (bv. bij doorverwijzing naar een andere hulpverlener, bij overplaatsing naar een andere behandelsetting of bij ontslag) moet er een degelijke **informatieoverdracht** gebeuren. Deze overdracht is in overleg met de cliënt of wordt samen met de cliënt gedaan. Een warme overdracht wordt aanbevolen. Lokale samenwerkingsafspraken met de zorgverstrekkers in de regio kunnen dit faciliteren (bv.: met huisartsen, RADAR crisis,...). Daarnaast dienen de zorgprocessen voor personen met suïcidegedachten naadloos op elkaar aan te sluiten.

Het is aan te bevelen om als hulpverlener de betrokkene op te volgen na de behandeling. Er zijn tal van mogelijkheden voor **follow-up contacten** (bv. brieven, huisbezoeken, telefoongesprekken, sms, e-mails en postkaarten).

8. Online Tools

Recent werden in Vlaanderen enkele online tools ontwikkeld, specifiek voor personen met zelfmoordgedachten. Deze tools kunnen samen met de betrokkene gebruikt worden in de therapie en/of daarbuiten. Ze zijn geen op zichzelf staande behandelingen, maar kunnen gebruikt worden als hulpmiddel om de persoon te leren omgaan met zijn of haar suïcidale gedachten.

Zelfhulp cursus 'Think Life'

Think Life is een online zelfhulp cursus voor personen die aan zelfmoord denken. De cursus is geen vervanging van reguliere hulp, maar kan aanvullend gebruikt worden. Personen kunnen zich anoniem en gratis voor de cursus registreren. De cursus omvat zes lessen, waarbij elke les opgedeeld is in een stuk theorie, een weekopdracht en een aantal oefeningen. De lessen kunnen op eigen tempo doorlopen worden. Think Life is gebaseerd op doeltreffende psychotherapeutische technieken zoals cognitieve gedragstherapie, probleemoplossende therapie, dialectische gedragstherapie en mindfulness-based cognitieve therapie. De cursus werd ontwikkeld aan de Vrije Universiteit Amsterdam, en door VLESP aangepast voor gebruik in Vlaanderen. Zowel in Nederland als Vlaanderen werd aangetoond dat de cursus helpt om minder vaak en sterk aan zelfmoord te denken. *Meer informatie: www.zelfmoord1813.be/thinklfe.*



App BackUp

BackUp is een mobiele applicatie die ontwikkeld werd door VLESP 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 elementen in de app zijn wetenschappelijk onderbouwd en de app werd getest door zowel een experten- als gebruikersgroep en door beide groepen positief ontvangen. *Meer informatie: www.zelfmoord1813.be/backup.*



Website On Track Again

Specifiek voor jongeren die hun leven terug oppakken na een suïcidepoging is er de website On Track Again, ontwikkeld door

de organisatie Zorg voor Pogers. Deze website laat de jongere zien dat hij een heleboel dingen kan doen om terug op weg te geraken. Aan de hand van video's, korte geschreven getuigenissen en praktische tools en tips laat de **website** de jongeren zien hoe hij zichzelf kan helpen na een zelfmoordpoging.

App On Track Again

Specifiek voor kinderen en jongeren die hun leven terug oppakken na een suïcidepoging is er de app On Track Again, ontwikkeld door de organisatie Zorg voor Pogers. Met de app kunnen kinderen en jongeren video's bekijken met getuigenissen van jongeren over wat hen heeft geholpen om moeilijke periodes te overbruggen, eigen foto's, muziek en quotes toevoegen die hen een goed gevoel kunnen geven, een persoonlijk safety plan samenstellen en contacten toevoegen van vrienden, familie, hulpverleners of hulpdiensten. *Meer informatie: www.zelfmoord1813.be.*



9. Folders

Volgende folders kunnen een bijdrage leveren aan de behandeling van personen met suïcidedachten. Alle folders zijn ook online terug te vinden via deze link.

Folder: Omgaan met zelfbeschadiging: een gids voor ouders en hulpverleners

Deze brochure is bedoeld voor ouders en hulpverleners die geconfronteerd worden met **jongeren die zelfverwondend gedrag vertonen**. Je vindt er informatie in over hoe je zelfver-



wondend gedrag kan herkennen, wat mogelijke oorzaken en gevolgen zijn en hoe je er als ouder of hulpverlener mee kan omgaan. Ook online beschikbaar.

Folder: Voor de babbel van je leven

Deze folder bevat informatie over hoe **signalen en (stille) noodkreten** rond suïcidaleit bij jezelf of in je omgeving te herkennen, en hoe ermee om te gaan.

Deze folder is bedoeld voor mensen die zelf aan zelfmoord denken en mensen die bezorgd zijn om iemand die aan zelfmoord denkt. Het biedt aandachtspunten en informatie, maar kan ook gebruikt worden als bekendmakingsfolder voor Zelfmoordlijn 1813.



Folders: Werkgroep verder + gespreksgroepen

Een handige infolder met informatie over:

- Werkgroep Verder
- Tips voor nabestaanden
- Tips voor de omgeving van nabestaanden



Folder: Als het leven ondraaglijk lijkt... praten helpt

Deze folder richt zich in de eerste plaats tot personen die een suïcidepoging gedaan hebben en is bedoeld voor hulpverleners uit de eerstelijnszorg die hen informatie willen meegeven. In

deze folder kunnen personen die een suïcidepoging gedaan hebben terugvinden wat anderen heeft geholpen om hun wanhoop te overleven.

Folder: “Spreken met je kind over een zelfmoordpoging in de familie. Hoe doe ik dat?!”

Iemand in de familie onderneemt een poging tot zelfdoding. De wereld staat even stil. Hoe moet het nu verder? Opvang voor je naaste wordt voorzien in het ziekenhuis. Zelf ben je vaak op zoek naar ondersteuning en informatie. Thuis doe je je uiterste best om de kinderen op te vangen, maar dit is niet gemakkelijk en brengt allerlei vragen met zich mee.

Folder: ‘Hoe help je jouw kind terug op weg na een zelfmoordpoging?’

Opnieuw verder na de suïcidepoging van jouw kind... Het is niet eenvoudig. Er is heel wat moed, steun en hulp voor nodig. Met het boekje dat we voor jouw zoon of dochter maakten, willen we hen voorzichtig terug op weg helpen. En die extra ruggensteun geven die jouw kind zo nodig heeft. Ga samen met hen mee op weg en ondersteun jouw kind in dit moeilijke verhaal.



Brochure voor jonge personen die een suïcidepoging gedaan hebben: On Track Again

Deze brochure voor jongeren laat zien dat je een heleboel dingen kan doen om terug op weg te geraken na een poging tot zelfdoding.



10. Ondersteunende diensten



Suicidepreventiewerking van de Centra Geestelijke Gezondheidszorg (CGG-SP)

De Suicidepreventiewerking van de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG-SP) bestaat uit suicidepreventiewerkers die gevestigd zijn in CGG verspreid over Vlaanderen. De CGG-SP richt zich tot alle belangrijke intermediairs inzake suicidepreventie. 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 suicidepreventiebeleid op maat.

- Meer info: www.zelfmoord1813.be/hulpverlening/ondersteuning-door-cgg
- Contactpersoon: **Karen De Waele**
(Email: k.dewaele@cggeclips.be, Tel: 09/331 51 68)



Rechtstreeks toegankelijke jeugdhulp, De Tafels

RTJ De Tafels is een intersectoraal samenwerkingsverband met verschillende partners in de regio Deinze-Meetjesland. Ze gaan aan de slag met de vragen van kinderen, jongeren (0-25 jaar) en hun gezinnen indien de hulp die zij wensen nog niet beschikbaar is of onvoldoende lijkt. De aanmelding van een kind of jongere gebeurt steeds telefonisch door de jongere of een hulpverlener (dinsdag- en dondervormiddag). Het is cruciaal dat de jongere en zijn/haar netwerk zelf een hulpvraag hebben. Bij crisissituaties verwijst men graag door naar het crisisnetwerk.

Samen met de reeds aanwezige hulpverlening, bespreekt de jongere wat de wensen en vragen zijn. Vanuit die vraag wordt er binnen de maand een Tafel georganiseerd. Aan de Tafel ontvangen ze de jongere en zijn/haar netwerk, de reeds aanwezige hulpverleners en partners uit ons samenwerkingsverband. Ze werken samen een gezinsplan op maat uit en ondersteunen de jongere waar nodig. Afhankelijk van de vraag kunnen ze krachtig mee handelen of op de achtergrond aanwezig zijn.

- *Contactpersoon: Sarah Reynaert, Coördinator*
(Email: sarah.reynaert@dop-ovl.be, Tel.: 0478 78 98 37, Algemeen nummer: 09/376 70 58)
- *Website: www.rtdetafels.be*



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: www.similes.be*

11. Digitale tools en telezorgdiensten



Awel

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.

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



Tele-Onthaal

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.

- Telefoon: **106** (24u/24u, 7d/7d)
- Chat: **www.tele-onthaal.be**

Zelfmoord1813

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.

- Telefoon: **1813** (24u/24u, 7d/7d)
- Chat: **www.zelfmoord1813.be** (elke dag van 18u30 tot 22u00)



Nok Nok

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

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.

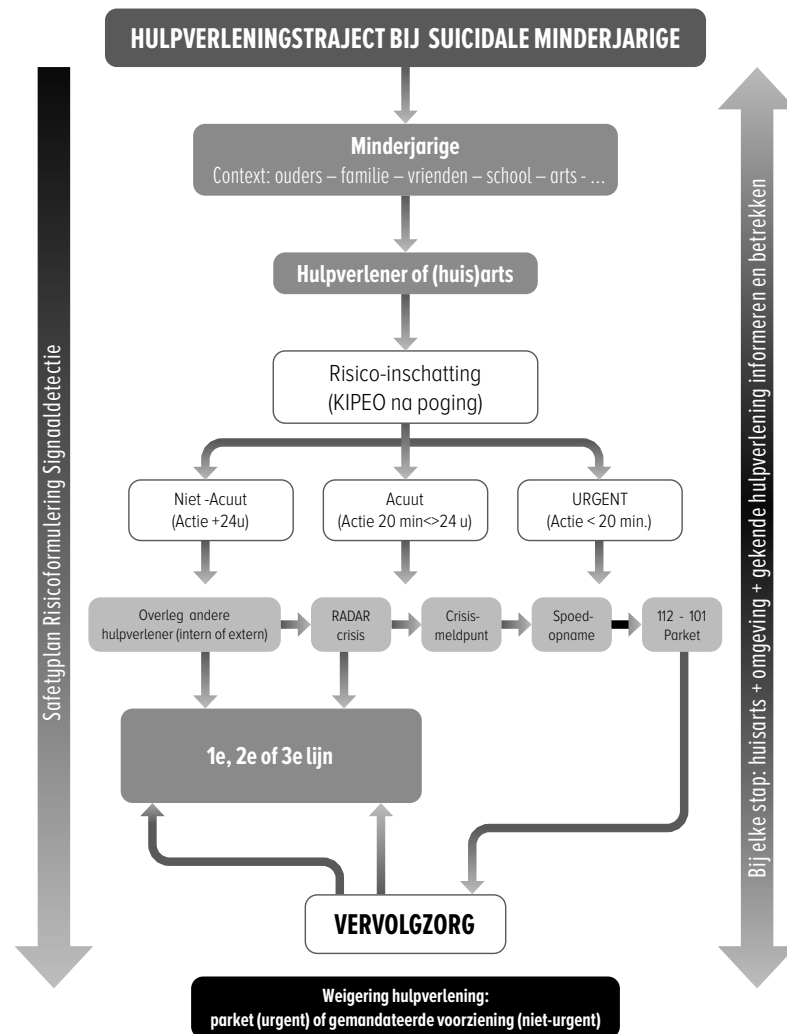
- Chat: **www.clbchat.be** (ma, di, do 17u-21u; wo 14-21u)

A grayscale photograph of a person with long hair sitting on a windowsill, looking out a window. The person is wearing dark clothing and has their hands clasped. The window shows a view of a building exterior. The image is semi-transparent, allowing text to be overlaid.

Deel 2

**Zorgnetwerk
suïcidepreventie voor
minderjarigen
Regio Meetjesland**

1. Schema zorgnetwerk suïcidale minderjarige



Signaalherkenning

Het zorgnetwerk start vaak 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 of een poging achter de rug heeft. Dit kunnen ouders, familieleden, klasgenoten of vrienden, leerkrachten,... zijn. Kinderen en jongeren hebben verschillende manieren om deze signalen uit te sturen naar hun omgeving. Wanneer een hulpverlener of arts als eerste die signalen opvangt, kan deze fase overgeslagen worden.

Bij het opvangen van de eerste signalen is het belangrijk dat degene 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 centraal 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 garanderen.

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

Contact met een hulpverlener en (huis)arts

In overleg met de minderjarige wordt bekeken bij wie hij 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 voorafgaande positieve hulpverlening ervaringen.

Risico-formulering

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 suicidaliteit zal een ander traject worden doorlopen. Het inschatten van de acuutheid (risico-inschatting) is in dit gesprek prioritair aan het begrijpen van de suicidaliteit 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 suïcidegedachten, maar dat 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.

De hulpverlener of arts neemt tijdens 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 wordt.

Mogelijke acties bij suïcidegedachten

Aanwezigheid van suïcidegedachten (Niet - Acuu, Actie +24u)

Overleg andere hulpverlener

De hulpverlener **overlegt** met 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 aftoetsen 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.

1e, 2e of 3e lijn

- De hulpverlener na doorverwijzing stelt een **safety plan** op met de jongere: bij wie kan de jongere terecht, welke signalen herkent hij bij zichzelf als het moeilijker gaat en wat kan hij 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.
- 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 plant binnen de 7 dagen een vervolgspraak met de minderjarige om de gemaakte afspraken op te volgen.
- Indien de hulpverlener van oordeel is dat een verdere doorverwijzing nodig is naar een CGG, een privé psychotherapeut of een kinderpsychiater, 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.

Vervolgzorg

- In navolging van het overleg met de tweede hulpverlener kan voor één van volgende pistes gekozen worden:
 - Telefonisch **consult** bij RADAR crisis, waarna alsnog een doorverwijzing kan volgen
 - **Doorverwijzing** naar het CGG, de kinderpsychiater of een privépsychotherapeut.
 - **Aanmelding** bij RADAR crisis, met de vraag om samen een passend hulpaanbod te zoeken, nl.
 - Mobiele crisisinterventie
 - Crisisinschattingsgesprek in CGG
 - Crisisbegeleiding
 - Crisisopname

Acuut suïciderisico (Actie 20 min \leftrightarrow 24 u)

- 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 bij verdere 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.

RADAR crisis

- 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 RADAR crisis, waarna alsnog een doorverwijzing kan volgen
 - **Doorverwijzing** naar het CGG, de kinderpsychiater of een privépsychotherapeut
 - **Aanmelding** bij RADAR crisis, met de vraag om samen een passend hulpaanbod te zoeken, nl.
 - Mobiele crisisinterventie
 - Crisisinschattingsgesprek in CGG
 - Crisisbegeleiding
 - Crisisopname

1e, 2e of 3e lijn

- De hulpverlener na doorverwijzing stelt een **safety plan** op met de jongere: bij wie kan de jongere terecht, welke signalen herkent hij bij zichzelf als het moeilijker gaat en wat kan hij 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.
- 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 plant binnen de 7 dagen een vervolgspraak met de minderjarige.
- Indien de hulpverlener 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.

Vervolg zorg

- In navolging van het overleg met de tweede hulpverlener kan voor één van volgende pistes gekozen worden:
 - Telefonisch **consult** bij RADAR crisis, waarna alsnog een doorverwijzing kan volgen
 - **Doorverwijzing** naar het CGG, de kinderpsychiater of een privépsychotherapeut.
 - **Aanmelding** bij RADAR crisis, met de vraag om samen een passend hulpaanbod te zoeken, nl.
 - Mobiele crisisinterventie
 - Crisisinschattingsgesprek in CGG
 - Crisisbegeleiding
 - Crisisopname

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 parket.

Weigering van de hulpverlening

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 voorzieningen, zijnde OndersteuningsCentrum Jeugdzorg (OCJ) of Vertrouwens-centrum 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.

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,

- Er is sprake van een risico betreffende het welzijn of de veiligheid
- Er is geen vrijwilligheid van de minderjarige
- 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).

Mogelijke acties na een suïcidepoging

In contact met een jongere na een suïcidepoging (Urgent - Actie < 20 min.)

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. 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 het oproepen van 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 men bijkomende hulp contacteert en de jongere hiervan 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.

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.** Op de spoeddienst wordt de KIPEO 1 en eventueel ook de KIPEO 2 afgenomen.

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

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.

Risico-formulering

Na een suicidepoging dient het risico op recidive te worden ingeschat. Er wordt vanuit gegaan dat een suicidepoging sowieso als ernstig moet worden gezien, waardoor dus in de risico-inschatting enkel onderscheid gemaakt wordt tussen twee niveau's: 'acuut' en 'urgent'. Na een poging hebben deze kinderen en jongeren nood aan een meer intensieve en aanklampende aanpak. Ondersteunend bij de risico-inschatting is de KIPEO 1. De hulpverlener kan ook contact opnemen met ASPHA.

Acuut 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 bij verdere 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 RADAR crisis, waarna alsnog een doorverwijzing kan volgen
 - **Doorverwijzing** naar het CGG, de kinderpsychiater of een privépsychotherapeut

- **Aanmelding** bij RADAR crisis, met de vraag om samen een passend hulpaanbod te zoeken, nl.
 - Mobiele crisisinterventie
 - Crisisinschattingsgesprek in CGG
 - Crisisbegeleiding
 - Crisisopname
- De eerste hulpverlener stelt een safetyplan 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 parket.

Weigering van de hulpverlening

Indien de situatie als **urgent** wordt ingeschat, wordt, bij voorkeur door (huis)arts of politie, contact opgenomen met het parket. Dit 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 voorzieningen, 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

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,

- Er is sprake van een risico betreffende het welzijn of de veiligheid
- Er is geen vrijwilligheid van de minderjarige
- 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).

2. Netwerkspraken

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

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 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 suïcidedgedachten zijn/haar kind) of zorgverlener (vb. snijwonde na een poging die bij de huisarts gehecht kan worden), ofwel wordt hij gecontacteerd door de hulpverlener of het ziekenhuis.

Wanneer de huisarts de jongere meteen kan bevragen, staat hij 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, RADAR crisis 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 RADAR crisis 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.

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.



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.



Rol van het CLB

Het CLB werkt vraaggestuurd en multidisciplinair. De aanmelding van een suicidedreiging 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 zal daarvoor, zo snel als mogelijk, een gesprek plannen met de jongere, indien mogelijk samen met de aanmelder. Ook wanneer de suïcidale gedachten eerder als niet-acuut worden ingeschat, zal de CLB-medewerker een begeleiding opstarten met de jongere. Dit kan alleen wanneer de jongere zelf akkoord gaat. De jongere is dus vrij om al dan niet op dit aanbod in te gaan. Een begeleiding omvat een aantal gesprekken waarin de problematiek verder wordt uitgeklaard. Er wordt bij de jongere op aangedrongen om de ouders te betrekken bij de begeleiding. Hiervoor wordt wel het tempo van de jongere gevolgd (behalve bij inschatting van acuut risico). In dit begeleidingstraject kan de jongere geleerd worden om beter om te gaan met niet-helpende gedachten in het algemeen, en zelfmoordgedachten in het bijzonder. Indien de problemen blijven verder duren en de jongere aangeeft dat hij nog intensievere hulp wil, zal gewerkt worden naar een verwijzing naar CGG, kindersychiater of privépsycholoog. De CLB-medewerker kan van bij de aanmelding tot een eventuele doorverwijzing terugvallen op zijn/haar multidisciplinair team. CLB-begeleidingen kunnen plaatsvinden op school, of op het CLB, 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 wordt ingeschat als acuut 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 in overleg met de jongere bepaald of er een begeleidingstraject wordt gelopen door het CLB, of wordt er 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. Dit betekent dat er tijdens de wachttijd opvolging wordt voorzien door CLB.

Indien de suïcidedreiging als acuut wordt ingeschat, wordt er onmiddellijk, maar nog steeds in overleg met de leerling, contact opgenomen met de ouders en wordt er werk gemaakt van een snelle doorverwijzing. De inschatting van dit acuut risico wordt uiteraard vermeld bij de aanmelding.

Na een suïcidepoging neemt het CLB, gezien een suïcidepoging altijd als urgent 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.



Rol van het RCGG

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, contactgegevens van patiënt en/of van verwijzer/aanmelder. Eventueel wordt hierbij al geïnformeerd naar contactgegevens van betrokken huisarts (vanuit hun evidente en erkende centrale rol).

MERK OP: het is belangrijk om te beseffen dat de aanmelding in eerste instantie dus wordt behandeld door een secretariaatsmedewerker. Het is in die zin niet aangewezen om verdere inhoudelijke overdracht te doen op dat moment. Deze informatie is in deze fase niet relevant, en zal in de verdere fase, door de zorgprofessional, verder verzameld worden. We trainen onze secretariaatsmedewerkers wel in het detecteren van alarmsignalen... maar niet om hier zelf hulpverlenende activiteiten aan te koppelen. We engageren ons uiteraard om zo snel als mogelijk ruimte te creëren voor de noodzakelijke verdere vraagverheldering en inschatting.

Nadien wordt gevraagd aan een therapeut om de aanmelder, bij voorkeur de verwijzer, zo snel mogelijk telefonisch te contacteren. Er wordt alles gedaan om dit **dezelfde dag** te organiseren. Doel van dit gesprek is verkennen in hoeverre de nood/vraag helder kan gemaakt worden, en in hoeverre ons aanbod bij deze nood aansluit. Er wordt als het ware ingeschat of een crisisgesprek geïndiceerd is.

MERK OP: in die zin is het cruciaal dat de verwijzer/aanmelder ook beschikbaar blijft voor ons om (telefonisch) in overleg te gaan.

In dat geval gaat het gesprek door in het centrum. Het RCGG kan ook een crisisgesprek inplannen bij één van de partners van het netwerk. Dit gesprek kan doorgaan in het ziekenhuis, op school, thuis, bij de huisarts...

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,...). In eerste instantie wordt steeds gekeken hoe de aanwezige krachten versterkt, afgestemd of geoptimaliseerd kunnen worden, vooraleer bijkomende middelen in te zetten. Dit kan door de cliënt zelf te versterken, of door reeds betrokken hulpverlenende partners (huisarts, thuisbegeleiding, maar ook ouders, e.d.) te ondersteunen. Soms weet 'het zorgkader' zelf niet meer wat ze met het individu/systeem in crisis moeten aanvangen. Dan kan het ook helpen hen te versterken. Zodanig kunnen ze hopelijk hun zorg naar de oorspronkelijke cliënt opnemen.



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 CAW O-VL. Het Crisisteam tracht om tijdens een consultgesprek, 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 en indien mogelijk intensievere of verdere crisis hulp te voorkomen. Mocht blijken dat dit niet afdoende is dan kan het Crisisteam ervoor kiezen om crisis hulpverlening in te zetten in samenwerking met een intersectoraal samengesteld crisisnetwerk. De crisis hulpverlening kan verschillende vormen aannemen. Dit kan een Crisisinterventie (CI), Crisisbegeleiding (CB) of Crisisopvang (CO) zijn. In een crisisinterventie wordt ingeschat welke meerwaarde crisis hulpverlening al dan niet kan hebben. Indien de meerwaarde ingeschat wordt, wordt bekeken welke vorm van crisis hulpverlening hier best passend is. Tijdens een crisisbegeleiding (4 weken) wordt in de thuiscontext nagegaan welke zaken de crisis hebben doen ontstaan en wordt samen bekeken op welke manier toekomstige crisissituaties vermeden kunnen worden. Er kan ook gekozen worden voor de inzet van crisisopvang (7d + 7d) in combinatie met crisisbegeleiding. Tijdens de eerste 7dagen wordt ingeschat op welke manier de minderjarige terug naar huis kan. Indien hieromtrent (bij aanvang) geen perspectief is, wordt ingezet op ondersteuning van het crisistrace en met alle betrokken partijen bekeken wat na de crisis dient opgenomen te worden en door wie. Een specifieke samenwerking wordt gevormd met RADAR crisis (netwerk Geestelijke Gezondheid Kinderen en Jongeren Oost-Vlaanderen).

Binnen het crisisteam wordt zo goed als geen onderscheid gemaakt tussen een suicide dreiging of een suicide poging. Wel wordt een onderscheid gemaakt tussen urgentie en crisis hulp. 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. In deze situatie kan er vanuit het crisisteam weinig extra aangeboden worden.

Concreet:

STAP 1: adviseren/coachen/versterken van aanmelder en/of cliënt

STAP 2: bestaande netwerk (laten) activeren/betrekken

CONCLUSIE: steeds proberen zoveel mogelijk reeds verbonden hulpverlening te betrekken!

MERK OP: We beschouwen de wachtlijst als een reeds bestaand engagement tussen patiënt en zorgverlener. Het is dan ook logisch om de partners/organisatie waarbij de betrokkene op wachtlijst staat eveneens te betrekken in het crisisplan. (wie weet kunnen ze al sneller iets van aanbod voorzien).

Na dit gesprek kan er eventueel gekozen worden voor een intern (kortdurend) crisistrace binnen het CGG, of kan er alsnog gekozen worden voor oriëntatie naar andere, meer geschikte hulpverlening (MCT, PZ,...) Ook 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/GGZ), crisisopname IJH/GGZ.

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

EXTRA/ hoe aanklampend kunnen we zijn?

We streven ernaar om vroeg in de gesprekken goede afspraken te maken met de cliënt en zijn context hierrond. Deze afspraken zullen ook opgenomen worden in het dossier. Als de cliënt bvb afspraken niet nakomt, zullen we enerzijds extra flexibel zijn in het inplannen van mogelijke nieuwe contacten, maar zullen we ook anderzijds de cliënt op de hoogte brengen van onze bezorgdheid en evt de context (huisarts e.d.) activeren, al dan niet voorbij aan de motivatie van de cliënt zelf (gedwongen of geforceerde hulp).

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 de (crisis)situatie en indien van toepassing bekeken welke crisishulp (interventie, begeleiding, opvang) er dient ingezet te worden. Er is steeds de mogelijkheid om een ambulante crisisinterventie in te zetten. 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.



Netwerk Geestelijke Gezondheid
Kinderen en Jongeren Oost-Vlaanderen

Binnen een mobiele crisisinterventie kan er gekozen worden om enerzijds een crisisinterventie in te zetten vanuit het hulpprogramma van het crisisnetwerk IJH of anderzijds een interventie vanuit RADAR crisis in te zetten. Als het telefonisch onvoldoende duidelijk is, kan er ook

een gezamenlijke interventie ingepland worden. 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 en wat er beschikbaar is.

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.

az **alma**
zorg met een **hart**

Rol van de Spoedopname en het Algemeen Ziekenhuis

De dienst pediatrie voorziet in de zorg van minderjarigen van 0 tot 15 jaar. Dit impliceert dat minderjarigen vanaf 15 jaar tot 18 jaar onder de verantwoordelijkheid vallen van een behandelend arts verbonden aan een volwassenafdeling. Voor kinderen en jongeren onder de 15 jaar is de pediater de verantwoordelijke arts.

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 neemt de KIPEO 1 af na een suïcidepoging. Psychologisch consult (maandag t.e.m. vrijdag tijdens de kantooruren) wordt aangevraagd, waarbij de psycholoog in gesprek gaat met de minderjarige (KIPEO 2) en diens ouders (KIPEO-O) om, na het in kaart brengen van de zorg, samen een vervolgtraject en verdere doorverwijzing uit te werken. In samenwerking met de sociale dienst wordt contact genomen met de reeds betrokken of de te betrekken hulpverleningsinstanties, waaronder de huisarts. In geval er sprake is van levensbedreiging zal de minderjarige jonger dan 15 jaar na overleg overgebracht worden naar de PICU (Pediatrie Intensive Care Unit) van het UZ Gent. Voor de minderjarige ouder dan 15 jaar kan de anesthesist geconsulteerd worden voor een opname op Intensieve.

Indien het suïciderisico **acuut of urgent** is, neemt de spoedarts, kinderarts of psycholoog contact op met RADAR crisis 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 RADAR crisis, zijnde RCGG Eeklo.

Indien er **suïcidedgedachten aanwezig** zijn, wordt aan de ouders een snelle afspraak voorgesteld bij een externe kinder- en jongerenpsycholoog of reeds betrokken hulpverleners. Het MDTP (multidisciplinair team pediatrie) staat in voor de opvolging van de minderjarige en zijn context tijdens de opname tot de verdere doorverwijzing gere-

aliseerd 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 **acuut of urgent** wordt ingeschat, kan beslist worden tot een gedwongen opname, bij voorkeur in samenspraak met RADAR crisis. In het geval van gedwongen opname neemt de sociale dienst/psycholoog (tijdens de werkuren) of de kinderarts/spoedarts (tijdens avonduren/weekends) contact op met het Parket via het nummer van de politie.

Wanneer de minderjarige en/of zijn ouders geen verdere hulpverlening wensen en **suïcidale gedachten** aanwezig zijn, 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.

Een minderjarige en/of zijn ouders kunnen zich ook op consultatie bij de kinderarts of andere specialist aanmelden met suïcidale gedachten of na een suïcidepoging. In dat geval kan de kinderarts/specialist de KIPEO 1 gebruiken ter inschatting van het suïciderisico en/of de kinder- en jongerenpsycholoog van het ziekenhuis consulteren (maandag t.e.m. vrijdag tijdens de kantooruren) voor een inschatting en advies inzake vervolgzorg. Volgens het geschatte risico, zoals hierboven vermeld, wordt het traject bepaald.



Rol Timanti, dagbehandeling kinder- en jeugdpsychiatrie AZ Alma

Timanti is een dienst voor dagbehandeling kinder- en jeugdpsychiatrie. Kinderen en jongeren van 10 tot en met 17 jaar, die vastlopen in hun ontwikkeling, kunnen hier terecht. Er is sprake van - of een vermoeden van - onderliggende psychische of psychiatrische moeilijkheden, waarbij het reeds doorlopen (ambulante) zorgtraject ontoereikend bleek te zijn.

Timanti voorziet in een therapeutisch aanbod op maat (Groepsaanbod gecombineerd met een individueel aanbod (leefgroepswerking, psychotherapie, gezinstherapie, etc.), verbale en non-verbale therapieën (beeldende therapie, psychomotorische therapie, ergotherapie, etc.), sociaal maatschappelijke ondersteuning, psychiatrische opvolging) in combinatie met een onderwijsaanbod. Kinderen en jongeren maken dagelijks de heen- en weerbeweging tussen de thuiscontext en de dagbehandeling, dit zelfstandig of met hun ouders of betrokken hulpverlening. Dit op weekdays telkens van 8u-15u30.

Er wordt gewerkt in behandelperiodes van 12 weken. Hierna volgt een evaluatie met het kind/de jongere, diens ouders en eventueel de betrokken of toekomstige hulpverleners. Verlenging van opname is mogelijk. Vervolgzorg of nazorg wordt georganiseerd in nauwe samenwerking met externe partners.

Er kan enkel telefonisch aangemeld worden op het nummer 09 310 13 30 op donderdagvoormiddag tussen 09.00 en 12.00 uur, dit bij voorkeur door hulpverleners of op initiatief van de ouders. Na overleg binnen het opnameteam volgt een voorstel tot intakegesprek of advies tot doorverwijzing.

Binnen het thema suicidepreventie kan de dienst diverse rollen opnemen:

Eenzijds wordt op de afdeling preventief gewerkt rond suïcidaliteit door het thema van bij de intake mee op tafel te leggen. Ook tijdens het proces dat de jongere en diens context afleggen in de dagbehandeling wordt aandacht besteed aan kwetsbaarheden (eerdere pogingen, contextuele factoren,...) en signalen (verbaal/non-verbaal, gedragsverandering,...) en gaat men hier actief mee aan de slag (safetyplan opstellen met de jongere, gezamenlijk met de jongere gesprek aangaan met de context, overleg met de psychiater en team, verhoogde alertheid van alle teamleden).

Aanwezige suïcidedgedachten of suïcidepogingen in het verleden kunnen ook een aanmeldingsreden zijn, waarbij een therapeutisch traject wordt opgestart met de jongere en diens context. Dit mits voldoende draagkracht bij ouders en jongere om een traject binnen een dagbehandeling af te leggen. Ook doorheen het traject kan suïcidaliteit de kop op steken en wordt ingezet op een nauwe samenwerking met ouders, betrokken hulpverlening en de jongere. Waar nodig wordt er verder doorgeschakeld naar een tijdelijk alternatief traject.

De dagbehandeling voorziet niet in een crisiswerking. In acute crisissituaties wordt er samengewerkt met de externe partners. In acute situaties wordt de veiligheid samen door het multidisciplinaire team samen met de jongere en de betrokken contextfiguren ingeschat. Indien veiligheid binnen de context niet gegarandeerd kan worden, worden samen alternatieven bekeken. De spoeddienst van AZ Alma kan hierin een rol opnemen, alsook de samenwerking met de crisiswerking van RADAR, samenwerking met PAAZ afdelingen,... om een traject op maat van de jongere en diens context af te stemmen.



Rol van de Politie

De diensten van de politie komen vaak in contact met suïcide of een suïcidepoging. Vaak krijgen ze te maken met mensen die het moeilijk hebben of personen die vrezen dat een kennis/vriend(in) van hen een poging zou ondernemen. De politiedienst, meer bepaald de interventiedienst, komt veelal als eerste ter plaatse. Het is aan de interventiedienst om de situatie te evalueren. Eén van de belangrijkste taken hierbij is doorverwijzen naar gespecialiseerde diensten.

Bij hoogdringendheid kunnen de diensten contact opnemen met het parket om eventueel over te gaan tot een gedwongen opname. Dit kan enkel als er een acuut ernstig gevaar is en als de persoon een gevaar is voor anderen of zichzelf. Een medisch verslag is noodzakelijk.

Wat nog steeds het meest aangewezen is, is dat de persoon bereid is zich vrijwillig te laten opnemen. Hiervoor verwijzen de diensten door naar de gespecialiseerde diensten. Er wordt daarbij samengewerkt met diverse partners waaronder het RCGG, CAW, Mobil Team, (psychiatrisch)ziekenhuis,...

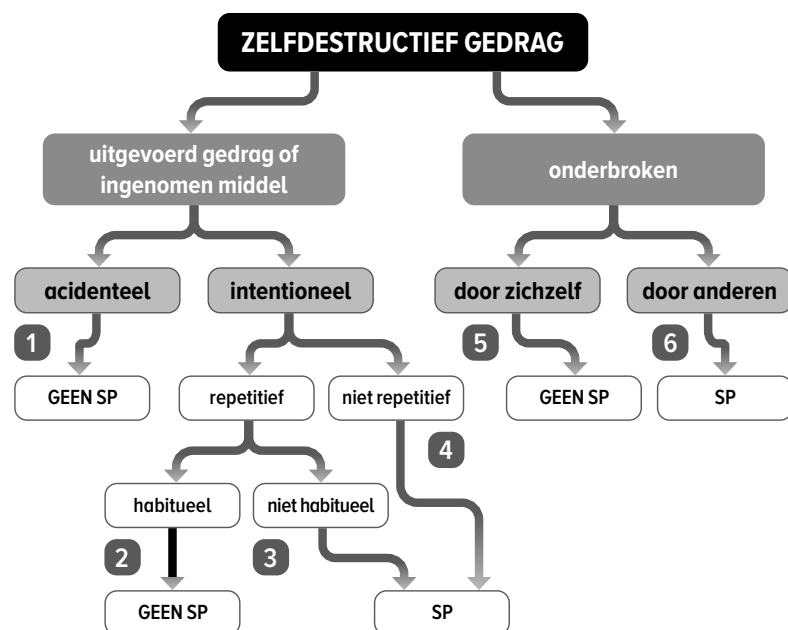
Referenties

- 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 Ieper.
- Decoopman, S., & Desseyen, N. (2012). *Iris, Risico-inschatting Aanpak Zelfdoding bij jongeren*. CLB Ieper en CGG Largo.
- Kerkhof, A., & Van Luyn, B. (2010). *Suicidepreventie in de praktijk*. Bohn Stafleu van Loghum.
- Klasse. (2015, juni 9). Zelfmoordpreventie: los niet alles op in hun plaats.
- Multidisciplinaire richtlijn voor detectie en behandeling suïcidaal gedrag.
- 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 epidemiologie 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

Bijlagen



Bijlage 1: Beslissingsboom suïcidepoging



Verduidelijking van de beslissingsboom aan de hand van voorbeelden

- 1 • Patiënt met dementie die per ongeluk te veel slaapmedicatie ingenomen heeft
- Patiënt met psychootische kwetsbaarheid die dacht dat hij kon vliegen en daardoor gesprongen is van een brug
- 2 • Jongen die bewust 3 xtc-pillen innam, zoals gewoonlijk bij het uitgaan, en onwel werd door ook alcohol te drinken
- Persoon met een geschiedenis van automutilatie komt op spoed terecht omdat zijn/haar moeder ongerust is

- Man wordt binnengebracht door de politie, heeft een geschiedenis van alcoholmisbruik
- 3 • Druggebruiker die bewust 5 xtc-pillen innam, meer dan zijn/haar gewoonte (niet habitueel) omdat het hem te veel werd
- Persoon met geschiedenis van automutilatie, die deze keer een grote ader raakte (niet habitueel)
- Alcoholverlaafde die zoveel promille in bloed heeft dat hij eigenlijk in een coma kon geraken, dit is niet van zijn/haar gewoonte, naar eigen zeggen wou hij even al zijn/haar problemen vergeten.
- Anorectische patiënt wil zichzelf uithongeren omdat hij/zij niet meer verder wil leven
- 4 • Persoon met depressie ziet het ineens niet meer zitten en beslist om alle voorgeschreven antidepressiva in te nemen.
- 5 • Persoon wou uit het raam springen, heeft zich bedacht en de hulpdiensten gebeld
- 6 • Persoon wandelde op de treinsporen, een voorbijganger intervenieerde
- Persoon met depressie verzamelde alle huismedicatie, de buurman kon de inname verhinderen

Bijlage 2: Voorbeeldvragen risico-inschatting

Volgende vragen kunnen helpen bij het inschatten van het suïciderisico.

- Aanwezigheid zelfmoordgedachten:
 - “Hoe lang heb je deze gedachten al?”
 - “Hoe vaak heb je deze gedachten?” (Af en toe, elke dag, heel de tijd)
 - “Hoe sterk zijn die gedachten?” (Eerder vluchtig, obsessieel, als een nachtmerrie)
 - “Hoe ervaren je deze gedachten?” (Overweldigend, oncontroleerbaar, voorbijgaand, beangstigend)
 - “Ben je bang om de controle over jezelf te verliezen?”

- Concrete plannen:
 - “Heb je concrete plannen gemaakt om zelfmoord te plegen?”
 - “Hoe zien die plannen eruit?”
 - “Welke methoden heb je overwogen?”
 - “Welke voorbereidingen heb je getroffen?” (Treinuren genoteerd, medicijnen gespaard, touw klaargelegd, afscheidsbrief geschreven, geoefend)
 - “Hoeveel haast heb je om je plannen uit te voeren?”
- Betekenis:
 - “Wat maakt dat je zelfmoord wil plegen?”
 - “Stel dat je dood zou zijn, wat zou je daarmee bereiken?” (Rust, einde van de pijn, anderen iets duidelijk maken, ...)
- Ambivalentie:
 - “Welke dingen houden je nog tegen om zelfmoord te plegen?” (Twijfel, familieleden, hoop op verbetering, eerst nog zaken afwerken)
 - “Hoe schat je de gevolgen van je zelfmoord in voor anderen?” (Zullen ze verdriet hebben, vind je het goed voor hen dat je er niet meer bent, laat het je koud)
 - “Waar voel je je het dichtstbij staan: verder leven of sterven?”
 - “Hoe heb je het tot nu toe volgehouden?”

Vragen die kunnen helpen bij het peilen naar gevoelens zijn:

- “Hoe voel jij je nu?” (Positieve en negatieve gevoelens)
- “Als je aan je eigen dood denkt, welke gevoelens ervaar je dan?” (Verdriet, ontzetting, opluchting, onverschilligheid)
- “Je moet je wel wanhopig voelen. Klopt dat?”, “Hoe wanhopig voel je je nu?” (Nogal, heel sterk, erger dan ooit), “Waarover ben je het meest wanhopig?”
- “Zijn er momenten dat je erg boos bent?”, “Hoe ervaar je deze woede?”, “Ben je soms zo boos op iets of iemand dat je wraak zou willen nemen?”
- “Heb je soms het gevoel dat je helemaal vast zit, dat je geen uitweg meer hebt?”, “Hoe voelt dit voor jou?”

- “Zijn er gebeurtenissen of gedachten die je erg angstig maken?”, “Wat is het effect van die angst op jou?”
- “Ervaar je soms spanningen of agitatie die je niet goed kan plaatsen?”, “Hoe hebben die spanningen een impact op wat je denkt of doet?”

Toekomstgerelateerde factoren bevragen kan met behulp van volgende vragen:

- “Hoe zie je de toekomst tegemoet?”
- “Verwacht je nog positieve of negatieve zaken in de nabije of verre toekomst?”

De focus ligt hier op het maken van een juiste inschatting van het acute risico, niet op het vinden van oplossingen of op het overtuigen van de persoon dat de toekomst de moeite waard is.

Ten slotte zijn er ook enkele **gedragmatige signalen** die kunnen wijzen op acute zelfmoordgedachten. De volgende vragen kunnen gebruikt worden om na te gaan of er gedragsmatige signalen aanwezig zijn:

- “Neem je soms levensbedreigende risico’s?”
- “Ben je soms bang om de controle over jezelf te verliezen?”
- “Gebruik je soms alcohol of drugs?”, zo ja: “Heb je het gevoel dat je de laatste tijd meer alcohol drinkt of drugs gebruikt dan vroeger?”
- “Wanneer heb je voor het laatst met familie of vrienden afgesproken?”, “Hoe is jouw relatie met vrienden en familie?”, “Hoe frequent zien jullie elkaar?”, “Is dit veranderd de laatste weken?”
- “In welke mate speelt jouw leven zich buitenshuis af?”
- “Hoe zou jij jouw nachtrust omschrijven?” “Heb je slaapproblemen?”
- “Merk je dat je de laatste tijd anders reageert op de dingen rondom jou?” (Agressiever, geagiteerder)

Handvatten voor gesprek bij vermoeden van suïcidaliteit

Maak contact - investeer in je hulpverleningsrelatie				
Bevraag huidige suïcidaliteit				
Zelfmoordgedachten?	Sinds?	Frequentie?	Intensiteit?	Gevoel van controle?
Zelfmoordplannen?	Hoe concreet?	Datum, dag, uur?	Keuze middel? Middelen beschikbaar?	Vorbereidingen getroffen?

Bevraag mate van hopeloosheid		
Hoe wanhopig?	Gevoel vast te zitten?	Gevoel dat hulp niet meer mogelijk is?

Bevraag vroeger suïcidaal gedrag			
Voorafgaande pogingen	Aantal?	Datum laatste poging?	Middel?
	Onderbroken?	Ervaren hulp?	Doel van de poging?

Beschermende factoren	Risicofactoren
Positief zelfbeeld	Impulsiviteit/Hopeloosheid/negatief zelfbeeld
Goede probleemoplossende vaardigheden	Negatieve levenservaringen/suïcide in de omgeving?
Toegankelijke laagdrempelige gezondheidszorg	Psychiatrische aandoening/somatische aandoening
Positieve attitude t.a.v hulp zoeken	Ontbreken sociale steun
Beschikken over sociale ondersteuning	Genetische/biologische factoren
Voldoende veerkracht	Eerder suïcidaal gedrag

Bijlage 3: Risicoformulering

Tool - Risicoformulering bij suïcidale personen

Het Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie (VLESP) werkte op basis van recente inzichten uit wetenschap en praktijk een nieuwe aanpak uit voor het onderzoeken en formuleren van suïciderisico. Deze tool en het **sjabloon voor risicoformulering** (zie verder) helpen hulpverleners op weg om het suïciderisico, de daarmee samenhangende factoren, en de context ervan in kaart te brengen en deze informatie te delen met andere betrokken hulpverleners.

HOE GEBRUIK JE HET SJABLOON?

Een inschatting en formulering van het suïciderisico doe je bij **iedereen waarvan je weet of vermoedt dat die aan zelfmoord denkt**. Aan de hand van het sjabloon breng je in samenspraak met de patiënt en indien mogelijk diens naasten de belangrijkste **factoren** in kaart **die het huidige en toekomstige suïciderisico bepalen**.

Dit doe je niet om een zelfmoordpoging te voorspellen, maar om **preventief te kunnen ingrijpen**. Een preventieve interventie dient in te werken op de suïcidaliteit en op de factoren die daarmee samenhangen. Hoe concreter de factoren beschreven zijn, hoe makkelijker ze vertaalbaar zijn naar een interventie. De risicoformulering vormt zo het startpunt voor **suïcidespecifieke interventies** op korte termijn, zoals bijvoorbeeld safety planning (zie verder), of een neurobiologische of psychotherapeutische behandeling op langere termijn.

Met behulp van het sjabloon kan je deze informatie **delen** met andere betrokken hulpverleners, bijvoorbeeld door het op te nemen in het patiëntendossier of in andere opvolgingsystemen. Op die manier kan de zorg beter op elkaar afgestemd worden en zal die effectiever zijn.

Het suïciderisico en de daarmee samenhangende factoren variëren doorheen de tijd. Een risicoformulering dient dan ook **regelmatig herhaald** te worden. Hoe vaak dit dient te gebeuren zal verschillen naargelang de problematiek en de setting, maar het is aan te raden om minstens op volgende momenten het risico in te schatten: bij aanmelding van of eerste klinisch contact met personen die met zelfmoordgedachten zitten, indien er meerdere of gedurende langere tijd waarschuwingssignalen voorkomen, bij directe suïcidale uitingen of dreigingen, na een suïcidepoging, in psychische crisissituaties, bij transitie van de ene naar de andere vorm van hulpverlening, bij onverwachte veranderingen in het klinische beeld.

Tot slot dient de risicoformulering afgestemd te worden op de **context en voorgeschiedenis** van de persoon. M.b.t. de context zal het risico bv. verschillen wanneer iemand in opname is of ambulantly behandeld. M.b.t. de voorgeschiedenis is het relevant te achterhalen hoe de persoon met soortgelijke stressoren omging in het verleden, dit kan een risicofactor of protectieve factor vormen.

Aanvullend op de risicoformulering is het sterk aan te bevelen om met personen die met zelfmoordgedachten zitten een **safety plan** op te maken, zie www.zelfmoord1813.be/safetyplan.

Vier elementen



Huidige suïcidale intentie

Om te kunnen inschatten hoe acuut het suïciderisico is, dien je een zicht te hebben op de **frequentie en intensiteit** van de suïcidale gedachten én op de suïcidale **intentie** of de mate waarin iemand daadwerkelijk van plan is om over te gaan tot suïcidaal gedrag. Daarnaast dien je ook te polsen naar het suïcidaal **verlangen** (de wens om te sterven) en de suïcidale **bekwaamheid**, namelijk de mate waarin iemand in staat is om suïcidaal gedrag te stellen (bv. concreet plan, middelen beschikbaar, niet bang om te sterven, hogere pijngrens, eerdere poging). Ook de **hopeloosheid** en **uitzichtloosheid** die een persoon ervaart vormen belangrijke elementen. Hoe sterker die zijn, hoe groter de kans dat iemand tot een poging overgaat. Het opstellen van een safety plan met de patiënt vormt een nuttige en belangrijke aanvulling.



Risicofactoren

Risicofactoren zijn factoren die de **kwetsbaarheid** van een suïcidale persoon bepalen en verhogen. Deze kunnen zowel van psychologische, sociale, psychiatrische of neurobiologische aard zijn. Enkele belangrijke risicofactoren die in kaart gebracht moeten worden, zijn: een eerdere poging, een psychische problematiek, middelengebruik, gebrek aan sociale steun, een recente stresserende levensgebeurtenis, een suïcide in de omgeving. Interventies kunnen hierop inwerken.



Beschikbare hulpbronnen

Beschikbare hulpbronnen zijn factoren die **beschermend** werken voor een persoon en het suïciderisico verlagen. Dit kunnen stappen zijn die iemand tijdens een crisis kan zetten of zaken of personen waar iemand in crisis beroep kan op doen om het risico terug onder controle te brengen. Bv. manieren weten om zichzelf tot rust te brengen of contact en steun opzoeken van een vriend of hulpverlener. Dit kan je bevragen door na te gaan wat maakt dat iemand het nu nog volhoudt, door te bespreken hoe de persoon met vorige crisissen is omgegaan en wat hij of zij doet of waar die terecht kan wanneer die het moeilijk heeft.



Voorspelbare veranderingen

Voorspelbare veranderingen zijn gebeurtenissen die zullen plaatsvinden in de nabije toekomst en **die het suïciderisico kunnen verhogen of verlagen**. Voorbeelden van risicoverhogende veranderingen zijn een aankomende relatiebreuk, overlijden, verhuis, medische ingreep, het opstarten van medicatie of ontslag uit het ziekenhuis. Bevraag waar de persoon wel of net niet naar uitkijkt in de nabije toekomst, wat zijn of haar toekomstperspectief is op korte termijn en hoe hij of zij inschat dat gebeurtenissen die in het verleden voor onrust of net verbetering zorgden zich opnieuw zullen voordoen.

Risicoformulering



Huidige suïcidale intentie

Frequentie & intensiteit zelfmoordgedachten; concrete suïcideplannen; inschatting bekwaamheid.



Risicofactoren

Factoren die kwetsbaarheid van persoon verhogen.



Beschikbare hulpbronnen

Hulpbronnen die hulpvrager ter beschikking heeft in crisismomenten.



Voorspelbare veranderingen

Wat zou het risico snel kunnen verhogen of verlagen (specifieke interventies)?

Achtergrond

Het inschatten en formuleren van het suïciderisico bij personen met zelfmoordgedachten stelt hulpverleners voor een moeilijke taak. Van hulpverleners wordt soms verwacht dat ze het suïciderisico opdelen in bijvoorbeeld laag, midden en hoog risico, om daaraan vervolgens interventies te koppelen voor de verdere zorg. Soms vertrekt men daarvoor van de aanwezigheid van suïcidale ideatie, een historiek van suïcidepogingen, een oplisting van risicofactoren, of specifieke screeningsvragenlijsten. Er bestaat nochtans **weinig consensus en geen enkel wetenschappelijk bewijs dat het bepalen van een 'niveau van suïciderisico' een suïcide kan voorspellen en voorkomen**. Bovendien kan een suïciderisico sterk **fluctueren in de tijd** (het kan bv. dagelijks schommelen of veranderen naar aanleiding van een specifieke gebeurtenis), waardoor het weinig zinvol en net risicovol is om het vast te leggen op een bepaald niveau. Daarnaast is een suïciderisico relatief en kan het **verschillen naargelang de context** (iemand met een laag risico in een opname setting kan een hoog risico hebben in een ambulante setting).

In een recente samenvattende studie waarin verschillende meta-analyses van hoge kwaliteit onder de loep werden genomen, werd geen enkele klinische risicofactor gevonden (ook niet suïcidale gedachten of gedrag) die voldoende accuraat is om als basis te kunnen dienen om het risico in te schatten. Sterker nog: de overgrote meerderheid van personen die als 'hoog risico' wordt ingeschat, overlijdt niet door suïcide, en ongeveer de helft van alle suïcides gebeurt bij mensen die worden ingeschat worden als 'laag risico'. Spreken van een 'hoog', 'laag' of 'gemiddeld' risico zonder verdere informatie heeft dan ook weinig zin. Niet alleen omdat het weinig zegt over de kans dat de zelfmoordpoging zich voordoet, maar ook omdat deze termen een andere betekenis kunnen hebben voor de verschillende betrokken hulpverleners en in verschillende zorgcontexten.

Hoewel er dus heel wat risicotaxatie-instrumenten in omloop zijn, blijft de beste manier om het suïciderisico te kunnen inschatten een **open gesprek** over de zelfmoordgedachten met de persoon om wie je bezorgd bent. Het is essentieel te investeren in een diepgaand contact met de patiënt met oog voor de zorgbehoeften en met als doelstelling het in kaart brengen en behandelen van het suïcidaal gedrag en van de factoren en klachten die daarmee samenhangen. Daartoe kan dit sjabloon en deze aanpak bijdragen.

Aan de slag

Nood aan advies of ondersteuning? De suïcidepreventiewerking van de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg begeleidt organisaties om een suïcidepreventiebeleid op maat uit te werken en geeft advies over hoe dit sjabloon kan vertaald worden naar interventies en hoe het geïntegreerd kan worden in de werking. Zie www.zelfmoord1813.be/hulpverlening/ondersteuning-door-cgz

Dit sjabloon is niet dwingend, het dient als eerste bewustmaking en stimulans om tot een nieuwe manier van werken te komen m.b.t. risico-inschatting. Heb je opmerkingen of aanvullingen? Laat het ons weten, VLESP wil graag praktijkervaringen bundelen om deze tool verder uit te kunnen werken voor de update van de multidisciplinaire richtlijn (gepland in 2022).

Literatuur



Aerts, S., Dumon, E., van Heeringen, K., Portzky, G. (2017). Multidisciplinaire richtlijn voor de detectie en behandeling van suïcidaal gedrag. Gent: Politeia.

www.zelfmoord1813.be/sp-reflex

Belsher, B. E., Smolenski, D. J., Pruitt, L. D., Bush, N. E., Beech, E. H., Workman, D. E., ... & Skopp, N. A. (2019). Prediction models for suicide attempts and deaths: a systematic review and simulation. *JAMA psychiatry*.

Carter, G., Milner, A., McGill, K., Pirkis, J., Kapur, N., & Spittal, M. J. (2017). Predicting suicidal behaviours using clinical instruments: systematic review and meta-analysis of positive predictive values for risk scales. *The British Journal of Psychiatry*, 210(6), 387-395.

Large, M. M., Ryan, C. J., Carter, G., & Kapur, N. (2017). Can we usefully stratify patients according to suicide risk? *BMJ: British Medical Journal (Online)*, 359.

Pisani, A. R., Murrie, D. C., & Silverman, M. M. (2016). Reformulating suicide risk formulation: from prediction to prevention. *Academic psychiatry*, 40(4), 623-629.

Steeg, S., Quinlivan, L., Nowland, R., Carroll, R., Casey, D., Clements, C., ... & O'Connor, R. C. (2018). Accuracy of risk scales for predicting repeat self-harm and suicide: a multicentre, population-level cohort study using routine clinical data. *BMC psychiatry*, 18(1), 113.

Links



Aan de universiteit van Manchester werd een studie gedaan naar hoe zorginstellingen momenteel omgaan met risico-inschatting en waar de noden liggen: [klik hier](#) voor meer info.



[Bekijk ook de video](#) met internationaal expert prof. Nav Kapur, betrokken bij dit onderzoek.

Refereren naar dit document

Aerts, S., Dumon, E., van Heeringen, K., Portzky, G. (2019). Tool risicoformulering bij suïcidale personen. Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie. www.zelfmoord1813.be/risicoformulering

Bijlage 4: Safetyplan



Mijn Safety Plan



Dit geeft aan dat ik aan zelfmoord denk



Dit kan ik doen om rustiger te worden.



Hier vind ik afleiding.



Hier ben ik veilig.



Hier vind ik professionele hulp.

Algemeen noodnummer: **112**
Antigifcentrum: **070 245 245**



Hier kan ik terecht als ik het moeilijk heb.

:

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 boksbal, in het buurt huis 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 professionelen 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.

Bijlage 5: (K)IPEO

(K)IPEO: instrument voor psychosociale evaluatie en opvang van personen die een suïcidepoging gedaan hebben

Om hulpverleners te ondersteunen bij het opvangen van personen die een suïcidepoging ondernomen hebben werden IPEO (Instrument voor Psychosociale Evaluatie en Opvang) en IPEO voor kinderen en jongeren) ontwikkeld. Uit onderzoek blijkt dat het gebruik van IPEO de zorgcontinuïteit ten goede komt: er werd vaker over de behandelopties gesproken met de cliënt en er verstreek minder tijd tussen het ontslag en contact met de huisarts.

IPEO is in de eerste plaats een instrument ter ondersteuning van de psychosociale evaluatie en opvang van personen die een suïcidepoging gedaan hebben, het is niet bedoeld als screeningsinstrument om het acute suïciderisico in te schatten. IPEO bestaat uit 2 luiken: IPEO 1 en IPEO 2. Voor kinderen en jongeren werd **KIPEO** ontwikkeld. Op basis van IPEO of KIPEO kan men niet voorspellen of iemand opnieuw een poging zal ondernemen of zal overlijden door suïcide. Wel is het de bedoeling om op basis van de verzamelde informatie, eventueel aangevuld met informatie van eerdere behandelaars, huisarts en naasten, risicofactoren te identificeren, een optimale doorverwijzing voor te stellen en de hulpvrager hiertoe te motiveren. Deze instrumenten werden oorspronkelijk ontwikkeld voor gebruik binnen algemene ziekenhuizen met een spoedafdeling, maar ze kunnen ook als leidraad gebruikt worden in andere zorgsettings. Voor meer informatie over IPEO en over vormingen voor hulpverleners die met IPEO aan de slag willen, kan je terecht op Zelfmoord1813 en bij de organisatie Zorg voor Pogers hebben.

<https://www.zelfmoord1813.be/publicaties/producten/ipeo-instrument-voor-psychosociale-evaluatie-en-opvang-voor-kinderen-en>



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.



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

Naam ziekenhuis/instelling: _____ Datum en tijdstip van aanmelding: _____ (dag/maand/jaar) _____ (hh:mm)

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

Poging onderbroken door derden (omcirkeel wat van toepassing is)
 Nee _____ Ja _____ Onbekend _____

Aanmelding (meerdere antwoorden mogelijk)

- On eigen initiatief
- Ouders
- Vrienden
- Ambulance
- School/ CLB
- Huisarts
- Bijzondere jeugdzorg
- Gehandicaptenzorg
- Andere: _____

Ernst van het lichamelijke letsel

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

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

Sociodemografische gegevens

Geboortedatum

_____ / _____ / _____
 dag maand jaar

Woonstuaie

- Bij eigen familie
- Beide ouders
- Co-ouderschap
- Eenudergezin
- Nieuw samengesteld gezin
- Andere familie: _____

Geslacht

- Jongen
- Meisje

- Geinvervangende situaie (zorg)
- Voorziening (BIZ, GGZ, gehandicapten-zorg)
- Pleeg/adoptiegezin
- Alleen
- Andere: _____

Medicatiefiche

.....

Dit instrument werd ontwikkeld door de Eenheid voor zelfmoordonderzoek (UGent), in samenwerking met organisatie 'Zorg voor Suicidepogers', met steun van de Vlaamse Overheid i.o.v. de minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

Methoden: kruis alle gebruikte methoden aan!

- Verhanging, 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
- Verdrinken
- Pesticiden, herbiciden en andere landbouwchemicaliën
- Inhaleren van gassen en dampen
- Elektrocutie
- Auto-intoekate (bv. medicatie, verdovende middelen, ...)
(specificeer middel en hoeveelheid)
-
- Alcohol
- Andere methode(n) _____
-
-
-

Datum en tijdstip van suicidepoging: _____ (dag/maand/jaar) _____ (hh:mm)

Bij GEEN afname: Reden: _____

Geboorteland

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

Schoolstuaie

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

Biologische vader:

- België
- Nederland
- Marokko
- Italië
- Turkije
- Anders: _____

Biologische moeder:

- België
- Nederland
- Marokko
- Italië
- Turkije
- Anders: _____

Niet schoolgaand:

Reden: _____

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 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 zo iets 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 dat blad staan gevoelens die andere jongeren hebben genoemd. Kan je mij tonen of zeggen welke jij nu ervaart?

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

- kwaad
- blij/vrolijk
- triestig/depresief
- blij nog te leven, spijtig dat het gebeurd is,
- opgelucht
- ongevoelzaam/teleurgesteld dat de poging mislukte is, wil dood
- angstig
- schuld, schaamte
- leeg
- onrustig, gesagiteerd
- agressief
- ruzig
- tegenspanning, ambivalente gevoelens
- ontspanning van poging, minimalisatie
- te versuft om inschatting te maken
- andere: _____

Eerdere suicidepogingen

(huidige poging en automutilatie NIET meestellen)
 Als jongeren binnenkomen op de spoor nadat ze opzettelijk zichzelf hebben verwond of iets hebben ingenomen dat hen lichamelijke kan beschadigen, dan blijft dat voor sommige jongeren het niet de eerste keer was dat ze zo iets deden. Heb jij zo iets al eerder gedaan? Hoeveel keer heb je dat al gedaan?

- Geen eerdere
- 1 eerdere
- 2 eerdere
- 3 eerdere
- 4 of meer eerdere suicidepogingen

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 over gedaan?

Methode: _____

Went iemand dat je dit toen gedaan heb?

- Nee
- Ja

Geen vragen meer bij dit item

Wat is er meer gebeurd? Weet je wie erbij betrokken was?

- Nee
- Ja
- Geheer/psycholoog
- Gd
- Huisarts
- Ouders/voged/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: _____
- Niet genigd om over iets te praten
- 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?

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

Aanwezigheid suicidegedachten en -plannen

Ga na de patiënt de toekomst tegemoet ziet. Omcirkeel 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 inunen dat je lichamelijk kan beschadigen?

- Nee (→ volgende vraag overslaan)
- Zwak
- Matig tot sterk
- Niet over nagedacht
- Niet over nagedacht
- Details uitgewerkt en goed geformuleerd

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. Omcirkeel 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?

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

Omcirkeel:

- Hoopvol
- Ambivalent
- Hopeloos

Bereidheid tot verdere begeleiding

We hebben onderzocht dat jongeren in zoow situatie best verder ondersteund worden. Vind je het oké om een gesprek te hebben met iemand volgoude zorgverstrucker? om een beter zicht te krijgen op je mogelijkheden, en hoe we jou daarbij kunnen helpen?

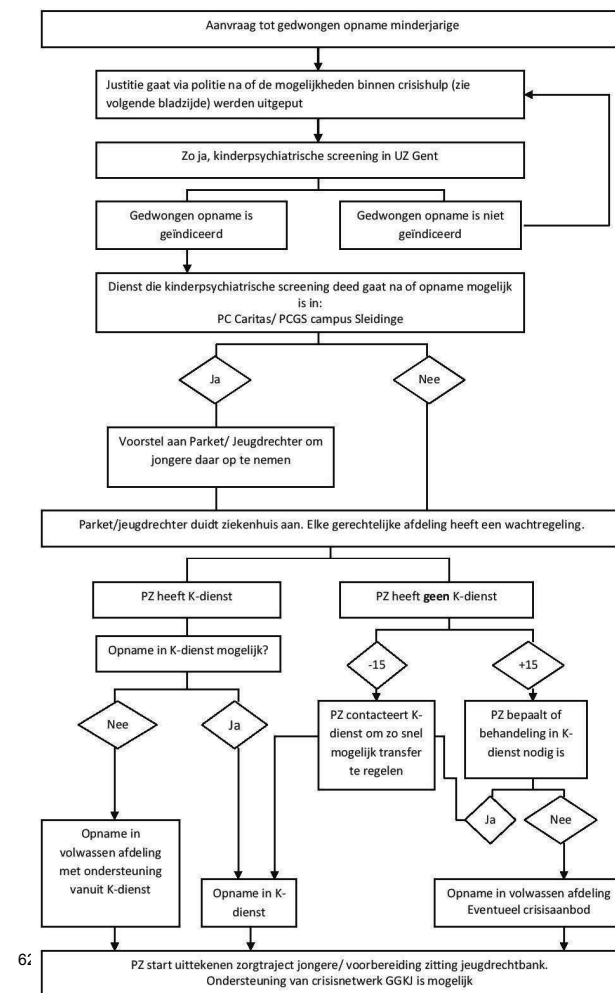
- Wil geen verdere begeleiding (→ huisarts, ouders en/of derden op de loogte brengen)
- Neutraal
- Wil verdere begeleiding

Dit instrument werd ontwikkeld door de Eenheid voor zelfmoordonderzoek (UGent), in samenwerking met organisatie 'Zorg voor Suicidepogers', met steun van de Vlaamse Overheid i.o.v. de minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

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

Bijlage 6: procedure gedwongen opname voor minderjarigen uit Oost-Vlaanderen



Bijlage 7: Gemandateerde Voorzieningen

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 SuicidePreventie voor Huisartsen en Andere hulpverleners
AZ	Algemeen Ziekenhuis
CAR	Centrum voor Ambulante Revalidatie
CAW	Centrum voor Algemeen Welzijnswerk
CGG	Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg
CGGsp	Suicidepreventiewerking van de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg
CLB GO	Centrum voor LeerlingBegeleiding van het GemeenschapsOnderwijs
GGZ KJ	Geestelijke GezondheidsZorg Kinderen en Jongeren
IJH	Integrale JeugdHulp
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

Notitie's
