

Visietekst: Suïcidaliteit bij kinderen en jongeren

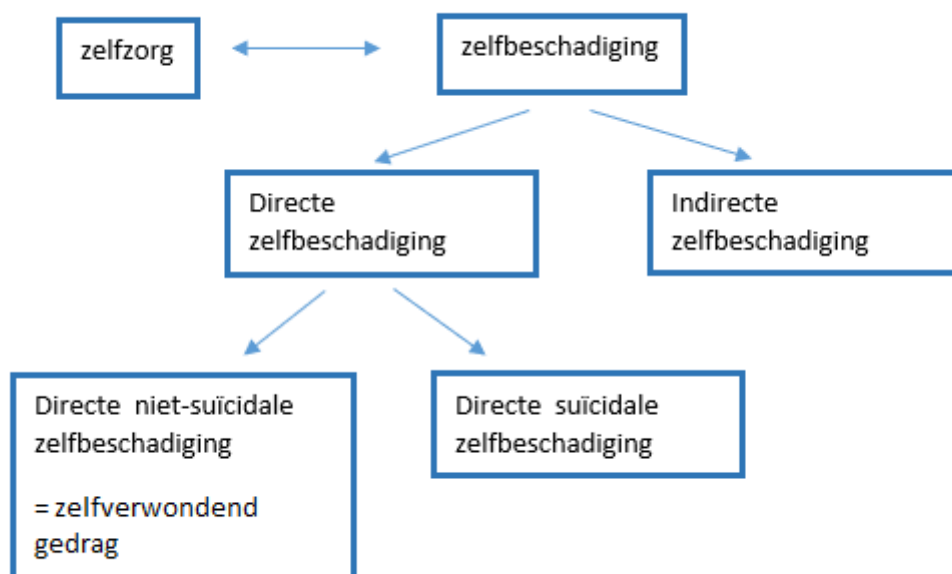
1. Definitie

We spreken over **suïcide**, zelfmoord of zelfdoding wanneer iemand opzettelijk een einde maakt aan het eigen leven.

We onderscheiden **suïcidale gedachten** (denken over zelfmoord) en **suïcidaal gedrag** (een poging tot zelfmoord ondernemen).

Een suïcidepoging is gedrag zonder dodelijke afloop dat de persoon stelt met de verwachting of het risico om te overlijden en met als doel gewenste veranderingen te bekomen. Het is niet hetzelfde als zelfverwondend gedrag, omdat bij dit laatste de intentie niet-suïcidaal is.

De term **suïcidaliteit** kan zowel verwijzen naar suïcidale gedachten als naar suïcidaal gedrag. Onderstaand schema maakt duidelijk welke definities we hanteren.



2. Prevalentie

Onder de leeftijd van 14 jaar komen suïcides weinig voor, maar vanaf 15 jaar stijgt het suïciderisico. Bij Vlaamse jongeren van 15-19 jaar is suïcide de belangrijkste doodsoorzaak.

Recent Vlaams onderzoek (Schrijvers et al., 2023) toont dat 15,1% van de -13 jarigen ooit al aan zelfdoding dacht.

Meer jongens overlijden door suïcide dan meisjes terwijl meisjes meer (niet-fatale) suïcidepogingen ondernemen dan jongens.

Suïcidaliteit kan al voorkomen bij jonge kinderen. Daarom is het belangrijk ook vóór de leeftijd van 12 jaar alert te zijn voor signalen en een gesprek erover aan te gaan.

3. Wat maakt een jongere kwetsbaar voor suïcidaal gedrag?

Suïcidaliteit is steeds een complex samenspel van verschillende factoren. Suïcidaal gedrag heeft nooit slechts één oorzaak, maar is het gevolg van een combinatie van verschillende factoren.

Eenzijds heb je de **aangeboren kwetsbaarheid**: het gaat om genetische, neurobiologische en psychologische factoren (bv afwijkingen in de hypothalamus-hypofyse-bijnier, afwijkingen in het serotonine neurotransmitter systeem, rigiditeit in denken, perfectionisme, beperkte probleem oplossende vaardigheden ...).

Deze kwetsbaarheid bepaalt de draagkracht van een individu.

Daarnaast zijn er doorheen het leven **stressfactoren** die je draagkracht uitdagen. Dit kan gaan om sociale stressfactoren zoals pesten, verlieservaringen, misbruik... maar ook psychiatrische stressfactoren zoals een depressie.

Wanneer de draagkracht overschreden wordt is er niet meer zoveel nodig om de stap naar suïcide te zetten.

Volgende **drempelfactoren** kunnen de laatste druppels zijn en de stap naar suïcide kleiner maken: toegang tot middelen, confrontatie met zelfmoord in de directe omgeving of via sociale media, een beperkt sociaal netwerk.

Een suïcide is dus het resultaat van een samenspel van kwetsbaarheden, stressfactoren en drempelfactoren. Suïcidaliteit is het gevolg van een opeenstapeling van dingen die lastig lopen en een dysfunctionele manier om iets te zeggen/vragen.

Het is voornamelijk de **overgang** van suïcidale gedachten naar suïcidaal gedrag die bij jongeren plots en impulsief kan gebeuren. Maar dit wil niet zeggen dat ze vooraf geen gedachten over zelfdoding hadden. Ook bij kinderen en jongeren wordt suïcidaal gedrag immers voorafgegaan door een **proces**, beginnend met een eerste gedachte, naar een meer concrete wens, tot het uitvoeren van een suïcide(poging).

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

4. Hoe omgaan met suïcidaal gedrag ?

Uitgangspunt: Het Suïcidaal Proces

Een suïcide gebeurt zelden impulsief. Daarom wordt er gesproken over suïcidaliteit als een proces met een wisselend verloop dat begint met gedachten, directe of indirecte signalen, het maken van een concreet plan, een poging.

Belangrijk is om zo vroeg mogelijk in het suïcidaal proces in te grijpen.

Het is belangrijk om geen taboe te maken van suïcidale gedachten en gedrag.

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

- **Contact maken**

- **Veiligheid bevorderen**
- **Naasten betrekken**
- **Zorgcontinuïteit faciliteren**

Deze principes worden in alle fasen van zorg: preventie en detectie, hoog suïcidaal risico en zorg na een suïcidepoging gehanteerd.

4.1. Preventie en detectie

Erg belangrijk bij suïcidaliteit is preventie. De meeste suïcidale jongeren willen niet echt dood maar zitten zo vast in hun manier van denken dat ze geen andere oplossing voor hun huidige lijden meer zien. Preventie is mogelijk, wanneer we **vroegtijdig en diepgaand met het kind/jongere in gesprek** kunnen gaan over suïcidaliteit.

Het bevragen van suïcidale gedachten is de enige manier om het suïciderisico te detecteren en tijdig hulp te kunnen bieden of inschakelen. Bovendien biedt dit de suïcidale persoon de mogelijkheid om open te spreken over de suïcidegedachten en de wanhoop die de persoon ervaart. Op deze manier wordt erkenning gegeven aan de gedachten en gevoelens die de suïcidale persoon bezighouden. Wanneer je hier open en begripvol op ingaat, is dat vaak een enorme opluchting voor mensen die met deze gedachten worstelen.

Vanuit het Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie (VLEPS) is de richtlijn om bij elke jongere **vanaf de leeftijd van 12 jaar expliciet** te gaan informeren naar mogelijks suïcidale gedachten of gedragingen.

Bij kinderen < 12 jaar wordt dit bevroegd bij volgende indicaties:

- gekende klachten of doodswens
- wanneer het kind of een ouderfiguur aangeeft zich hierover zorgen te maken
- wanneer er een historiek is van suïcidale gedachten of gedrag
- wanneer er sprake is van waarschuwingssignalen zoals:
 - Praten over willen sterven of zichzelf willen doden
 - Het stellen van zelfbeschadigend gedrag
 - Het stellen van zeer impulsief agressief gedrag
 - Het weggeven van dierbaar speelgoed of bezittingen

In Pulderbos wordt standaard bij ≥ 12 jarigen¹ naar de aanwezigheid en voorgeschiedenis van een mogelijke doodswens gevraagd. Er kan hiervoor gebruik gemaakt worden van zelfrapportagevragenlijsten (bv. Youth Self Report of Children's Depression Inventory).

Mogelijks komt dit thema tijdens het intakegesprek reeds aan bod, of wordt door de verantwoordelijke PPD een individuele sessie kort na opname ingepland om dit te bevragen.

Omdat we binnen Pulderbos werken met kinderen en jongeren met verschillende ontwikkelingsleeftijden blijft het belangrijk om naast de richtlijnen op basis van kalenderleeftijd steeds het ontwikkelingsperspectief in acht te nemen en op maat te blijven werken bij de afweging in welke mate je de aanwezigheid van suïcidale gedachten en gedragingen gaat bevragen. Hierbij is het belangrijk rekening te houden met:

- Signalen die je opmerkt bv. zich terugtrekken, minder eten, meer woedebuien, ...

¹ Uitgezonderd de modules Eeg en screening binnen traject EPI

- De situatie waarin het kind verkeert Bv. recent overlijden, trauma, cultuur, religie, ...
- De leeftijd en maturiteit van het kind.

Jonge kinderen begrijpen de betekenis van dood (en dus ook zelfdoding) soms nog niet. Om een bevraging rond suïcidale gedachten en gedrag te kunnen doen is het belangrijk dat er volgende 4 componenten aanwezig zijn in het begripsniveau van een kind/jongere :

- Universaliteit: begrijpen dat elk levend wezen dood kan gaan
- Onomkeerbaarheid: Begrijpen dat als je dood bent je niet meer levend kan worden
- Non-functionaliteit: Begrijpen dat je lichaam niet meer werkt en je geen acties meer kan uitvoeren.
- Causaliteit: Begrijpen dat er verschillende interne en externe factoren kunnen zijn die de dood kunnen veroorzaken.

Op de leeftijd van 10 hebben de meeste kinderen deze principes door.

Wanneer er bij aanmelding reeds melding is van suïcidale gedachten en gedrag (in het heden of verleden) is het belangrijk om reeds tijdens het intakegesprek hier openlijk over te spreken. Tijdens het intakegesprek wordt een inschatting gemaakt van mogelijks ontregeld gedrag van een jongere door arts/PPD. Indien er sprake is van acuut suïcidaal gedrag wordt tijdens het intakegesprek aangegeven dat Pulderbos geen kinderpsychiatrische setting is, niet de gepaste zorg kan bieden bij acuut suïcidaal gedrag en geen permanent 1 op 1 begeleiding en toezicht kan organiseren en dit redenen zijn om een opname uit te stellen, te onderbreken of te beëindigen.

Er wordt naar ouders en de jongere benadrukt dat het Revalidatiecentrum Pulderbos streeft naar kwaliteitsvolle zorg en behandeling van een jongere en in dit kader streeft naar samenwerking en transparante communicatie met de ouders, ook over suïcidale gedachten en gedrag dat tijdens een opname kan optreden. Bij start van opname wordt zowel aan ouders als de wilsbekwame jongere (vanaf 15 jaar) gevraagd de opnamebundel te ondertekenen voor akkoord.

Indien een jongere van bij begin opname gekend is met suïcidale gedachten en/of gedrag wordt dit opgenomen in het signaleringsplan dat opgemaakt wordt bij begin van opname. Het opstellen van een signaleringsplan is een gezamenlijke activiteit tussen de jongere, zijn ouders en het behandelteam (PPD/arts en leefgroepbegeleiding). Voor meer concrete richtlijnen rond het opstellen van een signaleringsplan verwijzen we naar de tekst "Het gebruik van signaleringsplannen".

Bij het opstellen van een **signaleringsplan bij suïcidaliteit** is het belangrijk om aandacht te geven aan volgende aspecten:

- Ga samen met het kind/de jongere na welke professionele hulpverlener die kan contacteren bij een crisis (bv. huisarts, psycholoog, een hulplijn...).
- Ga samen met het kind/de jongere na wat een veilige omgeving is (waar is dit en met wie is dit) en welke plaatsen of situaties de jongere beter vermijdt.
- Ga samen met het kind/de jongere na wat hun 'Reasons for living' zijn. Dit kunnen betekenisvolle personen, gedachten, herinneringen, foto's of toekomstplannen zijn die het kind/de jongere doen volhouden.

Een signaleringsplan is een actieplan. Het is belangrijk dat na het opstellen van een plan een exemplaar bezorgd wordt aan het kind/jongere en de thuiscontext (ouders, school). Telkens wordt ook een exemplaar in het patiëntendossier bewaard (in KWS onder PREV zorgcoördinatie).

Door het behandelteam wordt op regelmatige basis de behandel- en ondersteuningsnoden omtrent suïcidaliteit van een jongere geëvalueerd. Dit gebeurt wekelijks op de dokterstoer en met het ruimere team op het interdisciplinair overleg (IDO). Telkens wordt daar de inschatting gemaakt hoe acuut de suïcidaliteit is en of dit hanteerbaar is binnen het revalidatiecentrum of er opgeschaald moet worden naar andere zorg.

Daarnaast is het de verantwoordelijkheid van het hele behandelteam om alert te zijn op **waarschuwingssignalen** van mogelijke suïcidaliteit (cfr bijlage) Er wordt een onderscheid gemaakt tussen directe en indirecte signalen die kunnen wijzen op suïcidale gedachten.

Directe signalen vereisen onmiddellijke aandacht. Indien je deze opmerkt wordt arts en PPD op de hoogte gebracht.

Naast expliciete dreigingen kunnen signalen ook **indirect** en dus onduidelijk, gemaskeerd of ambivalent zijn. Het risico op suïcidaal gedrag wordt groter wanneer er meerdere signalen gedurende langere tijd aanwezig zijn.

Bij indirecte signalen ga je met de jongere in gesprek en probeer je meer zicht te krijgen op de beleving en gedachten van de jongeren. Je uit je bezorgdheid naar de jongere en geeft aan dat je je bezorgdheid wil delen met andere mensen van het behandelteam om een zo goed mogelijke zorg te kunnen bieden. Je brengt arts en PPD op de hoogte.

Tenslotte zijn er brede waarschuwingssignalen die niet onmiddellijk verwijzen naar suïcidaliteit, maar ons wel alerter moeten maken. Wanneer je deze signalen opmerkt, bespreek je je bezorgdheid met je collega's, het behandelteam en wordt op de wekelijkse medische toer afgesproken of en in welke mate mogelijks suïcidaal gedrag bevestigd moet worden en wie dit gaat opnemen.

Onthoud ook dat jongeren soms **impulsief** kunnen handelen bij het ondernemen van een suïcidepoging en er dus niet altijd sprake is van duidelijke signalen, een uitgesproken doodswens of een duidelijk plan.

Inschatten van suïcide-risico:

Wanneer er sprake is van suïcidale gedachten wordt een inschatting gemaakt van het suïciderisico. Hiervoor wordt gebruik gemaakt van Leidraad Opvang en Evaluatie Suïcidaliteit (LOES) (<https://www.zelfmoord1813.be/files/PDF-niet-publicaties/Publicaties-PDF/LOES.pdf>).

Door PPD (bij afwezigheid van de eigen PPD wordt door de behandelende arts een PPD van de andere groep gevraagd) wordt deze tool bij iedereen die aangeeft met zelfmoordgedachten te zitten de bevraging via LOES gedaan. De resultaten hiervan worden met de behandelende arts besproken.

Wanneer het suïcide-risico hoog is wordt door arts/PPD kinderpsychiatrisch advies gevraagd aan één van de twee kinderpsychiaters waar Revalidatiecentrum Pulderbos mee samenwerkt of wordt de behandelende kinderpsychiater gecontacteerd

Het is belangrijk te weten dat deze bevraging adhv LOES telkens een momentopname is. Herhaaldelijk bevragen en bespreken van suïcidaliteit, het risico (her)afwegen en de zorg daarop afstemmen is daarom belangrijk.

Bespreek de suïcidaliteit dus regelmatig en vul de risicoformulering adhv LOES regelmatig aan.

Eenmaal suïcidaliteit is gedetecteerd en in kaart gebracht zijn er specifieke interventies. Essentiële elementen in de aanpak van suïcidaliteit bij kinderen en jongeren zijn:

- Vertrek van noden
- Psycho-educatie
- Versterk sociale verbondenheid
- Bevorder veiligheid
- Focus op sterktes

Het inschakelen van digitale apps of online zelfhulp wordt geadviseerd, naast de klassieke psychotherapeutische en neurobiologische interventies (medicatie).

4.2. Het suïciderisico is hoog: wat nu ?

Contact maken:

Praat met kinderen en jongeren op een manier die aansluit bij hun levensfase en die begrip en interesse toont voor hun leefwereld. Ga zelf het gesprek aan over een mogelijke doodswens of zelfmoordgedachten, zodat ze zich vrij voelen daarover te kunnen praten.

Het blijven volgen van een dagstructuur is belangrijk. Het is belangrijk om contact te maken door bv samen te eten, te wandelen, een spel te doen. Het is belangrijk om waakzaam en oplettend aanwezig te zijn.

Wat werkt niet?

- Veroordelen van de suïcidale gedachten of gedrag: *"Daar mag je niet aan denken."* *"Je gaat toch geen domme dingen doen hé?"*
- Meteen positieve zaken aangeven: *"Maar we hebben toch veel vooruitgang geboekt?"*
- Onmiddellijk oplossingen aandragen: *"Ga maar eens naar de boerderij, dan voel je je vast al een stuk beter."*
- Valse hoop geven of beloftes doen die je niet kan nakomen: *"We gaan je problemen oplossen."* *"Dit blijft tussen ons."*
- Proberen overtuigen om verder te leven: *"Dat kan je je ouders toch niet aandoen?"*
- De zaken die de jongere aangeeft minimaliseren: *"Het valt toch allemaal wel mee."*
- De jongere uitdagen in de suïcidale gedachten en/of gedrag: *"Ik denk niet dat je dat durft."*
- In discussie gaan over suïcide, het recht om te leven of te sterven, ...

Wat werkt wel?

- Rustig en open praten over zelfdoding en over het verlangen om te sterven.
- Luisteren en proberen te begrijpen wat de jongere met suïcidale gedachten beleeft.
- De jongere laten ventileren: ruimte laten om gevoelens van hopeloosheid, kwaadheid, verdriet, onmacht, ... te uiten.
- Erkenning geven voor de gevoelens die de jongere ervaart.
- Inzicht geven door motieven te bevragen en ambivalentie t.o.v. het leven te bespreken.
- Zorgbehoeftes bespreken.

Zorgen voor veiligheid/waakzaam aanwezig zijn:

Veiligheid kan nooit volledig gegarandeerd worden, maar om toekomstig suïcidaal gedrag te beperken is het goed om samen met de jongere met suïcidegedachten en zijn ouders na te gaan hoe je de omgeving veilig kan maken en welke rol de persoon daar zelf in kan opnemen.

Op sommige momenten kan het aangewezen zijn om gevaarlijke spullen weg te nemen, maar dit moet steeds goed overwogen worden omdat je daarmee ook de kans wegneemt om dagdagelijkse activiteiten te ondernemen.

Ook op een crisisunit is er geen camerabewaking, bewust. Het blijft belangrijk dat de ontwikkelingstaken van een jongere, namelijk autonomie, separatie en verantwoordelijkheid niet blijvend in het gedrang komen.

Steeds toezicht kan niet gegarandeerd worden. Stel voor dat je regelmatig bij de jongere op de kamer kan komen om te zien hoe het gaat. Ook wanneer een jongere suïcidaal is, blijft het belangrijk om deze op zijn verantwoordelijkheid te wijzen.

Het is niet aangewezen om een non-suïcide contract op te stellen, dergelijke contracten geven een vals gevoel van veiligheid en dragen niet bij tot het voorkomen van suïcide.

Ouders/steunfiguren betrekken:

Inzetten op het gevoel van verbondenheid met naasten is een beschermende factor voor het herstel van het kind/de jongere. Ouders worden onmiddellijk gecontacteerd bij hoog suïciderisico door arts en/of PPD. Er wordt zo snel mogelijk met hen, het kind/jongere en arts/PPD een gesprek gepland waarbij transparant over het suïcide-risico wordt gecommuniceerd en op welke manier de veiligheid en zorgcontinuïteit geïnstalleerd gaat worden. Transparante communicatie over wat haalbaar en niet haalbaar is in het Revalidatiecentrum is hierbij erg belangrijk.

Zorgcontinuïteit:

In sommige situaties kan verwijzing naar crisisopname aangewezen zijn. Wanneer je een opname overweegt, is het essentieel dat het behandelteam de **voordelen** afweegt tegen de **nadelen**. De behandelende arts neemt hierbij de eindbeslissing.

4 essentiële factoren moeten in overweging genomen worden bij de vraag naar opname:

- De ernst van de suïcidale gedachten en plannen
- De aanwezigheid van een ernstige problematiek en zorgbehoeften
- Persoonskenmerken zoals impulsiviteit, oordeelsvermogen, autonomie en bereidheid tot hulp
- De beschikbaarheid en draagkracht van het steunsysteem

5. Een suïcidepoging: wat nu ?

Bij elk vermoeden van suïcide wordt onmiddellijk de arts verwittigd.

Eerst en vooral dient nagegaan te worden of de jongere somatische zorgen nodig heeft.

Ouders worden onmiddellijk op de hoogte gebracht door arts en/of PPD. Er wordt zo snel mogelijk met hen een opvanggesprek gepland waarbij transparant over de suïcidepoging wordt gecommuniceerd.

Ook met de jongere wordt zo snel mogelijk een eerste gesprek gepland door arts en/of PPD om:

- Een empathische opvang te kunnen bieden.
- Een zicht te krijgen op de huidige suïcidaliteit en de onmiddellijke zorgnoden.

Na een suïcidepoging zijn kinderen en jongeren erg kwetsbaar. Tijdens dit gesprek overloop je volgende vragen:

- Wat is er gebeurd?
- Welke methode werd er gebruikt?
- Werd de poging onderbroken door iemand?
- Hoe voel je je nu?

Er wordt gebruik gemaakt van LOES (Leidraad Opvang en Evaluatie Suïcidale personen).

Pas na het opvanggesprek en nadat arts/PPD de suïcidaliteit en zorgbehoeftes hebben geëxploreerd, kan je samen de geschikte behandelsetting bepalen en mogelijke interventies opstarten.

Bij een suïcidepoging wordt steeds door arts/PPD de Hoofdarts (Dr Van de Wijdeven) en de Zorgdirecteur (Beni Kerkhofs) op de hoogte gebracht.

Een suïcide poging is vaak reden om een opname te onderbreken of te beëindigen. Met voorkeur wordt een jongere doorverwezen naar een crisisunit om te stabiliseren en tot rust te komen. Aanmelding gebeurt door arts/PPD/kinderpsychiater.

Indien er op dat moment geen plaats is, kan het zijn dat er een wachttijd is. Indien een jongere niet onmiddellijk terecht kan op crisisunit geniet een periode thuis de voorkeur. Door het behandelteam Pulderbos wordt het signaleringsplan met ouders en jongere overlopen. Het behandelteam zet ambulante ondersteuningsmogelijkheden maximaal in (oa mobiel crisisteam). Dit is een ambulante intensief team dat kortdurende interventies op maat biedt in de thuisomgeving van de jongere voor acute psychische en psychiatrische problemen. Indien een jongere naar huis gaat wordt de zorgcontinuïteit door het behandelteam gegarandeerd door bij ontslag een opvolggesprek, één week na ontslag in te plannen. Tevens is een goede informatie-overdracht naar het ambulante hulpverlenersnetwerk belangrijk.

Pas wanneer ingeschat wordt dat een periode thuis niet aangewezen is, kan overwogen worden om de jongere nog ter overbrugging in Pulderbos te laten verblijven waarna hij alsnog naar huis of crisisunit gaat. Een overbruggingsperiode van een week is hierbij richtinggevend, doch de duur wordt door het behandelteam vastgelegd. Bij deze laatste optie is het inschakelen van het netwerk van de jongere steeds noodzakelijk en dient de draagkracht van het behandelteam/leefgroepsteam grondig ingeschat te worden.

Er worden afspraken gemaakt over hoe de omgeving veiliger kan worden gemaakt. Bespreek hoe de toegang tot beschikbare middelen/methoden (bv.: medicatie, scherpe voorwerpen,...) beperkt kan worden, spreek af wie de medicatie beheert, bekijk hoe je ervoor kan zorgen dat de jongere tijdens een crisis niet alleen hoeft te zijn. Ga ook na welke online omgevingen al dan niet veilig zijn en maak hier afspraken rond.

Het heeft weinig zin om de jongere constant onder toezicht te plaatsen, maar afspraken rond verhoogd toezicht worden gemaakt waarbij ook in een crisisperiode de jongere verantwoordelijkheid blijft

dragen voor zijn eigen veiligheid. Schakel de naasten van de jongere in om de jongere te ondersteunen en mee in te staan voor een veilige omgeving.

Indien een jongere na een suïcidepoging nog ter overbrugging in het Revalidatiecentrum verblijft wordt dagelijks een inschatting gemaakt van de suïcidaliteit adhv LOES door de PPD.

6. Na een suïcide

Na een suïcide in het Revalidatiecentrum wordt door arts onmiddellijk de algemeen directeur, hoofdarts en de directeur Zorg op de hoogte gebracht. Algemeen directeur, Hoofdarts of Directeur Zorg verwittigt de politie.

Suïcide wordt gezien als een **verdacht overlijden**, waarbij een onderzoek wordt opgestart. In het kader en het belang van dit onderzoek is het belangrijk om het lichaam en de ruimte zoveel mogelijk intact te laten. De politie en een wetsgeneesheer komen ter plaatse om de feiten vast te stellen.

Ouders worden onmiddellijk op de hoogte gebracht door arts. Er wordt zo snel mogelijk met hen, een opvanggesprek gepland waarbij transparant over de suïcide wordt gecommuniceerd.

Andere leden van het behandelteam en de schooldirectie worden op de hoogte gebracht door arts of directie.

Ook de andere groepsleden en hun ouders worden op de hoogte gebracht van het overlijden van een leefgroepsgenoot door het behandelteam. Gezien het beroepsgeheim kan de doodsoorzaak niet verteld worden. Indien de jongeren toch al op de hoogte zijn van de doodsoorzaak, rapporteer dan zorgvuldig en geef geen specifieke of sensationele details (bv. niet over de methode, plaats of oorzaak van de suïcide).

Na een suïcide wordt een opvanggesprek voor de andere jongeren van de groep georganiseerd door ppd en/of leefgroep.

7. Tot Slot

Suïcidaliteit heeft een grote impact op zorgverleners. Het is belangrijk om tijdig ondersteuning van het nazorgteam in te schakelen.

Bronnen:

Deze tekst werd gebaseerd op de richtlijnen van het VLESP (Vlaams Expertisecentrum voor Suïcidepreventie): www.vlesp.be.

Bijlage: mogelijke signalen voor suïcidale gedachten

1. Directe signalen

"Ik ga zelfmoord plegen"

"Ik wil dood"

"Ik wil een einde aan mijn leven maken"

"Ik wil niet meer leven"

Dreigen om zichzelf te verminken of te doden

Methoden zoeken om zichzelf te doden of toegang zoeken tot middelen om over te gaan tot zelfmoord

Praten of schrijven over de dood, sterven of zelfmoord

2. Indirecte signalen

"Mijn leven is zinloos"

"Ik zie het niet meer zitten"

"Het hoeft voor mij niet meer"

"Van mij zal je geen last meer hebben"

"Ik kan er niet meer tegen, het zou beter zijn als het gedaan is"

"Ik zou willen slapen en nooit meer wakker worden"

"Ik wil bij mijn papa zijn die overleden is"

Ongewone preoccupatie met de dood

3. Mogelijke waarschuwingssignalen

Uiting van gevoelens van hopeloosheid

Het gevoel vast te zitten

Zich een last voelen

Eenzaamheid, zich niet verbonden voelen

Spanning of angsten

Stemmingswisselingen

Veranderingen in gedrag

Risicogedrag (alcohol, drugs, in het verkeer)

Zich terugtrekken van familie, vrienden, samenleving

Weggeven van persoonlijke voorwerpen, bv. speelgoed waar men aan gehecht is

Zelfverwonding

Apathie

Vermoeidheid

Slaapproblemen

Concentratie- of geheugenproblemen

Verstoord hongergevoel