



Integrale Jeugdhulp
Regio West-Vlaanderen

Voorwoord

In Vlaanderen plegen jaarlijks meer dan 1000 mensen zelfmoord. Vooral de provincies West – en Oost-Vlaanderen kleuren donker. In 2009 pleegden in Vlaanderen 28 jongeren onder de 20 jaar zelfmoord, 10 onder hen waren West-Vlaming, dit is meer dan een derde van de ganse groep.

In 2010 hield Vrij CLB Ieper tijdens een periode van 6 maand cijfers bij omtrent signalen van gedachten aan zelfdoding . Van de 18 aangemelde leerlingen met suïcidale gedachten ondernamen er 5 een poging tot zelfdoding. Het gaat hier om een schokkend aantal jonge mensen.

De hulpverleners van de eerste lijn stelden vast dat in de Westhoek elk overzicht van hulpdiensten, bij situaties van dreiging tot zelfdoding, ontbrak. Daarom legde CLB Ieper dit probleem op de tafel van de Netwerkstuurgroep rechtstreeks toegankelijke jeugdhulp Westhoek binnen Integrale Jeugdhulp en diende een aanvraag in voor een regionaal project IJH.

Met de projectmiddelen kon Sara Decoopman in 2011 voor 10% extra aan de slag om het traject voor hulpverlening in de Westhoek bij signalen van suïcidaliteit bij jongeren in kaart te brengen én om diverse hulpverleningsdiensten op elkaar af te stemmen.

Deze brochure, voorgesteld op het infomoment van 2 maart 2012, is het eindresultaat van het IJH-project. Ze wil een houvast bieden aan hulpverleners en aan ieder die met suïcidale jongeren in contact komt om hen wegwijs te maken in het netwerk van hulpverlening.

Uit studies blijkt dat West-Vlamingen niet snel genoeg naar hulpverlening stappen als ze het heel moeilijk hebben. We hopen met deze brochure dat hier alvast in de Westhoek verandering in komt.



Hans Vandenbroucke

Directeur CLB Ieper



Voorwoord	1
1 Aanpak zelfdoding bij jongeren in de Westhoek	6
1.1 Project	6
1.2 Doelgroep	6
1.3 Hulpverleners en suïcide	6
1.4 Zelfdoding bij jongeren in de Westhoek	6
1.5 K-IPEO	7
2 Zelfdoding bij jongeren: situering	8
3 Signaalherkenning	9
3.1 Theoretische achtergrond	9
3.2 Verbale signalen	9
3.3 Non-verbale signalen	9
4 In gesprek over suïcidaliteit	10
4.1 Theoretische achtergrond	10
4.1.1 Het suïcidaal proces	10
4.1.2 Beleving van een suïcidale jongere	11
4.1.3 Drie pijlers voor suïcidepreventie	11
4.2 Misvattingen weerlegd	12
4.2.1 "Breng ik hen niet op ideeën?"	12
4.2.2 "Stel dat het niet zo is, shockeer ik hen dan niet?"	12
4.2.3 "Geef ik niet de boodschap dat het oké is?"	12
4.2.4 "Wat als hij/zij mijn vermoeden bevestigt?"	12
4.3 Hoe suïcidaliteit bespreekbaar stellen	12
4.3.1 Aan te raden	13
4.3.2 Af te raden	14
5 Risico-inschatting	17
5.1 Theoretische achtergrond	17
5.1.1 Risicofactoren	17
5.1.2 Motieven van suïcidaal gedrag	18
5.2 Risico-inschatting uitvoeren	18
5.2.1 Voorafgaand	18
5.2.2 Vier stappen	19
5.2.3 Conclusie	22
5.3 Niveaus van suïciderisico	22
5.4 Acties naargelang suïciderisico	22

6	Hulpverleningstraject	24
6.1	Hulpverleningstraject: schema	24
6.2	Hulpverleningstraject uitgeschreven	25
6.2.1	De minderjarige en zijn context	25
6.2.2	CBJ en crisismeldpunt (de lichtblauwe vakjes)	26
6.2.3	De risico-inschatters (blauw vak)	26
6.2.4	Verschillende niveaus van suïciderisico	26
6.2.5	Vervolgzorg	39
7	Hulpaanbod	40
7.1	Tele-zorgdiensten	40
7.1.1	Kinder- en jongerentelefoon 102	40
7.2	Zelfhulp op het internet	43
7.2.1	Noknok, het klopt in je hoofd!	43
7.3	Scholen en jeugddiensten	44
7.3.1	Scholen	44
7.3.2	Jeugddiensten	45
7.4	Politie	45
7.5	Brede instap: risico-inschatting	46
7.5.1	CLB (naar Brochure IJH)	46
7.5.2	CAW (Centrum Algemeen Welzijn)	47
7.5.3	Huisarts	48
7.6	Crisismeldpunt -18	49
7.7	Specifieke hulpverlening: laag risico	50
7.7.1	Diensten uit brede instap: zie 7.5	50
7.7.2	Comité voor Bijzondere Jeugdzorg	50
7.7.3	Het Huis-van-de-Mens	50
7.8	Specifieke hulpverlening verhoogd risico	51
7.8.1	Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg Largo	51
7.8.2	Privé-psychologen	52
7.9	Specifieke hulpverlening acuut risico	52
7.9.1	De algemene spoeddienst: AZ Jan Yperman en AZ Sint-Augustinus	52
7.9.2	Epsi Brugge: AZ Sint-Jan	53
7.9.3	Epsi Kortrijk: AZ Groeninge	54
7.9.4	De Korbeel	55
7.9.5	Kliniek St-Jozef: Centrum voor psychiatrie en psychotherapie	57
7.9.6	Sint-Lucas: kinder-en jeugdpsychiatrie	59
7.9.7	Politie zie: 7.4	61
8	Netwerkspraken	62
9	Fiches hulpverlening	64
9.1	Diensten - laag suïciderisico	64
9.2	Diensten - verhoogd suïciderisico	69
9.3	Diensten - acuut suïciderisico	71
9.4	Crisismeldpunt -18	84
9.5	Coachende diensten: VDIP en PZT	85

10	Ondersteuning naar naastbestaanden	87
11	Last but not least: Waar kan de hulpverlener terecht?	88
	11.1 Binnen de eigen dienst	88
	11.2 Extern	88
12	Nabestaanden: Werkgroep Verder	89
13	Literatuur over zelfmoord	90
	13.1 Literatuur per doelgroep	90
	13.2 Literatuur voor verschillende doelgroepen	91
Bijlage 1		93
	Signalen van suïcidaal gedrag	93
	Specifieke signalen van suïcidaal gedrag bij jongeren	94
Bijlage 2		95
	Risicofactoren voor suïcidaal gedrag	95
Bijlage 3		96
Bijlage 4		97
BRONNENLIJST		99
Dankwoord		101



1 Aanpak zelfdoding bij jongeren in de Westhoek

1.1 Project

Het project 'Aanpak zelfdoding bij jongeren in de Westhoek' liep vanaf januari 2011 gedurende één jaar. Het doel was om een hulpverleningstraject op te maken die de jongere doorloopt indien deze signalen van suïcidale ideatie aangeeft of indien deze een poging tot zelfdoding ondernam. Daarnaast beoogden we de opmaak van stappenplannen, een visueel model, en een voorstelling die doorgaat op 2 maart 2012.

1.2 Doelgroep

Het project focust op 12- tot 18-jarige jongeren in de Westhoek waarbij er sprake is van enige vorm van suïcidaliteit. Het gaat om jongeren die denken aan zelfdoding, die aangeven een zelfdodingspoging te zullen ondernemen en/of reeds hebben ondernomen in het verleden.

1.3 Hulpverleners en suïcide

Hulpverleners hebben gewoonlijk een goede kennis van de sociale kaart. Er is een duidelijk overzicht naar welke diensten we kunnen doorverwijzen. Bij suïcide is dit niet altijd even eenvoudig. Het is een afwegen van verschillende factoren. Zelf moeten we vaak eerst een risico-inschatting maken om te kunnen nagaan waarheen we samen met de jongere 'op stap' kunnen.

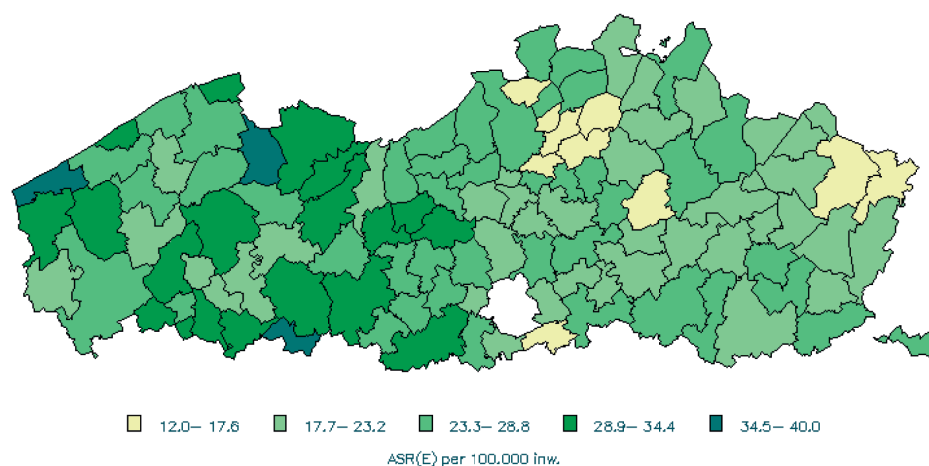
Wanneer moeten we doorverwijzen naar ambulante zorg, wat kunnen we zelf opnemen, wanneer is een spoedopname of een psychiatrische opname nodig?

Vaak is er niet de tijd om grondig alle diensten na te gaan op zo'n moment. Ook is het aanbod erg verschillend. Elke dienst heeft zijn specifiek aanbod. In onze regio is het dan nog eens extra moeilijk af te wegen gezien de instanties schaars en veraf gelegen zijn.

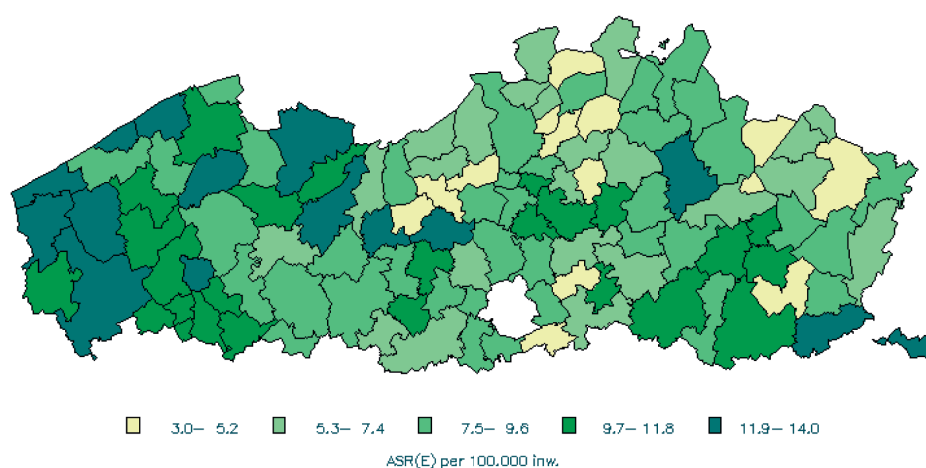
Dit instrument wil een handleiding bieden voor de hulpverlener. Ten eerste geven we een korte theoretische uitdieping. Dit is nodig om vanuit een goede attitude suïcidale jongeren te kunnen benaderen. Er is ook ruimte gemaakt voor concrete, praktische handvatten om met een jongere aan de slag te gaan. Daarna wordt de focus gelegd op een hulpverleningstraject dat suïcidale jongeren idealiter doorlopen in de Westhoek. Hierbij worden alle betrokken instanties onder de loep genomen.

1.4 Zelfdoding bij jongeren in de Westhoek

In de sterfteatlas van Vlaanderen 1998-2007 is te zien dat de suïcidecijfers in de Westhoek hoog liggen in vergelijking met andere regio's. Er is echter geen afdoend bewijs dat er in de Westhoek meer zelfdodingen of -pogingen zijn *bij jongeren*. Er zijn wel een aantal hypotheses geformuleerd waarom het sterftecijfer door suïcide er zo hoog is (Portzky G., 6 oktober 2011). Zo blijkt de geestelijke gezondheidszorg in de Westhoek moeilijk toegankelijk te zijn. Daarnaast heerst er een grote geslotenheid binnen de bevolking, wat maakt dat er niet snel over problemen wordt gepraat met anderen. Bovendien is er een vrij negatieve kijk op hulpverlening.



Figuur 1. Sterfte door zelfdoding bij mannen, volgens zorgregio, Vlaanderen, 1998-2007



Figuur 2. Sterfte door zelfdoding bij vrouwen, volgens zorgregio, Vlaanderen, 1998-2007

1.5 K-IPEO

In navolging van het Instrument voor Psychosociale Evaluatie en –opvang (IPEO) van suïcidepogers is er een versie voor kinderen opgemaakt, het kinder-IPEO (K-IPEO). Het K-IPEO omvat een semi-gestructureerd interview voor de jongere en een vragenlijst voor zijn/haar ouders. Gezien de verscheidenheid aan diensten waar jonge suïcidepogers terechtkomen, betekent de implementatie van dit instrument een grote regionale opdracht met een duidelijk zorgtraject en goede samenwerkingsverbanden. Op die manier is er opvang op maat voor de jongere die recent een suïcidepoging ondernam. Momenteel is dit project in een pilootfase lopende in de provincie Limburg. In 2012 wordt het K-IPEO over gans Vlaanderen verspreid. Meer informatie hierover is te vinden op de website www.pizs.be

Het onderscheid tussen ons project en het K-IPEO ligt in de tijdslijn: bij ons ligt het accent eerder in de aanloop naar een zelfdodingspoging, bij K-IPEO meer op de opvolging erna.

2 Zelfdoding bij jongeren: situering

Deze bundel poogt zowel voldoende theoretische ondersteuning als praktische handvatten mee te geven in het omgaan met jongeren die suïcidaal zijn.

Suïcidaliteit bij jongeren wijkt niet zo heel veel af van suïcidaliteit bij volwassenen. Er zijn wel een aantal signalen en risicofactoren die specifiek bij jongeren een rol kunnen spelen. In de volgende hoofdstukken wordt hierbij stilgestaan.

Eerst en vooral is het van belang te weten waarover wordt gesproken. Om die reden zijn definities niet onbelangrijk.

Suicide, zelfdoding en zelfmoord zijn drie woorden met dezelfde betekenis. Het is echter aan te raden de term te gebruiken die best gezien de situatie past. Tegenover jongeren die suïcidaal zijn en/of reeds een poging hebben ondernomen, wordt aangeraden het woord zelfmoord te gebruiken. Dat is ook de term die iedereen kent en die voldoende de lading dekt. In gesprek met nabestaanden echter wordt dan weer geopteerd voor de term zelfdoding. Nabestaanden hebben het dikwijls moeilijk met het woord *moord* gezien de criminele sfeer die daarin schuilt. Suicide kan ook worden gebruikt, al is dat een wetenschappelijke term en is die niet bij iedereen gekend. “Zelfmoord/zelfdoding/suicide is elke gewilde, aan zichzelf toegebrachte handeling die tot de dood heeft geleid.”

Een zelfmoordpoging is eenzelfde daad zonder dodelijke afloop. De World Health Organisation (WHO) omschrijft het als “opzettelijk, niet-fataal en niet-habitueel gedrag, ongeacht de suïcidale intentie”. Een doodswens is dus niet noodzakelijk om over suïcidaliteit te kunnen spreken. De meeste personen wensen een verandering te bewerkstelligen, eerder dan dood te zijn. (Portzky G., 6 oktober 2011)

Last but not least is er de suïcidale ideatie, wat het brede gamma aan suïcidegedachten omvat. Elke gedachte, hoe vaag of hoe concreet ook, valt onder deze definitie. Suïcidegedachten evolueren qua frequentie, intensiteit en concreetheid waardoor ze uitmonden in het plannen van een suïcidale act.

3 Signaalherkenning

3.1 Theoretische achtergrond

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

De allereerste stap in suïcidepreventie is dan ook alert te zijn voor deze signalen van suïcidale ideatie. Sommige signalen zijn verbaal. De jongere vertelt bv dat hij problemen heeft. Andere signalen zijn non-verbaal en moeilijk te vatten.

Weinig signalen wijzen eenduidig op suïcidaliteit. De meeste signalen wijzen op algemene depressieve klachten. Vaak echter zijn er geen eenduidige signalen zichtbaar. Daarom is het van belang rechtstreeks in gesprek te gaan met de jongere. Alleen door er expliciet naar te vragen kom je mogelijks te weten of iemand suïcidaal is. Dit komt in het volgende hoofdstuk aan bod.

De meeste signalen komen zowel bij jongeren als bij volwassenen voor. Gezien hun leefwereld en context waarin ze verkeren, zijn er ook enkele specifieke signalen voor kinderen en jongeren. [voorbeelden in bijlage 1]

3.2 Verbale signalen

Deze signalen omvatten verbale uitingen van een jongere die aangeven dat het niet goed met hem/haar gaat en mogelijks aan suïcide denkt.

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

Daarnaast zijn er eerder indirecte verbale signalen waaruit blijkt dat iemand een moeilijke periode doormaakt en zich niet goed voelt in zijn/haar vel. Deze laatste wijzen echter niet eenduidig op de dood of zelfdoding. Bv ik zie het niet meer zitten. [voorbeelden in bijlage 1]

3.3 Non-verbale signalen

Non-verbale signalen kan men waarnemen in het gedrag van de jongere. Deze komen het meeste voor. Veel gedragssignalen kunnen wijzen op een tekort aan welbevinden van de jongere. Vooral alertheid voor gedrag dat afwijkt van het normale patroon is noodzakelijk. Dit gedrag kan variëren in verschillende richtingen. Het toenemen of afnemen in vergelijking met het normaal patroon, bv de jongere isoleert zich, is stiller dan anders[voorbeelden in bijlage 1]

Duidelijke signalen die wijzen op suïcidale ideatie :

- duidelijk afscheid nemen van personen of zaken
- laatste regelingen treffen of zaken nog op orde brengen voor zijn/haar dood.
- poging tot zelfdoding

Het is niet altijd makkelijk om signalen op te vangen bij jongeren. Zij kunnen immers ogenschijnlijk blij en optimistisch door het leven gaan, terwijl ze zich diep vanbinnen helemaal anders voelen. Een “smiling depression” zoals dit wordt genoemd, kan zeker voorkomen bij jongeren.

Daarom is elke plotse gedragsverandering, in welke richting dan ook, een belangrijk signaal! Zeker tegen een achtergrond van risicofactoren (hoofdstuk 5) en/of suïcidale geschiedenis.

4 In gesprek over suicidaliteit

De belangrijkste suïcidepreventieve maatregel is het thema niet uit de weg te gaan. Afwachten tot een jongere zelf over suïcide begint te praten 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.

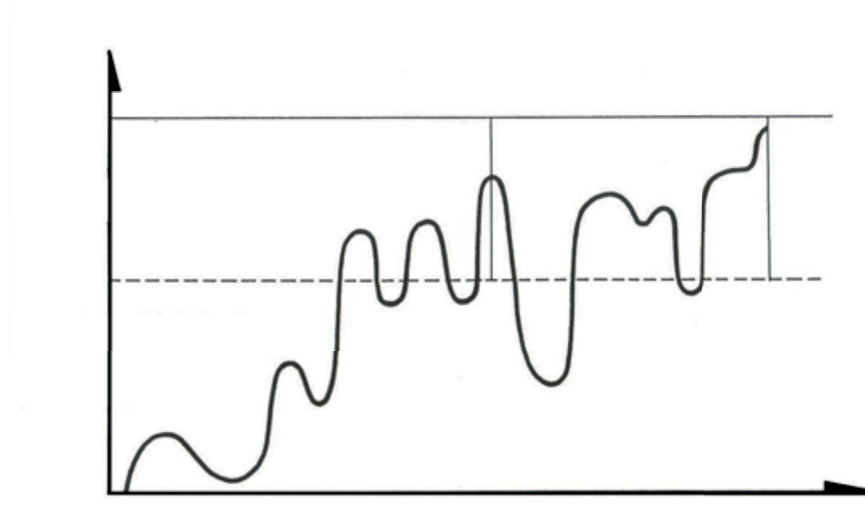
Veel suïcidale personen, en zeker jongeren, zijn eenzaam bezig met hun suïcidedgedachten en durven of kunnen er niet over praten. Door te peilen naar de gemoedstoestand van de jongere en daarbij suïcide bespreekbaar te stellen, kan een brug worden gemaakt met de buitenwereld.

Vaak is het thema zelf aankaarten de enige manier waardoor je kan te weten komen of iemand suïcidaal is.

4.1 Theoretische achtergrond

4.1.1 Het suïcidaal proces

Een suïcide komt zelden tot nooit zomaar uit de lucht vallen. Aan suïcidaal gedrag gaat meestal een gans proces vooraf. Dat proces duurt bij jongeren gemiddeld ruim twee jaar. (Portzky, et. al. 2005) onderscheiden twee types. Enerzijds een type zonder suïcidepogingen met een gemiddelde duur van 16 maanden, en anderzijds een type met voorgaande pogingen tot zelfdoding dat gemiddeld vier jaar duurt.



Figuur 1. Suïcidaal proces naar Retterstol (1993)

Typerend aan het suïcidaal proces is het fluctuerend karakter doorheen de tijd (X-as van Figuur 1). Dit betekent dat suïcidale ideatie vaak sluimerend aanwezig is, afgewisseld met triggers die de suïcidale tendens (de Y-as van Figuur 1) doen stijgen.

De stippellijn horizontaal in het midden van Figuur 1 geeft het onderscheid aan tussen wat onderaan niet observeerbaar is en bovenaan wel observeerbaar is. Het spreekt voor zich dat suïcidale gedachten niet observeerbaar zijn. Die gedachten nemen toe in frequentie, duur en dringen zich als maar meer op naarmate het suïcidaal proces vordert. In een volgende fase evolueren suïcidale gedachten naar het maken van suïcideplannen. Dit houdt het nadenken in over hoe men suïcide kan ondernemen (hoe, waar, wanneer, ...). Eenmaal de stippellijn is bereikt, komt suïcidaal gedrag te voorschijn. Er kunnen signalen worden opgevangen dat een jongere zich niet goed in zijn vel voelt of dat hij zelfs met suïcide bezig is. Vaak zijn er kort voor de suïcidale act geen signalen op te merken. Dit heeft mogelijk te maken met het voorbereidende plan dat binnenkort z'n uitwerking kent. De suïcidale act kan bestaan uit een poging of uit een suïcide.

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 uit kort na een poging vaak geen motivatie tot hulp. Dit is dikwijls slechts van tijdelijke aard. Het suïcidaal proces kan zich verder ontwikkelen om uiteindelijk te resulteren in een zelfdoding.

4.1.2 Beleving van een suïcidale jongere

Een typisch en belangrijk kenmerk van het suïcidaal proces is het ontstaan van een tunnelvisie. Een suïcidale jongere wordt meer en meer vernauwd naarmate het proces vordert. Deze vernauwing situeert zich op verschillende domeinen:

- **Denken.** Een suïcidale jongere heeft de neiging zwart-wit te denken. Termen zoals alles/niets, iedereen/niemand en altijd/nooit worden vaak gebruikt. Daarnaast heeft de jongere de neiging om te overgeneraliseren. Dit wil zeggen dat bijvoorbeeld herinneringen algemeen en oppervlakkig zijn, zonder details of specifieke kenmerken. Een jongere gaat ook snel over tot het maken conclusies – ook wel “jumping to conclusions” genoemd – vooraleer grond te taxeren. Er treedt een selectief geheugen op bij suïcidale jongere. Vooral negatieve elementen en zaken die stroken met hun gedachten worden door de jongere opgenomen.
- **Gevoelens.** Negatieve gevoelens krijgen de bovenhand. De mate van machteloosheid en hopeloosheid neemt toe. De jongere heeft de idee dat hij vastzit en dat er geen hulp meer kan baten.
- **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 hebben het moeilijk te overzien dat de tijd nieuwe perspectieven kan bieden. Er worden geen plannen gemaakt voor later, of die blijven slechts heel oppervlakkig.
- **Ruimte.** Een vernauwing van ruimte houdt in dat de jongere minder geneigd is zich te verplaatsen op afstanden die vroeger geen probleem vormden. De ruimte van functioneren wordt enger en mogelijk beperkt tot binnenshuis of binnenskamers.

4.1.3 Drie pijlers voor suïcidepreventie

In het kader van preventie is het belangrijk te vertrekken vanuit de idee dat het suïcidaal proces *omkeerbaar* is. Suïcidaliteit kan afnemen of zelfs helemaal verdwijnen. Het proces hoeft dus niet te eindigen in een zelfdoding. Het spreekt voor zich dat niet iedereen die denkt aan suïcide ook zal sterven door zelfdoding. In die zin kan ondersteuning en hulp baten en kunnen hulpverleners hierin dus een rol spelen.

Daarnaast is bij suïcidale mensen vaak een *ambivalentie* aanwezig. Er heerst bij hen een dubbel gevoel ten aanzien van leven en dood en voelen zich in een tweestrijd verwickeld. De wil om te sterven gaat bijna altijd samen met de hoop om bepaalde zaken in het leven veranderd te zien. Die hoop kan aangewend worden om het suïcidaal proces om te keren.

Het is ook zo dat er een nood is aan *communicatie*. Praten over zelfdodingsgedachten blijkt een krachtig middel om een suïcidale act te weerhouden. Het bespreekbaar stellen van suïcidaliteit kan dus meermaals zijn nut bewijzen.

4.2 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.

4.2.1 “Breng ik hen niet op ideeën?”

Het is onterecht te denken dat je iemand op ideeën brengt door naar suïcidale ideatie te vragen. Het suïcidaal proces is een individueel proces dat je als buitenstander niet zomaar op gang kan brengen. Iemand die nog nooit aan suïcide heeft gedacht, zal er niet beginnen aan 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.

4.2.2 “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 indien blijkt dat die persoon niet aan zelfdoding denkt. In ieder geval wordt een sterke betrokkenheid en een gevoel van waardering ervaren. Er wordt immers enkel naar gevraagd wanneer de persoon een moeilijke periode doormaakt en de steun die dan ervaren wordt, is meestal zeer welkom.

4.2.3 “Geef ik niet de boodschap dat het oké is?”

Polsen naar suïcidegedachten is een verkenning van het probleem en heeft als doelstelling communicatie mogelijk te maken en zicht te krijgen op de situatie. Dit houdt geen waarde-oordeel in.

4.2.4 “Wat als hij/zij 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 een tijdsgebrek om hier de nodige aandacht aan te besteden. In ieder geval is de eerste en belangrijke stap, het vragen naar suïcidegedachten reeds gezet.

4.3 Hoe suïcidaliteit bespreekbaar stellen

Suïcidale uitingen van een persoon moeten altijd ernstig worden genomen. De nodige empathie tonen vereist een zekere rust bij de hulpverlener. Panikeer dus niet bij (vermoeden van) suïcidaliteit. De jongere dient zich gewaardeerd te voelen en daarbij is erkenning van z'n lijden en het aanvaarden dat hij op dat moment aan suïcide denkt een belangrijk gegeven. 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.

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 goed wordt gekaderd waarvoor de jongere op jou een beroep kan doen. Leg uit wat jouw functie is. Geef aan wat daarbinnen de mogelijkheden zijn en wat je zal doen om de jongere verder te helpen, bijvoorbeeld contact nemen met de behandelende arts, ouders, ...

4.3.1 Aan te raden

4.3.1.1 Erkenning geven aan depressieve gevoelens

Geef aan dat je opmerkt dat de jongere negatieve gevoelens ervaart. Bevestig het lijden van de jongere en dat je kan inzien dat het niet makkelijk voor hem/haar moet zijn.

4.3.1.2 Structureren

Mogelijks is een jongere overstuur en volgt een vloed aan woorden. Of misschien brengt de jongere een verhaal dat niet lijkt samen te hangen. Probeer dan als hulpverlener te structureren door thema's te onderscheiden, samen te vatten en/of te verbinden.

4.3.1.3 Concretiseren van twijfels en problemen

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

4.3.1.4 Nuanceren aanbrengen in het verhaal

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

4.3.1.5 Bevragen wat gemaakt heeft dat de suïcidale gedachten ontstonden

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

4.3.1.6 Hoop geven zonder wanhoop te miskennen

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

4.3.1.7 Normaliseren

Indien de jongere onterecht de idee heeft dat hij/zij alleen is in zijn gevoel, denken of situatie, kan normaliseren een opluchting teweeg brengen. De jongere ervaart zo dat het niet abnormaal is dat hij/zij met die gevoelens en/of gedachten zit.

4.3.1.8 Nagaan of nog andere personen op de hoogte zijn

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

4.3.1.9 Laten ventileren

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

4.3.1.10 Metaforen gebruiken

Om interventies te verduidelijken of te versterken, kan je als hulpverlener gebruik maken van metaforen. De gang met de deuren is een metafoor die vaak gebruikt wordt om vernauwing te illustreren.

4.3.1.11 Oplossingsstrategieën uit het verleden bevragen

Jongeren beschikken vaak reeds over goede oplossingsstrategieën. Op dit moment kunnen ze die helaas niet aanwenden doordat ze vernauwd zijn binnen het suïcidaal proces. Die goede vaardigheden kunnen mogelijks wel opnieuw aangewend worden om een moeilijk moment te overbruggen. Door die vaardigheden naar boven te halen, ervaart de jongere dat hij/zij zelf iets kan ondernemen. Op die manier wordt een positieve kracht, die reeds aanwezig is, goed aangewend.

4.3.1.12 Afspraak maken op korte termijn

Een suïcidale jongere dient goed te worden opgevolgd. Het is daarom belangrijk steeds een vervolgspraak te maken op korte termijn. Op die manier blijft de brug met hulpverlening bestaan. Aanvullend is het belangrijk om de periode tussen de huidige en de volgende afspraak te overlopen. Op die manier kan een duidelijk beeld worden gevormd van de tijdsinvulling en of er voldoende aanwezig is om mogelijke moeilijke momenten te overbruggen.

4.3.1.13 Actief samenwerken!

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

4.3.2 Af te raden

4.3.2.1 Onvoorwaardelijke geheimhouding beloven

Het is absoluut af te raden om met een suïcidale jongere in geheimhouding te treden. Wanneer jij als hulpverlener alleen op de hoogte bent van suïcidale plannen, kan je niets doen en sta je als hulpverlener volledig alleen. Het is dus zeer belangrijk om meteen aan de jongere duidelijk te maken wat je taak, mandaat en grenzen zijn. Indien een jongere om geheimhouding vraagt, geef dan meteen aan dat het, gezien de inhoud, noodzakelijk is om anderen op de hoogte te brengen. Hierbij kan je vanuit het samenwerkingsprincipe wel aangeven dat je steeds zal uitleggen en overleggen over de volgende stappen.

4.3.2.2 Onderschatten – oppervlakkig geruststellen

Ook jongeren die het ogenschijnlijk goed hebben, kunnen zich heel slecht voelen. Geef daarom niet de indruk dat de ervaringen overdreven zijn of dat de problemen zo erg niet kunnen zijn. Neem de jongere ernstig en luister vol aandacht naar het verhaal. Probeer samen met de jongere uit te zoeken wat hij/zij nodig heeft. *Dat het allemaal wel in orde komt*, heeft de jongere geen boodschap aan.

4.3.2.3 Ontwijken

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

4.3.2.4 Analyseren

Geef de jongere niet de indruk dat je hem/haar wil doorgronden of analyseren. Het is in eerste instantie belangrijk er gewoon te zijn. Het is ook aan te raden om persoonlijke interpretaties voor een langdurige begeleiding te houden en niet in de eerste gesprekken naar voor te schuiven.

4.3.2.5 Moraliseren

Schep als hulpverlener realistische verwachtingen met betrekking tot hulpverlening, de toekomst, ... Hang geen positief beeld op om uzelf te sussen. *Het leven is toch zo schoon*, biedt geen boodschap.

4.3.2.6 Stereotyperen

Probeer geen stereotypen te bevestigen. Het is niet zo dat suïcidedachten bij een depressie horen, wat vaak wordt aangehaald in een gesprek. Iedereen, ook mannen, mogen hun emoties uiten.

4.3.2.7 Uitdagen

Het lijkt voor zich te spreken dat je suïcidale jongeren best niet uitdaagt. Toch komt dat in praktijk soms voor, vooral van naastbestaanden. Het vraagt veel om met iemand samen te zijn of samen te leven met iemand die suïcidaal is. Naastbestaanden maken vaak een moeilijke periode door en bereiken dikwijls ook een plafond waarop uit bijvoorbeeld onmacht bepaalde dingen vlug worden gezegd. Het zou echter niet de eerste keer zijn dat een suïcidale persoon daadwerkelijk tot actie overgaat nadat iemand hem/haar uitdaagde. *Neem een touw en hang u dan op*, is dus heel sterk af te raden.

4.3.2.8 Discussiëren

Ga geen discussie aan met een suïcidale jongere. Je raakt in een ethisch getouwtrek dat je dreigt te verliezen.

4.3.2.9 Defensief worden

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

4.3.2.10 Minimaliseren

In gesprek is het belangrijk te luisteren naar wat de suïcidale jongere voelt en de problemen die worden naar voor geschoven. Om de lading ten volle te vatten, kan je je eigen referentiekader even aan de kant zetten. Mensen ervaren situaties namelijk op een verschillende manier. Vertrek vanuit het verhaal van de jongere en probeer de betekenis ervan te achterhalen. Ga dus niet minimaliseren, ook al is dat een idee dat bij je opkomt.

4.3.2.11 Geluksrecepten geven

Het feit dat je er bent als hulpverlener betekent voor een suïcidale jongere al heel veel. Waarschijnlijk heb je de drang om de jongere meteen vooruit te helpen en opnieuw gelukkig te maken. Neem echter gerust de tijd te luisteren en de jongere te volle te begrijpen. Meteen geluksrecepten geven gaat voorbij aan voldoende empathie en begrip.

4.3.2.12 Oplossingen aandragen

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

4.3.2.13 Vermijden van hevige emoties

De ene jongere is emotioneler dan de andere. Het is belangrijk een ruimte te creëren waar er plaats is voor gesprek en emotie. Het idee wekken dat de jongere zijn emoties niet mag tonen, dient binnen te houden en/of op te kroppen, geeft geen gevoel van steun.

4.3.2.14 Taboe-andere betrekken

Jongeren zijn vaak in conflict met anderen: leeftijdsgenoten, klasgenoten, ouders, ... Het is niet aan te raden om bijvoorbeeld (ex-)vriend(innet)jes mee uit te nodigen binnen de hulpverlening van de suïcidale jongere. Het is beter met de jongere zelf aan de slag te gaan om zichzelf te wapenen tegen invloeden van anderen.

Ouders dienen wel op de hoogte te worden gebracht van de suïcidaliteit van hun zoon/dochter. Zij vormen namelijk vaak een noodzakelijke schakel binnen hulpverlening. Dit dient wel situatie- en cliëntspecifiek te worden bekeken en in teamverband besproken.

4.3.2.15 Passief blijven

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



5 Risico-inschatting

Dit onderdeel vormt een hulpmiddel voor de hulpverlener om een zo goed mogelijke inschatting te kunnen maken van het suïciderisico. Zo kan een adequate begeleiding worden gestart of een juiste doorverwijzing plaatsvinden. Helaas is een risico-inschatting niet alomvattend. Het is en blijft een menselijke beoordeling. Het is aan te raden om steeds te overleggen met je team. Op deze manier sta je er als hulpverlener niet alleen voor.

Typisch suïcidaal gedrag bestaat niet en kan snel verward worden met depressie. Het is daarom belangrijk dat, bij het opvangen van signalen, de jongere wordt aangesproken. Op die manier worden suïcidale gedachten bespreekbaar om tot een degelijke risico-inschatting te komen.

5.1 Theoretische achtergrond

Het is zeker zinvol dat de hulpverlener die een risico-inschatting doet reeds een theoretische achtergrond verkreeg door het volgen van de 3-daagse vorming van de Suïcidepreventiewerking van de CGG. Op de website van het Vlaams Actieplan Suïcidepreventie (www.vlasp.be) is informatie hierover te vinden en staan de data van de vormingen vermeld.

5.1.1 Risicofactoren

Een risico-inschatting is belangrijk om na te gaan waar een jongere zich bevindt binnen het suïcidaal proces. Kwetsbaarheid voor suïcidaliteit is immers niet ver weg.

In bijgevoegd schema wordt een onderscheid gemaakt tussen drie grote groepen risicofactoren. Dat zijn factoren die een rol kunnen spelen in de ontwikkeling en evolutie van suïcidaliteit.

17

5.1.1.1 Achterliggende risicofactoren

In eerste instantie zijn er de achterliggende risicofactoren; de spreekwoordelijke 'rugzak' die men meedraagt.

Biologische factoren spelen hierin een rol. Denk maar aan de werking van neurotransmitters in onze hersenen. Die stoffen kunnen bijdragen tot onze gemoedstoestand en ons functioneren, met mogelijks een somatische of psychiatrische aandoening als gevolg.

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

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

5.1.1.2 Uitlokkende risicofactoren

De term geeft reeds aan dat het om factoren gaat die suïcidaal gedrag uitlokken. Ze worden ook wel "triggers" genoemd. Uitlokkende factoren vormen de spreekwoordelijke druppel die de emmer (= de achterliggende risicofactoren) doet overlopen.

Triggers zijn recente levensgebeurtenissen die vaak te maken hebben met verlies.

5.1.1.3 Drempelverlagende risicofactoren

Risicofactoren, die drempelverlagend, ook wel ontremmend, worden genoemd, verkleinen de stap om over te gaan tot suïcidaal gedrag. Sommige factoren behoren tot meer dan één groep risicofactoren en kunnen dus op verschillende domeinen een invloed uitoefenen op suïcidaal gedrag. Bv. Alcohol- en druggebruik, impulsiviteit, vroeger suïcidaal gedrag...

Te onthouden is dat suïcidaal gedrag niet kan toegeschreven worden aan één risicofactor, aan één oorzaak. Het gaat steeds om een combinatie, een complexiteit van verschillende oorzaken die gedurende langere tijd, en vaak tegelijk, aanwezig zijn!

5.1.2 Motieven van suïcidaal gedrag

Zonder af te doen aan het feit dat elke reden, elk motief van suïcidaal gedrag ernstig dient te worden genomen, kan er toch een onderscheid worden gemaakt.

5.1.2.1 Extern motief

Bij een extern motief richten negatieve gevoelens zich naar anderen. Door suïcidaal gedrag wil de jongere reacties van anderen uitlokken – “cry for help”.

Voorbeelden zijn: liefde tonen, liefde in vraag stellen, iemands mening beïnvloeden, iemand spijt doen krijgen, iemand bang maken, kwaadheid uiten tegenover iemand, ...

5.1.2.2 Intern motief

Jongeren met een intern motief ervaren gevoelens van falen, schuld, ... Ze ondernemen suïcidaal gedrag vanuit een intern psychisch lijden – “cry of pain”, wat gevaarlijker zou zijn dan een extern motief.

Bijvoorbeeld: weg willen zijn, ondraaglijke situatie, zichzelf straffen, controleverlies, vreselijke gedachten hebben, ...

5.1.2.3 Doodswens

De meeste mensen die suïcide wensen te ondernemen, willen eigenlijk niet dood. De dood is een gevolg van de, voor suïcidale mensen, enige oplossing voor het ervaren probleem, de ervaren situatie. Het doel van suïcidaal gedrag is veeleer om een gewenste verandering te bewerkstelligen.

Indien echter toch duidelijk wordt dat er een expliciete doodswens aanwezig is, dan is er een uitermate ernstig suïciderisico.

5.2 Risico-inschatting uitvoeren

5.2.1 Voorafgaand

Een risico-inschatting is prioritair in de verkenning van de achterliggende problematiek. Het inschatten van het suïciderisico heeft voorrang op het begrijpen van de suïcidaliteit en is dus de eerst te ondernemen actie als hulpverlener wanneer je geconfronteerd wordt met een jongere waarbij een vermoeden van suïcidaliteit aanwezig is.

De hulpverlener gaat het gesprek aan met de jongere; één op één. Aan de hand van het stappenplan komt een risico-inschatting tot stand. Een degelijke risico-inschatting doorloopt de vier stappen.

Het is belangrijk dit stappenplan te volgen op eender welk moment je dat nodig acht.

Gezien het fluctuerend karakter van het suïcidaal proces is het niet overbodig dit stappenplan na verloop van tijd te herhalen.

Een nieuwe risico-inschatting kan je telkens een duidelijk beeld geven van waar de jongere zich bevindt in het suïcidaal proces.

Let er op dat de risico-inschatting geen kruisverhoor wordt. Het kan geenszins de intentie zijn om de jongere te onderwerpen aan een spervuur van vragen. Het is dan ook niet het opzet om de stappen van een risico-inschatting als een checklist te gaan hanteren. Ga het gesprek aan met de jongeren zoals je dat anders gewoon bent te doen; op die manier zodat je tijdens het gesprek de nodige informatie verzamelt die een risico-inschatting verlangt.

Hou er rekening mee dat de jongere baas blijft in zijn eigen proces. De jongere zelf is expert in zijn eigen verhaal, niet de hulpverlener. Hou dus geen expert-weet-het-beter-interview. Laat de jongere vertellen en neem een houding van gezonde interesse aan.

Basishouding:

- Neem de jongere ernstig!
- Toon begrip en empathie
- Blijf rustig; heb geduld
- Probeer vertrouwen te winnen
- Ga het thema niet uit de weg
- Creëer hoop, doch misken de wanhoop niet
- Vertrek vanuit een actieve samenwerking

Daarnaast:

- Wees bewust van je eigen attitudes en gevoelens. Die hebben namelijk een invloed op de jongere waarmee je een gesprek aangaat.
- Je eigen referentiekader aan de kant zetten. Probeer de pijn of vreugde te zien zoals de jongere die ziet.
- Verlies je oordeel en klinische wijsheid niet die je hebt als hulpverlener.
- Intervisie en supervisie zijn belangrijk .

19

5.2.2 Vier stappen

STAP 1: Bevraging van huidige suïcidaliteit

Stel concrete en duidelijk vragen naar:

- a. Frequentie en aard van de gedachten
 - Denk je aan zelfdoding?
 - Ik ken kinderen die wel eens gedachten hebben er liever niet meer te zijn, dood te willen zijn, heb jij dat ook?
 - Hoe vaak denk je aan zelfdoding? Af en toe? Dagelijks? Voortdurend?
 - Hoe intens is die gedachte? Is het een vluchtige gedachte? Een obsessie? Een nachtmerrie?
 - Komen er in je gedachten ook beelden van zelfdoding naar boven? Heldere beelden van mogelijke methoden? Alleen gedachten?
 - Hoe indringend zijn die gedachten en beelden van zelfdoding? (On)Controleerbaar? Overweldigend? Vluchtig? Voorbijgaand?
 - Ben je bang om de controle over jezelf te verliezen/dat je het op geen bepaald moment niet meer in de hand hebt?

- b. Concreetheid van de plannen
 - *Heb je al een plan gemaakt hoe je het zou doen?*
 - *Heb je er al over nagedacht hoe je het zou doen of wanneer?*
 - *Heb je een voorkeur voor een methode, plaats, datum?*
 - *Hoeveel haast heb je?*
- c. Mate van voorbereiding
 - *Heb je al voorbereidingen getroffen? (bv afscheidsbrief schrijven, bezittingen weggeven, uurregeling treinen genoteerd, medicijnen opgespaard, touw klaargelegd, ...)*
- d. Beschikbaarheid en letaliteit van het middel
 - *Heb je het middel binnen bereik?*
 - *Waar bewaar je het middel?*
 - *Hoe zou je het middel gebruiken?*
- e. Betekenis van dood willen zijn; doel van de poging; motief
 - *Wat is voor jou aantrekkelijk: de gedachte te leven of de gedachte te sterven?*
 - *Als je aan de dood denkt, heb je dan verdriet?*
 - *Wat wil je bereiken met het ondernemen van zelfdoding?*
 - *Waarom zou je dood willen gaan?*
 - *Welke dingen houden je tegen?*
- Ga na of de jongere de gevolgen van zijn/haar daden kan overzien.
 - *Wat zouden de gevolgen zijn van je zelfdoding voor anderen?*
 - *Als je er niet meer zou zijn, denk je dat er iemand je zou missen of verdrietig zou zijn?*
 - *Wat betekent jouw zelfdoding voor anderen?*

STAP 2: Bevragen van vroegere suïcidaliteit

Verken de vroegere suïcidaliteit door concrete vragen te stellen naar:

Vroegere suïcidegedachten en/of –plannen

- *Heb je vroeger ook wel eens gedacht aan zelfdoding?*
- *Hoe lang is dat geleden?*
- *Had je toen al een plan gemaakt?*

a. Suïcidepogingen in het verleden

- *Heb je ooit geprobeerd om een einde aan je leven te maken?*
- *Hoe vaak? Hoe lang is dat geleden? Hoe heb je dat toen gedaan? Had je een letsel? Werd de poging onderbroken?*
- *Wat dacht je na de poging? Was je blij dat je nog leefde? Had je spijt dat je nog leefde?*
- *Heb je toen hulp gezocht/gekregen? Hoe heb je die hulp ervaren?*

b. Risicofactoren die toen een rol speelden

- *Wat dreef je toen om aan zelfdoding te denken? Om een poging te ondernemen?*

c. Oplossingsstrategieën die toen werden aangewend

- *Hoe ben je er toen bovenop gekomen? Heb je iets ondernomen? Hoe heb je het toen aangepakt?*

STAP 3: Hopeloosheid nagaan

Stel vragen naar de mate van hopeloosheid. Breng daarbij twee belangrijke elementen in rekening:

- a. “no escape”: de jongere heeft de idee dat hij/zij niet weg kan uit de situatie
 - Heb je soms de idee dat er geen uitweg meer is?
 - Heb je de idee dat je vastzit?
 - Heb je nog hoop dat het zal beter in de toekomst?
 - Heb je nog iets om naar uit te kijken?
 - Hoe wanhopig voel je je nu? Waar ben je het meest wanhopig over?
- b. “no rescue”: de jongere heeft de idee dat niemand hem/haar nog kan helpen
 - Heb je soms de idee dat niemand je nog kan helpen?
 - Zijn er redenen om in leven te blijven?
 - Is er iemand waarop je kan terugvallen?

STAP 4: Risico- en beschermende factoren in kaart brengen

Ga de aanwezigheid van risicofactoren en beschermende factoren van de suïcidale jongere na. [zie ook bijlage 2]

Er kunnen zowel achterliggende, uitlokkende als drempelverlagende risicofactoren aanwezig zijn bij de jongeren. Om die in kaart te brengen, kan je het schema gebruiken zoals weergegeven in 4.1 .

Daarnaast kan de jongere ook over beschermende factoren beschikken. Dit zijn factoren die de jongere als het ware beschermen tegen suïcidaal gedrag, want de aanwezigheid van minstens drie beschermende factoren doet het risico op suïcidaal gedrag aanzienlijk dalen. Beschermende factoren zijn vaak opposanten van risicofactoren.

BESCHERMENDE FACTOREN

Familiale patronen

- Goede relatie met ouders, brussen, 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 sociodemografische 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

5.2.3 Conclusie

In het algemeen kan gesteld worden dat het risico op suïcidaal gedrag groter wordt naargelang de suïcidedgedachten en/of –plannen concreter worden. Het spreekt voor zich dat elk suïciderisico ernstig dient te worden genomen, zeker tegen een achtergrond van risicofactoren en vroegere suïcidaliteit.

Uit de 4 stappen kunnen we verschillende niveaus van suïciderisico onderscheiden.

5.3 Niveaus van suïciderisico

Laag suïciderisico:

Dit gaat over een situatie waarbij signalen komen van onbehagen. Dit kan gaan over een depressief gevoel, slechte schoolresultaten, probleemgedrag, tijdelijke dip, vage suïcidedgedachten zonder concrete plannen, met een extern motief, bij een jongere. (Er is geen vermoeden van een psychiatrische stoornis)

Verhoogd suïciderisico:

Dit gaat over een situatie waarbij je van de jongere te weten bent gekomen dat de suïcidale plannen concreter worden: de jongere werkt aan een concreet plan om uit het leven te stappen. Het onderscheid met een acute suïcidedreiging is dat er **tijd genoeg is om de hulpverlening op gang te kunnen brengen en men de tijd heeft om de context (ouders/voogd) in te lichten.** (richtlijn 2 werkdagen)

Acuut suïciderisico :

Dit gaat over een situatie waarbij je inschat dat onmiddellijke interventie nodig is. Het **beveiligen van de jongere** (en de omgeving) is prioritair aan het op gang brengen van de hulpverlening.

22

5.4. Acties naargelang suïciderisico



Bij een laag suïciderisico staan acties in het teken van “**zorgen**” voor de suïcidale jongere.

Het is belangrijk dat de suïcidaliteit op regelmatige basis wordt opgevolgd. Begeleiding kan ervoor zorgen dat de jongere de regie van zijn leven in handen kan houden. Er is ondersteuning nodig in het omgaan met de ervaren pijn en hoe oplossingsvaardigheden kunnen worden aangewend om het leven draaglijker te maken.

Frequentie van ambulante afspraken kan worden verhoogd naargelang de situatie/periode waarin de jongere zich bevindt.

Een herhaalde risico-inschatting is geen overbodigheid om zicht te krijgen op het actuele suïciderisico en om eventueel een adequate doorverwijzing te doen.



“**Beschermen**” is het uitgangspunt bij jongeren met een verhoogd suïciderisico.

Hierbij is het belangrijk veiligheid te installeren. In samenspraak worden de nodige partners (bv huisarts, psychiater) ingelicht om veiligheid uit te bouwen. Er kunnen leefmaatregelen worden afgesproken om o.a.

toegang tot middelen te belemmeren. In hulpverleningscontact wordt gezocht naar steunfiguren in de omgeving. Eventueel wordt er een crisisplan opgesteld om moeilijke momenten te overbruggen.

Ook bij een verhoogd suïciderisico kan frequentie van afspraken stijgen naargelang risico-inschatting. Indien ambulante afspraken echter niet volstaan, dient te worden doorverwezen naar een residentiële setting.

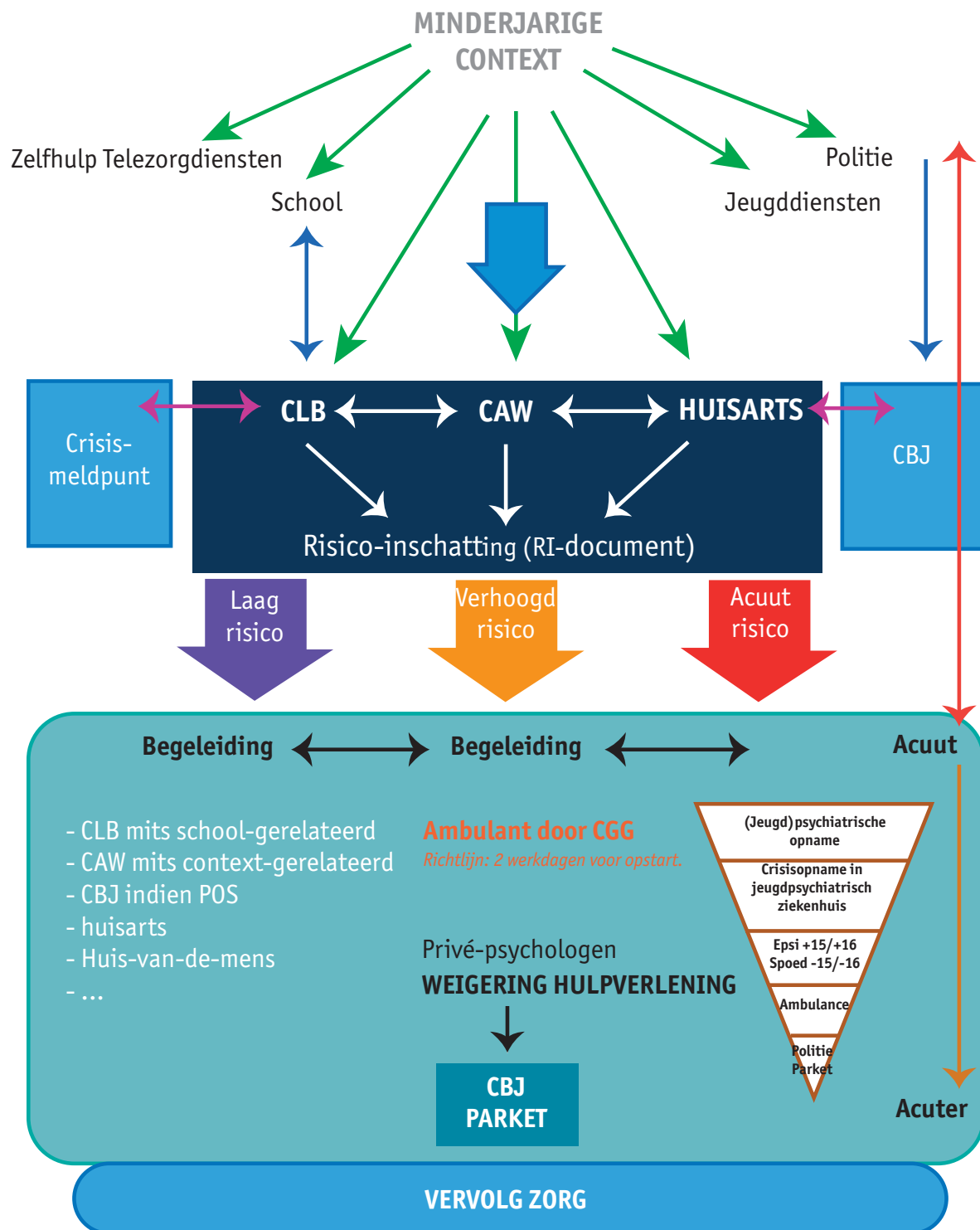


Wanneer er sprake is van een noodtoestand is “**bewaken**” aan de orde.

Dit wil zeggen dat de regie wordt overgenomen en de jongere in veiligheid wordt gebracht. Er wordt overgegaan tot opname.

6 Hulpverleningstraject

6.1 Hulpverleningstraject: schema



6.2 Hulpverleningstraject uitgeschreven

6.2.1 De minderjarige en zijn context

Groene pijlen.

De minderjarige vertoont signalen van suïcidale ideatie. Dit kan gaan over suïcidale gedachten, maar ook over concrete plannen.

- De minderjarige **neemt stappen** naar **zelfhulp**, zie 7.2 (bv. www.noknok.be, fit in je hoofd) en naar **telezorgdiensten**, zie 7.1. Bv. Tele-onthaal, zelfmoordlijn, ...
- Deze diensten en sites proberen de jongere te motiveren tot contactname met hulpverlening, maar geven ook tips aan de jongere.
- De minderjarige vertoont signalen op **school**, de minderjarige **spreekt een leerkracht of leerlingenbegeleider** aan.
- De signalen worden **opgevangen door de school**. **Leerkracht of leerlingenbegeleider** gaat gesprek aan met de **jongere over welbevinden**.
- De minderjarige komt in contact met een **jeugddienst** die deze signalen ook opvangt. Deze dienst gaat een gesprek aan met de jongere over zijn welbevinden.
- De minderjarige gaat zelf naar het CLB, het CAW of de huisarts en geeft zijn zwak welbevinden aan.
- Naast de minderjarige zelf kan ook zijn dichte leefomgeving (vrienden, familie, ...), de context dus, contact opnemen met bovenstaande diensten.
- De context van de minderjarige kan ook contact opnemen met politie, bv bij een onrustwekkende verdwijning van een jongere die signalen van suïcidale ideatie vertoonde voor de verdwijning.

Blauwe pijl.

- De minderjarige heeft een gesprek gehad op **school** en er is sprake van suïcidale ideatie. Dit kan gaan over suïcidale gedachten maar ook over concrete plannen. Vanuit school is er een overleg met het CLB. Men brengt jongere in contact met het CLB, zie:. Er is een stappenplan school-CLB hiervoor opgemaakt. Enkel te verkrijgen voor CLB's en scholen.
- De **jeugddienst**, zie: 7.3.2, motiveert de minderjarige om de stap te zetten naar het CLB of het CAW of de huisarts voor hulp.
- De **school**, zie: 7.3.1, kan ook contact opnemen met het crisismeldpunt, dit vooral indien de situatie als een crisis wordt ingeschat en er geen overleg mogelijk is met het CLB. (bv. vrijdagavond, weekend...) De voorwaarde is dan dat de crisis ontstaat door een contextueel probleem. Het contextueel probleem is een oorzaak van de suïcidale ideatie, en is bijgevolg ook de oorzaak van de crisis. Het crisismeldpunt, zie: 7.6 en 9.4, kan dan ook een risico-inschatting (adhv het risico-inschattingsdocument) van de situatie doen, samen met de school.
- De **politie** kan ook doorverwijzen naar het crisismeldpunt. Deze kan dan op zijn beurt een risico-inschatting doen van de situatie, eveneens op voorwaarde dat de crisis ontstaat door een contextueel probleem. Het contextueel probleem is een oorzaak van de suïcidale ideatie, en is bijgevolg ook de oorzaak van de crisis.
- De **politie** of het parket kan ook doorverwijzen naar het CBJ, dat op zijn beurt een risico-inschatting van de situatie maakt.
- De **politie** kan ook doorverwijzen naar het CAW. In principe is ook een doorverwijzing naar het CLB en de huisarts mogelijk.

De rode pijl.

In uitzonderlijke situaties kan de **politie** een rechtstreekse doorverwijzing doen naar acute diensten. Dit kan dus zonder de risico-inschattende diensten te passeren. (in crisissituaties waarbij de jongere onmiddellijk beveiligd moet worden...)

6.2.2 CBJ en crisismeldpunt (de lichtblauwe vakjes)

Geen van deze diensten is (echt) rechtstreeks toegankelijke hulp. Bij het CBJ, zie: 7.7.2 en 9.1, is het hoofdzakelijk de bedoeling dat men vanuit eerstelijnsdiensten doorverwijst naar aanleiding van een verontrustende situatie of een POS.

Het crisismeldpunt, zie: 7.6 en 9.4, is een dienst die gecontacteerd kan worden door scholen (op voorwaarde dat CLB niet betrokken kan worden). Indien de school contact opneemt met het crisismeldpunt moet ze ook zo snel mogelijk het CLB op de hoogte brengen. Het crisismeldpunt kan ook door alle eerstelijnsdiensten gecontacteerd worden, ook door de politie, huisartsen, jeugdwerkers... Bij suïcide is het zeker niet de bedoeling om 'standaard' te gaan doorverwijzen naar het crisismeldpunt. Binnen deze dienst kan men geen veiligheid bieden naar de jongere toe op vlak van het psychische welzijn. Maar het kan wel voorkomen dat een jongere door zijn contextuele situatie een suïcidale ideatie gaat ontwikkelen. Indien het puur de contextuele problemen zijn die oorzaak zijn van een suïcidale ideatie, dan kan men wel beroep doen op het Crisismeldpunt. Op die manier kan men de contextuele situatie stabiliseren waardoor de jongere geen suïcidale gedachten meer heeft. Belangrijk is dit zeer goed af te wegen want een jongere met een duidelijke suïcidale ideatie, die een gevaar is voor zichzelf hoort niet thuis in de crisisjeugdhulp maar men volgt dan best het gewone hulpverleningstraject.

Enkel in heel uitzonderlijke gevallen van suïcidale ideatie kan je wel rechtstreeks doorverwijzen naar het CBJ en het crisismeldpunt. Wanneer bv. een jongere dreigt met zelfdoding als hij die dag terug naar huis moet. In deze situatie valt de dreiging van zelfdoding weg als de jongere opgevangen wordt bij familie/vrienden/instelling.

Paarse pijlen.

Er is een samenwerking en er kan een doorverwijzing gebeuren tussen deze diensten.

6.2.3 De risico-inschatters (blauw vak)

- De minderjarige komt terecht bij één van deze diensten (CLB, CAW of huisarts). Deze doen een risico-inschatting op basis van het RI-document. Op die manier bepaalt men of het gaat over een laag risico, een verhoogd risico of een acuut risico op zelfdoding.
- Deze diensten kunnen ook onderling overleggen of doorverwijzen.

6.2.4 Verschillende niveau's van suïciderisico

Tussen de verschillende niveau's van risico's tonen de zwarte pijlen dat het model flexibel is. Er is een constante samenwerking tussen de verschillende diensten mogelijk. Een laag risico kan plots overgaan naar een acuut risico. Na een opname kan een doorverwijzing naar een dienst voor verhoogd risico volgen, in overleg tussen de verschillende diensten.

6.2.4.1 Laag risico

Dit gaat over een situatie waarbij signalen komen van onbehagen. Dit kan gaan over een depressief gevoel, slechte schoolresultaten, probleemgedrag, tijdelijke dip, vage suïcidedachten zonder concrete plannen, met een extern motief, bij een jongere. (Er is geen vermoeden van een psychiatrische stoornis)

Bij een laag risico worden ouders niet ingelicht over de begeleiding van hun dochter of zoon.

Bij een laag risico is het afhankelijk van de achterliggende problemen welke doorverwijzing je doet. De doorverwijzing gebeurt steeds volgens de 'Netwerkafspraken van Integrale Jeugdhulp' (zie hoofdstuk 8).

- Het **CLB** staat in voor **kortdurende begeleiding** mits de problemen **school-gerelateerd** zijn bv. pestereien, leerproblemen, moeilijkheden op school ... (zie: 7.5.1 en 9.1)
- Het **CAW** voorziet begeleiding mits de problemen **context-gerelateerd** zijn bv. discussies in thuissituatie, relatieproblemen, ... (zie: 7.5.2 en 9.1)
- Het **CBJ** zorgt voor begeleiding mits er sprake is van een **problematische opvoedingssituatie** (POS, verontrustende situatie), te bepalen aan de hand van de signaallijst. Die is te vinden op www.jeugdhulp.be of op www.signaallijst.be. (zie: 7.7.2 en 9.1)
- **De huisarts** (zie: 7.5.3)
- **Het Huis-van-de-Mens** biedt begeleiding aan, vooral als er sprake is van levensvragen, zingevingsvragen: wie ben ik?, waar wil ik naartoe? ... (zie: 7.7.3 en 9.1)

Wat bij weigering van hulpverlening door de jongere, als je het suïciderisico als laag inschat?

Het is belangrijk dat de context (school, leefomgeving, ...) deze signalen blijft opvangen. Aangezien de jongere nog handelingsbekwaam is, heeft deze het recht om hulpverlening te weigeren.

27

6.2.4.2 Verhoogd risico

Dit gaat over een situatie waarbij je van de jongere te weten bent gekomen dat de suïcidale plannen concreter worden: de jongere werkt aan een concreet plan om uit het leven te stappen. Het onderscheid met een acute suïcidedreiging is dat er **tijd genoeg is om de hulpverlening op gang te kunnen brengen en men de tijd heeft om de context (ouders/voogd) in te lichten.** (richtlijn 2 werkdagen)

Bij een verhoogd risico worden ouders steeds ingelicht.

Bij een verhoogd risico wordt er steeds doorverwezen naar het **CGG Largo**. (zie: 7.8.1 en 9.2) Deze dienst zal binnen de 2 werkdagen een eerste gesprek aangaan met de jongere en zijn/haar context.

Na inschatting van een verhoogd suïciderisico zal het CGG Largo deze begeleiding verder opnemen. Indien de mogelijkheid er is (financieel bv.), kan er na de eerste risico-inschatting door CAW, CLB of huisarts, ook doorverwezen worden naar een privé-psycholoog. (zie: 7.8.2)

Wanneer het CGG van oordeel is dat 1 à 2 gesprekken per week niet toereikend zijn, zal men de afweging maken of het hier al dan niet gaat over een acuut suïciderisico. In deze situatie zal het CGG verder begeleiden en de jongere en zijn/haar context motiveren om tot een opname over te gaan.

Wat bij weigering hulpverlening, bij inschatting van verhoogd suïciderisico?

1. Indien de jongere hulpverlening weigert, probeert de hulpverlener de jongere en ouders toch te motiveren tot een gesprek met het CGG. Men gaat er, bij een verhoogd suïciderisico, van uit dat met deze signalen, de jongere handelingsonbekwaam is. Er is dus geen toestemming van de jongere nodig. Wel moet deze op de hoogte gebracht worden van de te nemen stappen.

- Indien ook de ouders weigeren, zet de hulpverlener de stap naar het CBJ omwille van de onrustwekkende situatie. In deze situatie verbindt het CBJ er zich toe dat het binnen de 2 werkdagen zeker een eerste gesprek zal voeren met de minderjarige en de ouders. Indien ouders blijven weigeren verwijst het CBJ naar de bemiddelingscommissie. De bemiddelingscommissie nodigt dan alle partijen uit. De bemiddelingscommissie probeert een voorstel aan te bieden die voor alle partijen aanvaardbaar is. Indien ook daar geen overeenkomst kan bereikt worden, verwijst de bemiddelingscommissie onmiddellijk naar de jeugdrechtbank. Men spreekt dan van 'gedwongen hulpverlening'.

6.2.4.3 Acut risico

Dit gaat over een situatie waarbij je inschat dat onmiddellijke interventie nodig is. Het **beveiligen van de jongere** (en de omgeving) is prioritair aan het op gang brengen van de hulpverlening.

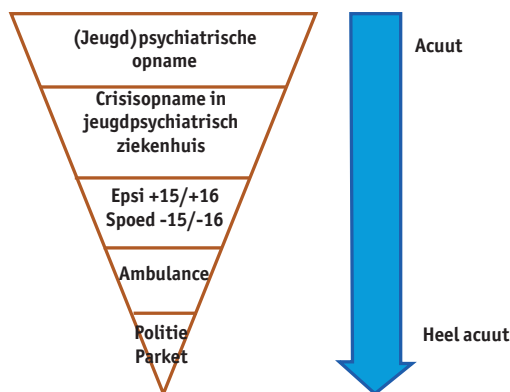
Bij een acut risico worden ouders zo snel mogelijk ingelicht.

Bij een acut suïciderisico kan naar verschillende diensten verwezen worden. Voor de inschatting van de graad van acutheid kan je rekening houden met onderstaande criteria:

- Is er onmiddellijke actie noodzakelijk?
- Is ambulante hulp ontoereikend (zijn 1 à 2 gesprekken per week onvoldoende)?
- Is een time-out, een rustperiode, uit de thuissituatie halen noodzakelijk?
- Is beveiliging nodig? Is de jongere in levensgevaar of is er dreiging tot levensgevaar? Of zijn nog anderen in gevaar?

Onderstaande diensten zijn geordend volgens de graad van acutheid. Bv. politie of parket contacteer je enkel in heel acute situaties.

Het is de bedoeling om indien mogelijk eerst de minder dringende diensten te contacteren om na te gaan of er een mogelijkheid is tot opname dan onmiddellijk naar bv de Epsi te verwijzen. Het is van belang om goed af te wegen welke dienst het best passend is voor die situatie. Daarom is het steeds belangrijk om zulke beslissingen goed af te wegen en steeds te overleggen met de collega's.



(Jeugd)psychiatrische ziekenhuizen

Het uitgangspunt is dat vooral het CGG een doorverwijzing van de jongere zal doen naar de jeugdpsychiatrische ziekenhuizen.

Omwille van de volgende reden :

- De ambulante hulp (vanuit CGG) van jongeren met een verhoogd suïcide-risico is ontoereikend, men heeft niet voldoende aan 1 à 2 gesprekken per week.

Doel

Er wordt geopteerd voor een jeugdpsychiatrische behandeling indien er nood is aan een residentiële begeleiding en behandeling. Na het einde van de opname kan het CGG de hulpverlening verderzetten, al dan niet met ondersteuning vanuit het jeugdpsychiatrisch ziekenhuis. De dichtst bijgelegen jeugdpsychiatrische ziekenhuizen zijn:

- St-Lucas, jeugdpsychiatrie, Brugge zie: 7.9.6 en 9.3
- De Sint-Jozefskliniek, Pittem zie: 7.9.5 en 9.3
- De Korbeel, Kortrijk zie: 7.9.4 en 9.3

Crisisopname vanuit jeugdpsychiatrische ziekenhuizen

Doorverwijzen voor crisisopname in een jeugdpsychiatrisch ziekenhuis kan omwille van volgende redenen:

- er is nood aan beveiliging én
- hulp is vereist binnen korte termijn

De grote vereiste is dat er een bed vrij is in deze ziekenhuizen

Oplijsting van het aanbod onder de noemer 'crisisopname':

- St-Lucas, jeugdpsychiatrie, Brugge biedt crisisopname aan, zie: 7.9.6 en 9.3
- De Korbeel, Kortrijk biedt 4 mogelijkheden aan, zie: 7.9.4 en 9.3
- De Sint-Jozefskliniek, Pittem, zie: 7.9.5 en 9.3

Epsi (Brugge en Kortrijk)

Epsi staat voor: "eenheid psychiatrische **spoedinterventie**". Een doorverwijzing naar Epsi kan vanuit alle hulpverleningsinstanties gebeuren.

Steeds bedden ter beschikking!

Een doorverwijzing naar Epsi gebeurt omwille van volgende redenen:

- Er is nood aan beveiliging én
- Er is hulp nodig binnen de 2 werkdagen

VOORWAARDE:

- Kortrijk, vanaf 15 jaar, zie: 7.9.3 en 9.3
- Brugge, vanaf 16 jaar, zie: 7.9.2 en 9.3
- bij levensbedreigende situaties goed afwegen van de afstand (Brugge en Kortrijk) van deze diensten!

Doel

Tijdens een Epsi-opname zal men vooral beveiligen en proberen om op korte termijn de crisis te reduceren. Er gaan gesprekken door met de jongere en de context, men overlegt met de betrokken hulpverleningsinstanties en men probeert op die manier de jongere opnieuw vooruit te helpen.

Er worden bv. concrete afspraken vastgelegd met andere diensten. Op die manier kan men de hulpverlening op gang brengen.

Epsi Kortrijk biedt ook telefonische ondersteuning aan aan een algemene spoeddienst of aan andere hulpverleningsdiensten om na te gaan welke dienst het meest geschikt is voor een specifieke minderjarige.

Een opname in Epsi Kortrijk kan ook een oplossing zijn voor een jongere die na een suïcidepoging op een algemene spoeddienst de nodige medische verzorging kreeg maar zich nog steeds in een crisissituatie bevindt. Epsi kan daarna nog voor beveiliging zorgen en ondertussen naar manieren zoeken om de jongere vooruit te helpen.

De spoeddienst van een algemeen ziekenhuis

- AZ Jan Yperman, Ieper, zie: 7.9.1 en 9.3
- AZ Augustinus, Veurne, zie: 7.9.1 en 9.3

Een doorverwijzing naar spoed kan vanuit alle diensten gebeuren.

Men zal naar de spoeddienst van een algemeen ziekenhuis doorverwijzen omwille van volgende redenen:

- er is nood aan beveiliging én
- er is **onmiddellijke** hulp nodig

Verschil met Epsi

- Er is geen leeftijdsgrens in de spoeddienst
- De spoeddienst is geen gespecialiseerde dienst die zich bezighoudt met jongeren die zich in crisis bevinden omwille van poging-dreiging zelfdoding.

Doel

Men kan doorverwijzen naar de spoeddienst om te beveiligen en de crisis te reduceren. De spoedarts kan dan beslissen tot een korte opname van de jongere binnen het ziekenhuis bv. op de afdeling pediatrie of de PAAZ (enkel in Veurne). Hij kan ook beslissen om de jongere onmiddellijk door te verwijzen naar een hulpverleningsinstantie (bv. CGG, jeugdpsychiatrie, Epsi...). Vanuit de spoeddienst overlegt men met reeds betrokken instanties.

In ziekenhuizen kan men contact opnemen met de CLB-arts verbonden aan de school van de jongere. Men kan deze terugvinden door op deze website: <http://www.ond.vlaanderen.be/clb/arts/pw.asp> een wachtwoord aan te maken.

Ambulance 112

De ambulance kan ingeschakeld worden door alle diensten en dit omwille van volgende redenen:

- er is nood aan beveiliging
- onmiddellijke hulp is vereist

Verschil tussen de ambulance en de spoeddienst:

- Er is DIRECT gevaar, de jongere is reeds in levensgevaar
- Bel de 112 als er onvoldoende tijd is of als je als hulpverlener de jongere niet zelf naar de spoed kan brengen.

Doel

De ambulance zal de jongere naar de spoeddienst vervoeren. Daarna : zie: de spoeddienst.

Politie

De politie kan ingeschakeld worden door alle diensten. (zie: 7.4 en 9.3)

Men schakelt de politie in omwille van volgende redenen:

- er is nood aan beveiliging voor de persoon zelf en/of voor derden
- er is onmiddellijke hulp vereist
- de hulpverlening is ontoereikend en het risico blijft

Verschil tussen de ambulance en de politie :

- de jongere is vermist en er was reeds een dreiging tot zelfdoding

Doel

De politie treedt op om de veiligheid van iedereen te garanderen.

Parket

Zorgtraject voor - 15 jarigen aangemeld bij Parket/Jeugdrechter in Kortrijk of Ieper naar aanleiding van een collocatie of crisis

(overgenomen van Vandemaele, L. opgemaakt in samenwerking met de vermelde diensten)

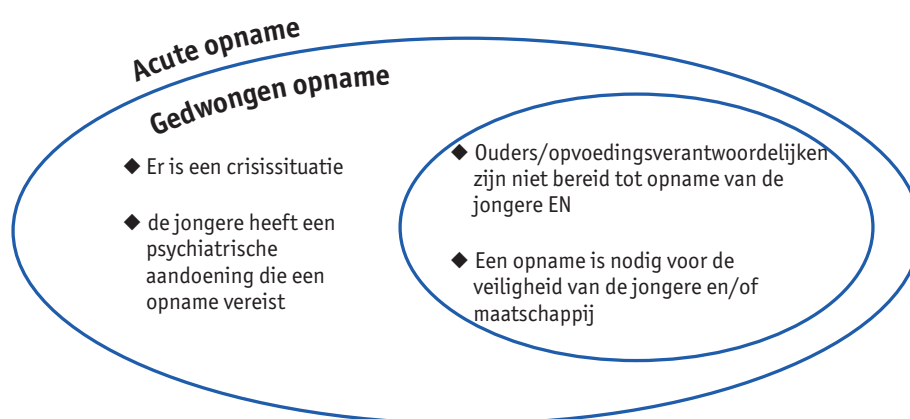
Dit zorgtraject bestaat nog niet voor regio Veurne.

• Inleiding

De doelgroep van dit zorgtraject zijn – 15-jarige jongeren die aangemeld zijn bij het parket of Jeugdrechtsbank naar aanleiding van een crisis of collocatievraag. De doelstelling is een zo adequaat en zo menselijk mogelijke oplossing in uitzonderlijke situaties bieden.

• Criteria voor opname

Gedwongen opname in een psychiatrische dienst dient zeer uitzonderlijk te blijven. Een gedwongen opname is een acute opname en beantwoordt aan nog twee andere criteria:



31

Gezien het hier gaat over minderjarigen jonger dan 15 jaar, moet enkel de bereidheid tot een vrijwillige opname van de ouders worden afgetoetst. Dit wil zeggen dat als (één van) de ouders de jongere niet wil laten opnemen en de arts oordeelt dat dit toch noodzakelijk is, een gedwongen opname mogelijk is.

Enkel indien de arts van oordeel is dat de jongere in staat is tot een redelijke beoordeling van zijn belangen, wordt de mening van de minderjarige in rekening gebracht bij de beslissing om al dan niet over te gaan tot gedwongen opname.

• Afspraken zorgtraject

Aan de betrokkenen wordt gevraagd om bij een aanvraag voor collocatie van een minderjarige, minder dan 15 jaar, het traject op de volgende pagina's te volgen. Cruciaal daarbij is het betrekken van kinderpsychiatrische expertise bij het beslissen over de nodige hulp.

Daarbij gelden deze afspraken:

○ Inschatting en verdere organisatie

De inschatting van de problematiek en de nodige hulp, gebeurt door de arts.

Als het gaat over een collocatie via het parket doet de magistraat, hierin bijgestaan door de parketcriminologe en de Politie de aanmelding bij de hulpverlening en zoekt naar een gepast aanbod. Nathalie Leenknecht, parketcriminologe, zal de aanmeldingen bij de hulpverleningsdiensten doen tijdens de werkuren op maandag, woensdag, donderdag en vrijdag. 's Nachts, in het weekend en op dinsdag zal de

magistraat of Politie dit doen.

Als het gaat over een collocatie via de Jeugdrechtbank neemt de Jeugdrechter deze taak op, hierin ondersteund door de griffier en de consulent van de jongere.

○ Informatie-uitwisseling

In het kader van de collocatie vervalt het beroepsgeheim. De reden tot collocatie moet immers worden vermeld. In het geval van crisishulpverlening niet. Het Parket en de Politie zijn gebonden door het ambtsgeheim, de hulpverlening daarentegen is gebonden aan het beroepsgeheim.

De **Politie** zal de identiteitsgegevens, leeftijd en reden van aanmelding meedelen. De **arts** deelt mee of de jongere al dan niet gecollociseerd moet worden of welke de meest gepaste hulpverleningsvorm is. Anderzijds deelt de **hulpverlener** mee of de minderjarige opgenomen kan worden. Daarnaast worden afspraken gemaakt over de verplaatsing van de minderjarige, de kledij en de medicatie, zonder dat het beroepsgeheim wordt geschaad.

○ Opvolging na opname binnen het zorgtraject

- Bij een gedwongen opname wordt de wettelijk omschreven procedure gevolgd.
- Wanneer er (na verloop van tijd) toch geen bereidheid blijkt te zijn bij de ouders of opvoedingsverantwoordelijken om mee te werken met de crisisopvang of –begeleiding en hulp is noodzakelijk, kan de hulpverlener de situatie opnieuw aanmelden bij het parket.
- Als de crisishulp door andere redenen niet (meer) volstaat:
 - Als de jongere onder toezicht staat van het Comité of de Jeugdrechtbank contacteert de hulpverlener de consulent van de jongere (gegevens zie verder),
 - Indien de jongere geen consulente heeft, contacteert de hulpverlener de parketcriminologe. De parketcriminologe, Nathalie Leenknecht, treedt op als casuscoördinator. Zij is elke werkdag, behalve op dinsdag, bereikbaar van 8.30 tot 17.00 (maandag, woensdag en vrijdag: 056 26 95 65, donderdag: 057 23 96 53).
 - In dringende situaties verwijst de hulpverlener de jongere door naar de spoeddienst.

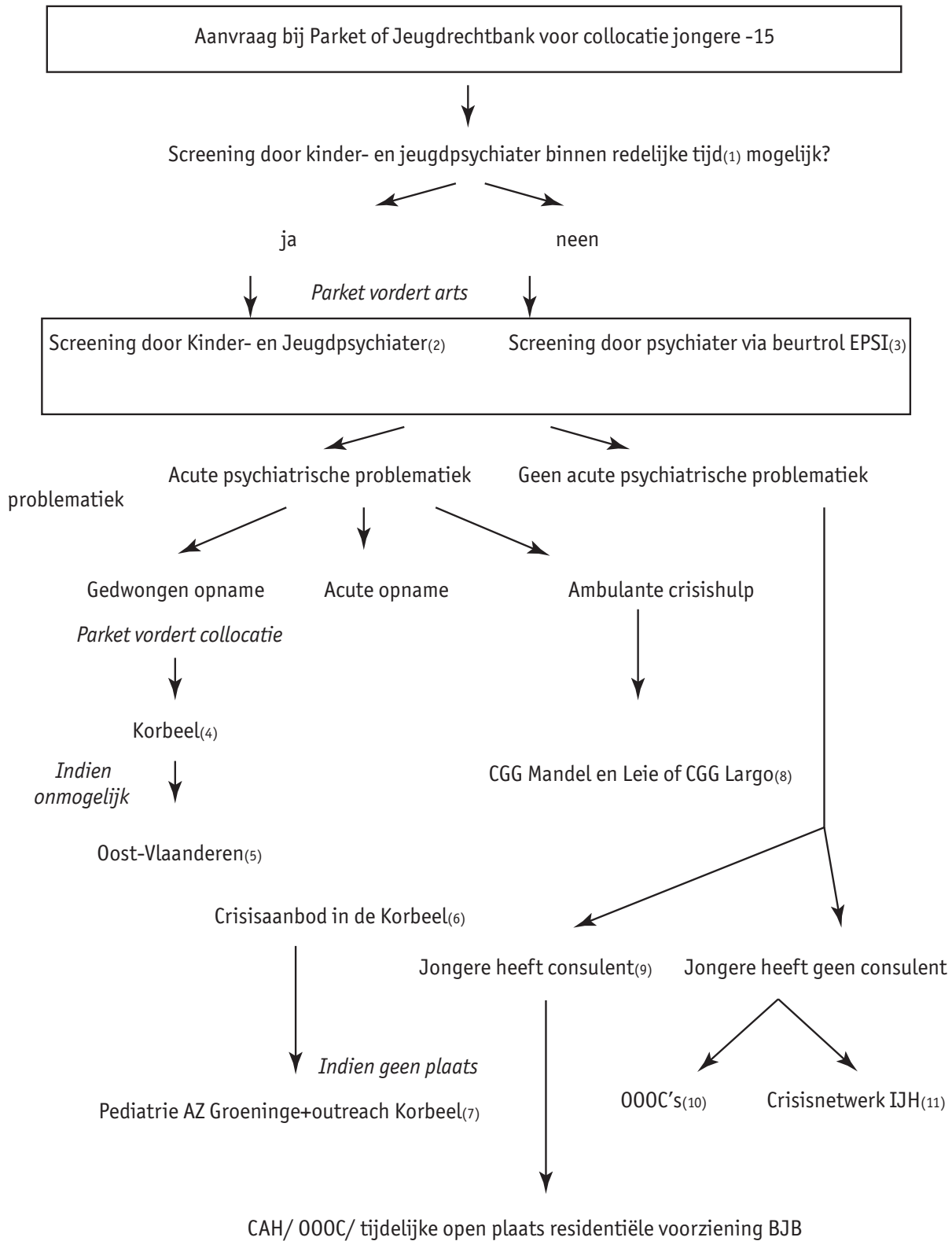
• Moeilijke trajecten

Als het zorgtraject voor een bepaalde jongere erg moeilijk gelopen is, kan iedere betrokkene overleg aanvragen bij de brugfunctie. Dat overleg heeft als doel om moeilijkheden te bespreken in de samenwerking tussen de mensen die betrokken waren bij het zorgtraject van een bepaalde jongere. Daarnaast kan dit ook bijdragen tot een betere organisatie van het zorgtraject. Het gaat dus om **casusoverstijgend** overleg, met een bepaalde casus als aanleiding.

Als de moeilijkheden niet in de samenwerking maar eerder **casusgebonden** zijn en overleg een meerwaarde kan betekenen voor het hulpverleningstraject van de jongere, kan overleg via een Therapeutisch Project worden georganiseerd. Er zijn twee therapeutische projecten. Via overleg bieden zij ondersteuning, advies en expertise vanuit verschillende invalshoeken.

- Scharnier is een therapeutisch project voor minderjarigen uit de regio Zuid-West-Vlaanderen die een POS-dossier hebben bij het Comité voor Bijzondere Jeugdzorg of bij de Jeugdrechtbank. Meer informatie krijg je bij Davinda Goetry (scharnier@dekorbeel.be of 056-30 55 01).
- Forensisch Zorgtraject is een therapeutisch project voor minderjarigen uit de regio Oost- en West-Vlaanderen die een POS (Jeugdrechtbank) of MOF-dossier hebben en een (vermoeden van) psychiatrische problematiek. Meer informatie krijg je bij Cedric Kemseke (Cedric.Kemseke@depatio.be of 0473/ 27 44 61)

- **Zorgtraject schematisch voorgesteld**



- **Het zorgtraject uitgelegd**

(1) Redelijke tijd

Redelijke tijd is afhankelijk van casus tot casus. De magistraat die de arts vordert schat in wat ‘redelijke tijd’ is in die specifieke situatie.

(2) Screening door kinder- en jeugdpsychiater

De screening houdt in dat de kinder- en jeugdpsychiater :

- inschat of er sprake is van een acute psychiatrische problematiek of niet. Met acute psychiatrische problematiek bedoelen we een andersoortige problematiek dan een zuivere gedragsstoornis.
- inschat welke hulpverleningsvorm het meest aangewezen is.

We geven er de voorkeur aan dat de arts de **verwijsbrief in bijlage** invult en afgeeft aan de begeleider van de jongere.

Er zijn vier kinder- en jeugdpsychiaters die de screening van deze jongeren kunnen doen:

- Dr. A. Degels: Hij is tijdens zijn diensturen bereikbaar via het klinisch secretariaat van P.Z. Heilige Familie: 056/24 53 37
- Dr. S.-A. Vanlysebeth: Zij is bereikbaar via het klinisch secretariaat van P.Z. Heilige Familie : 056/24 53 37.
- Dr. D. Deman: Zij is bereikbaar via het klinisch secretariaat van P.Z. Heilige Familie: 056/24 53 37
- Dr. M. Le Fevere de Ten Hove: Zij is tijdens de kantooruren bereikbaar via de receptie van CGG Mandel en Leie: 056/23 00 23.

34

Wat betreft de keuze van de arts, geldt dat het verslag voor gedwongen opname “niet mag worden opgesteld door een geneesheer die een bloed- of aanverwant van de zieke of van de verzoeker is of op enigerlei wijze verbonden is aan de psychiatrische dienst waar de zieke zich bevindt.” (Art. 5 §2 van de Wet van 26/6/1990).

Dat wil zeggen dat de psychiaters van Psychiatrisch Ziekenhuis Heilige Familie, (waaronder de K-dienst de Korbeel valt) enkel een attest kunnen uitschrijven voor een jongere die **niet** in de Heilige Familie is opgenomen.

De plaats waar de jongere wordt gescreend, bepalen de magistraat, parketcriminologe of Politie samen met de arts. Eén van de mogelijke locaties is het politiebureau in Kortrijk. De parketmagistraat kan de opdracht geven aan de Politie om de jongere over te brengen naar de plaats van afspraak. Eenmaal een attest voor collocatie is uitgeschreven moet de jongere met een ziekenwagen worden vervoerd. De arts brengt de begeleider van de jongere hiervan op de hoogte. De begeleider organiseert het vervoer.

(3) Screening door psychiater

Indien geen enkele kinder- en jeugdpsychiater binnen redelijke tijd beschikbaar is of buiten de diensturen van de kinder- en jeugdpsychiaters, doet het Parket of de Jeugdrechter beroep op de wachtdienstregeling van de EPSI. Aan dit beurtstelsel werken zowel psychiaters van AZ Groeninge, als (kinder- en jeugd) psychiaters van PZ Heilige Familie mee.

- De psychiater van wacht wordt gecontacteerd via de spoeddienst, Campus Sint-Maarten, Burgemeester Vercruysselaan 5 in Kortrijk (1^{ste} verdieping Blok B).

Voor de screening door een psychiater gelden dezelfde afspraken als hierboven omschreven voor de screening door een kinder- en jeugdpsychiater.

(4) Korbeel

Het aantal plaatsen in de Korbeel, specifiek voor +12 jarigen, is zeer beperkt in verhouding tot de vraag. Een gedwongen opname in de Korbeel kan slechts worden gerealiseerd indien er een plaats vrij is. Bovendien kunnen jongeren die zwakbegaafd zijn, een acute drugproblematiek hebben of geen Nederlands praten er niet terecht. Er zal echter een zo goed mogelijke oplossing uitgewerkt worden binnen P.Z. H. Familie.

- De aanmelding bij de Korbeel voor een gedwongen opname gebeurt bij Ellen Vanhaverbeke op het telefoonnummer 056 24 52 39. Zij is iedere werkdag bereikbaar tussen 8.30 en 17.00.

(5) Oost-Vlaanderen

De Korbeel is de enige K-dienst in West-Vlaanderen die een erkenning heeft voor gedwongen opnames. Indien collocatie binnen P.Z. Heilige Familie onmogelijk is, zal het ziekenhuis zoeken naar een oplossing in Oost-Vlaanderen.

Er zijn drie ziekenhuizen in Oost-Vlaanderen met een afdeling voor minderjarigen en een erkenning voor gedwongen opnames:

- PC Caritas (Caritasstraat 76, 9090 Melle, tel. 09 252 16 45),
- PC Sleidinge (Weststraat 135 Sleidinge, tel : 09 358 04 11)
- PC Dr. Guislain (Fr. Ferrerlaan 88A, Gent, tel. 09 216 33 11).

(6) Crisisaanbod in de Korbeel

Indien het gaat om een minderjarige met een **MOF-statuu**t of een **POS-statuu**t onder de Jeugdrechtsbank kan deze jongere aangemeld worden bij de JRBK-bedden (Jeugdrechtsbank K-bedden). Dit zijn twee forensische crisisbedden die ingebed zijn in de Korbeel.

- De aanmelding daarvoor gebeurt via het nummer 056 24 52 59. De verantwoordelijke voor de JRBK-bedden is Stephanie Coorevits (056 24 52 57).

Indien het gaat om een jongere met een **POS statuut onder het Comité Bijzondere Jeugdzorg** of een jongere **zonder POS- of MOF-statuu**t kan deze jongere aangemeld worden bij de crisisbedden voor adolescenten. De coördinator voor de crisisbedden voor adolescenten is Herlinde Logie (056 24 53 05).

- De aanmelding gebeurt bij Ellen Vanhaverbeke/Eline Vandeveldde op het telefoonnummer: 0476 99 59 74. Zij is iedere werkdag bereikbaar tussen 8.30 en 17.00.

Jongeren die geen Nederlands spreken, zwakbegaafd zijn of een acute drugproblematiek hebben, worden niet opgenomen.

(7) Pediatrie AZ Groeninge + outreach Korbeel

Indien geen plaats vrij is in de Korbeel kan een beroep gedaan worden op de afdeling Pediatrie van AZ Groeninge. Aanmeldingen op de afdeling pediatrie gebeuren via de spoeddienst.

- De jongere wordt aangemeld op de spoeddienst (Loofstraat) met de verwijsbrief (zie bijlage) ingevuld door de arts die de jongere screende.

De afdeling Pediatrie is niet geschikt voor minderjarigen die een gevaar zijn voor zichzelf of anderen.

Wanneer een minderjarige met een psychiatrische problematiek wordt opgenomen, wordt de afdeling ondersteund vanuit de Korbeel. De verantwoordelijke voor de ondersteuning vanuit de Korbeel is Herlinde Logie. In samenwerking met dr. Degels geeft zij een kinderpsychiatrische blik op vragen van de afdeling pediatrie.

(8) CGG Mandel en Leie of CGG Largo

Indien er sprake is van een acute psychiatrische of psychische problematiek en er geen opname nodig is, komt de jongere in aanmerking voor ambulante begeleiding. Dat wil zeggen dat er (afhankelijk van het CGG en de vestiging, binnen de 24u of de eerstvolgende dag na het weekend of binnen de twee werkdagen, een gesprek volgt met een therapeut. Indien nodig zal vervolgens therapie opgestart worden.

- Een voorwaarde is steeds dat er vrijwilligheid is bij de jongere en de ouders om in te gaan op het CGG-aanbod.
 - Er is een kleine kostprijs, verminderingstarief is mogelijk
 - De psychiater die werd aangesteld in het kader van de collocatieaanvraag zal gevraagd worden om het dossier toe te lichten aan de betrokken hulpverlener.
- Aanmelden:
- Voor het gerechtelijk arrondissement Kortrijk: CGG Mandel en Leie: contact opnemen met Samuel Markey of Julie Dewelter via het secretariaat in Kortrijk (056/23 00 23). Het secretariaat is elke weekdag bereikbaar tussen 9u en 17u.
 - Voor het gerechtelijk arrondissement Ieper: CGG Largo: contact opnemen met Bieke Devinck via het secretariaat in Ieper (057/ 21 99 86).
- De verwijzer zorgt ervoor dat de jongere en zijn ouders op de hoogte zijn van datum en uur van de afspraak, en gaat na of zij ter plaatse kunnen geraken
- CGG Mandel en Leie, President Rooseveltplein 12A, Kortrijk of een andere vestiging volgens afspraak
 - CGG Largo, Diksmuidsestraat 68, 8900 Ieper of een andere vestiging volgens afspraak

(9) Via consulent: CAH/ 000C/ Open plaats in een residentiële voorziening/ Crisisnetwerk IJH

Als een jongere een POS- of MOF-statuuut heeft kan zijn/haar consulent beroep doen op:

- Crisis hulp aan Huis (CAH): indien een plaats beschikbaar is
- 000C de Wijzer of de Luwte: indien de plaats voor onthaal vrij is
- Open plaats in een residentiële voorziening: de consulent gaat via de centrale wachtlijst na bij welke residentiële voorzieningen binnen de Bijzondere Jeugdzorg een open plaats is. Dit is een bed dat tijdelijk vrij staat in afwachting van een nieuwe opname. Met akkoord van de directie van de residentiële voorziening kan een jongere in crisis er tijdelijk terecht. Momenteel is deze mogelijkheid vrij beperkt.
- Crisisnetwerk Integrale Jeugdhulp: zie 11

Indien het gaat om een hoogdringende maatregel zal de consulent van permanentie deze taak opnemen. De consulent van permanentie is enkel beschikbaar tijdens de kantooruren.

Als het gaat om een jongere die reeds een dossier heeft bij het comité Bijzondere Jeugdzorg of de sociale dienst van de Jeugdrechtsbank is zijn/haar consulent verantwoordelijk voor de opvolging van de jongere.

- CBJ Kortrijk: Passionistenlaan 82, 056/236030
- Sociale dienst Jeugdrechtbank Kortrijk: Oude Kasteelstraat 2, 056/245958
- CBJ Ieper: Nieuwstraat 4, 057/22 14 00
- Sociale dienst Jeugdrechtbank Ieper: Nieuwstraat 4, 056/22 14 10
- CBJ Roeselare: Zuidforeest 11 c, 051/26 58 60

(10) Onthaalfunctie 000C's

Een magistraat kan rechtstreeks aanmelden bij het 000C. In elk 000C is er één plaats voor onthaal. De Wijzer houdt één specifieke plaats vrij, binnen de Luwte is geen aparte plaats. Jongeren kunnen er 24 uur op 24 aangemeld worden voor een snelle residentiële opname. De vrijwilligheid hoeft niet gegarandeerd te zijn. Jongeren met een zware verstandelijke beperking, een uitgesproken psychiatrische problematiek of die een gevaar zijn voor anderen worden niet aanvaard.

Een opname kan enkel wanneer er op dat moment plaats is. Bij een nieuw op te starten of reeds lopend Comité dossier neemt de aanmelder de eerstvolgende werkdag contact op met het Comité Bijzondere Jeugdzorg. In de andere gevallen contacteert hij/zij de Jeugdrechtbank.

- Aanmelden voor 000C De Luwte kan 24/24 op het telefoonnummer 056/54 03 40
- Aanmelden bij 000C De Wijzer kan 24/24 op het telefoonnummer 056/315733

(11) Crisisnetwerk Integrale Jeugdhulp (IJH)

Zie 9.4 Crisismeldpunt -18

37

Collocatie +15 jarigen regio Ieper en Kortrijk en voor alle minderjarigen regio Veurne-Westkust

(naar www.ejustice.just.fgov.be)

Bij een collocatie gaat het steeds om een maatregel tot opname van de minderjarige.

Gewone procedure (duurt 15 dagen)

“Elke belanghebbende (bv. politie, psychiater, ouders,...) kan een schriftelijk verzoek indienen bij de rechter.

Dit verzoekschrift vermeldt, op straffe van nietigheid:

1. de dag, maand en het jaar;
2. de naam, de voornaam, het beroep en de woonplaats van de verzoeker, alsook de graad van verwantschap of de aard van de betrekkingen die er bestaan tussen de verzoeker en de persoon wiens plaatsing ter observatie wordt gevraagd;
3. het onderwerp van de vordering en in het kort de gronden ervan;
4. de naam, de voornaam, de verblijf- of woonplaats van de zieke of, bij gebreke daarvan, de plaats waar hij zich bevindt;
5. de aanwijzing van de rechter die ervan kennis moet nemen.
Het verzoekschrift moet, op straffe van nietigheid, worden ondertekend door de verzoeker of zijn advocaat.
Het verzoekschrift vermeldt bovendien, en voor zover mogelijk, de plaats en datum van geboorte van de zieke, evenals, in voorkomend geval, de naam, de voornaam, de woonplaats en de hoedanigheid van zijn wettelijke vertegenwoordiger.

Op straffe van niet-ontvankelijkheid van de vordering moet hieraan een omstandig geneeskundig verslag worden toegevoegd dat, op basis van een onderzoek dat ten hoogste vijftien dagen oud is, de gezondheidstoestand van de persoon wiens opneming ter observatie wordt gevraagd evenals de symptomen van de ziekte beschrijft en vaststelt dat is voldaan aan volgend artikel:

De beschermingsmaatregelen mogen, bij gebreke van enige andere geschikte behandeling, alleen getroffen worden ten aanzien van een geesteszieke indien zijn toestand zulks vereist, hetzij omdat hij zijn gezondheid en zijn veiligheid ernstig in gevaar brengt, hetzij omdat hij een ernstige bedreiging vormt voor andermans leven of integriteit. De onaangepastheid aan de zedelijke, maatschappelijke, religieuze, politieke of andere waarden mag op zichzelf niet als een geestesziekte worden beschouwd.

Dit verslag mag niet worden opgesteld door een geneesheer die een bloed- of aanverwant van de zieke of van de verzoeker is of op enigerlei wijze verbonden is aan de psychiatrische dienst waar de zieke zich bevindt.

De kennisgevingen of betekeningen aan de zieke zoals bepaald in deze wet die niet aan de persoon kunnen worden gedaan, geschieden aan de verblijfplaats of bij gebreke daarvan aan de woonplaats van de geadresseerde.

Bij de gewone procedure is er een zitting in de raadkamer, hoort men alle partijen en is er een uitspraak van vonnis binnen de tien dagen na indiening van het verzoekschrift.

Indien het vonnis een opname aangeeft, dan wijst de rechter een psychiatrische dienst aan waar deze zal opgenomen worden ter observatie.”

Bij dringendheid (binnen 24u)

“In spoedeisende gevallen kan de procureur des Konings van de plaats waar de zieke zich bevindt, beslissen dat deze ter observatie zal worden opgenomen in de psychiatrische dienst die hij aanwijst.

De procureur des Konings treedt op, hetzij ambtshalve na het schriftelijk advies van een door hem aangewezen geneesheer, hetzij op schriftelijk verzoek van een belanghebbende, welk verzoek vergezeld moet gaan met het (reeds eerder vermelde) verslag.

Het advies of het verslag moet het spoedeisend karakter aantonen.

De procureur des Konings geeft kennis van zijn beslissing aan de directeur van de instelling. De wijze waarop de beslissing van de procureur des Konings wordt uitgevoerd, wordt bij koninklijk besluit geregeld.

Binnen vierentwintig uren na zijn beslissing geeft de procureur des Konings daarvan kennis aan de rechter van de verblijfplaats, of bij gebreke daarvan, van de woonplaats of, bij gebreke daarvan nog aan de rechter van de plaats waar de zieke zich bevindt en dient bij hem het verzoekschrift in.

Binnen dezelfde termijn geeft de procureur des Konings van zijn beslissing en van zijn verzoekschrift kennis aan de zieke en, in voorkomend geval, aan diens wettelijke vertegenwoordiger, aan de persoon bij wie de zieke verblijft en, in voorkomend geval, aan de belanghebbende die de procureur des Konings hierom heeft verzocht.”

Indien meer info gewenst omtrent deze wetgeving, zie:

www.ejustice.just.fgov.be - wet van 26 juni 1990 - Wet betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke.

Het gaat in ons project steeds over een minderjarige. In dat geval zal de procureur het verzoekschrift bij de jeugdrechter indienen.

6.2.5 Vervolgzorg

Het hulpverleningstraject is flexibel. Het eerste deel gaat voornamelijk over de opstart van het hulpverleningstraject, daarna komt de vervolgzorg. De vervolgzorg houdt alle reeds vernoemde diensten in. M.a.w.: CLB, CGG, CBJ, CAW, Het-huis-van-de-Mens, privé-psychologen, St-Jozefskliniek in Pittem, de Korbeel, St-Lucas, ... Men kan niet voorspellen hoe het traject er van een jongere zal uitzien. Blijft het bij een laag risico of zal het overgaan naar een acuut of verhoogd risico? De bedoeling is vooral om een zicht te krijgen op het aanbod en er rekening mee te houden dat het traject 'leeft'. Er is steeds een samenwerking van verschillende diensten mogelijk. Een doorverwijzing naar een dienst voor een eerder laag risico is ook mogelijk, bv. na langdurige begeleiding door het CGG. De spoedafdeling kan naar de pediatrie of de PAAZ doorverwijzen, maar evengoed naar crisisopname binnen een jeugdpsychiatrisch ziekenhuis...

Het **Mobiel K-team**, is een team gevestigd in het AZ Sint-Lucas kinder- en jeugdpsychiatrie. Zie algemene fiche AZ St. Lucas, kinder- en jeugdpsychiatrie: mobiel K-team. Dit team doet hoofdzakelijk vervolgzorg, bv. na een opname kan het laagdrempelig aan huis ondersteuning bieden.

7 Hulpaanbod

7.1 Tele-zorgdiensten

7.1.1 Kinder- en jongerentelefoon 102

Omschrijving dienst:

De KJT Vlaanderen is een vzw en een vrijwilligersorganisatie. De werking wordt georganiseerd in 8 afdelingen: 6 afdelingen voor telefoonpermanentie (Antwerpen, Turnhout, Brussel, Brugge, Gent en Hasselt), en 2 afdelingen voor het beantwoorden van e-mails (Leuven en Mechelen). Bovendien worden de chatgesprekken en het interactieve forum voor kinderen en jongeren beantwoord door vrijwilligers uit de verschillende afdelingen. Jaarlijks werken er ongeveer 200 vrijwilligers aan mee. Beroepskrachten ondersteunen de werking.



Doelgroep - leeftijd:

De Kinder- en Jongerentelefoon Vlaanderen vzw is er voor **kinderen en jongeren met vragen**.

Algemeen hulpaanbod:

De Kinder- en Jongerentelefoon wil twee doelen bereiken:

- Luisteren naar kinderen en jongeren: een hulp/informatielijn voor alle kinderen en jongeren
- Kinderen en jongeren een stem geven door aan de maatschappij te signaleren wat bij hen leeft
Hoofdmotto blijft **'niets te gek voor een goed gesprek'**. Kinderen mogen en kunnen voor om het even wat bellen, mailen, schrijven en chatten.

Visie:

Aan de **basis** van de hele werking van de Kinder- en Jongerentelefoon ligt een eenvoudige maar nog steeds niet evidente missie: 'men wil mondige kinderen die opkomen voor hun rechten en een maatschappij die dit toelaat'. Men gaat ervan uit dat kinderen in staat zijn om op een verantwoorde manier met hun leven, hun rechten en plichten om te gaan. De KJT baseert zich hiervoor op het Verdrag inzake de Rechten van het Kind. De KJT vertrekt vanuit de kinderrechtenvisie dat kinderen en jongeren - mits ze op een goede manier te woord worden gestaan - in staat zijn om zelf en op eigen kracht hun vragen en problemen te verwoorden en op basis van adequaat aangereikte informatie in staat zijn om positieve stappen te zetten.

Contactgegevens voor kinderen en jongeren:

Telefoon elke dag (behalve op zon- en feestdagen) van 16u-22u: **102**

- E-mail: brievenbus@kjt.org
- Chat (elke maandag en woensdag van 18-22u, behalve op feestdagen): www.kjt.org

Folders?

Er zijn folders te bestellen op de website: www.kjt.org klikken op "volwassenen" en verder klikken op "bestel".

7.1.2 Tele-onthaal 106

Omschrijving dienst:

Tele-Onthaal is erkend als Centrum Algemeen Welzijnswerk en stelt zich tot opdracht **telefonische en onlinehulp** aan te bieden (in het Nederlands) aan **iedereen die nood heeft aan een helpend gesprek**.



Doelgroep - leeftijd:

Iedereen die nood heeft aan een helpend gesprek.

Hulpaanbod:

De hulpverlening van Tele-Onthaal heeft een lage drempel gekenmerkt door permanente bereikbaarheid, het werken met vrijwilligers en anonimiteit. Op die manier staat Tele-Onthaal garant voor de kwaliteit van de aangeboden hulp. De **vrijwilligers** werken **anoniem** mee en ook de **oproeper hoeft zich niet bekend te maken**. **Geheimhouding** over de inhoud van de gesprekken wordt **gegarandeerd**. Dit creëert een zeer betrouwbare en veilige context voor de gesprekken. Centraal in het hulpaanbod staat het gesprek. Mensen krijgen de kans om uit te spreken wat in hen omgaat. Naargelang de hulpvraag van de oproeper liggen er in het gesprek verschillende accenten: **informatie geven, opvang bieden of een crisisgesprek voeren**. Tele-Onthaal heeft een centrale plaats in het **algemeen welzijnswerk en de geestelijke gezondheidszorg**. De organisatie realiseert een brugfunctie naar professionele hulp door oproepers door te verwijzen. Daarnaast is Tele-Onthaal ook **complementair aan bestaande hulp**. Oproepers die reeds in begeleiding zijn maken vaak gebruik van de permanente bereikbaarheid van Tele-Onthaal om **moeilijke momenten tussen de hulpverleningscontacten te overbruggen**.

Visie:

De hulpverleningsvisie van Tele-Onthaal is gebaseerd op het besef dat moeilijkheden inherent zijn aan het leven. Op elk moment van hun leven kunnen mensen, vanuit allerlei levensmoeilijkheden, nood hebben aan een persoonlijk gesprek in een sfeer van vertrouwen – op het moment dat die nood zich voordoet. Uitgangspunt voor de hulpverlening is het zelfbeschikkingsrecht en de eigen verantwoordelijkheid van de hulpvrager. Deze visie is gebaseerd op een sterk vertrouwen in de positieve ontwikkelingsmogelijkheden van de persoon in zijn sociaal netwerk.

41

Contactgegevens:

Tele-Onthaal is **24 uur op 24 uur, 7 dagen op 7, telefonisch bereikbaar via het noodnummer 106**. Daarnaast kunnen oproepers op **geregelde tijdstippen een onlinegesprek voeren via de website: www.tele-onthaal.be**.

Folders?

Er zijn folders te bestellen op: www.tele-onthaal.be klikken op “organisatie” en daarna klikken op “promotiemateriaal”.

7.1.3 Zelfmoordlijn 02 649 95 55



Omschrijving dienst:

De gesprekken aan de Zelfmoordlijn worden niet beantwoord door professionele hulpverleners (psychologen, psychiaters, ...) maar door deskundig opgeleide vrijwilligers. Zij helpen om het crisismoment te overbruggen. Bij hen kan de oproeper zijn verhaal kwijt en kan er open over zelfdodingsgedachten gepraat worden, zonder veroordeeld te worden. Er gewoon eens over kunnen praten en je begrepen voelen kan al deugd doen.

Doelgroep - leeftijd:

De Zelfmoordlijn is een gratis hulplijn voor iedereen die met zelfdoding in aanraking komt:

- mensen die aan zelfdoding denken
- mensen die ooit een poging tot zelfdoding ondernomen hebben
- verontruste familieleden, vrienden, hulpverleners, leerkrachten of collega's van iemand die (mogelijk) suïcidaal is
- nabestaanden met vragen of nood aan steun en begrip

Contactgegevens:

Je kan de gratis Zelfmoordlijn bellen op het nummer 02/649 95 55.

Of je nu belt vanuit een telefooncel, met een vast toestel of een gsm, de Zelfmoordlijn is altijd en voor iedereen gratis.

De Zelfmoordlijn is dag en nacht bereikbaar, 7 dagen op 7. Het kan wel gebeuren dat de lijn al bezet is. Een tijdje later opnieuw proberen is de boodschap.

Je kan ook chatten op de website van de zelfmoordlijn: www.zelfmoordlijn.be

Elke dag (behalve woensdag en zaterdag) tussen 19.00 uur en 21.30 uur.

Hulpaanbod:

Soms is het gemakkelijker om over problemen of zelfdodingsgedachten te praten met een onbekende...

Naam of andere gegevens worden niet gevraagd. Het nummer van de Zelfmoordlijn verschijnt ook niet op de telefoniefactuur.

Daarnaast zal de vrijwilliger samen zoeken naar manieren om met problemen en zelfdodingsgedachten om te gaan. Ook bellen voor iemand anders is mogelijk. De beantwoorder zal dan bekijken hoe men die persoon het best kan ondersteunen, en wat kan helpen om hem of haar te ondersteunen. Heel wat bellers ervaren een drempel om de hoorn op te nemen en effectief te bellen. Ook de vrijwillige beantwoorders beseffen dat en doen hun best om de beller op zijn gemak te stellen. Er hoeft trouwens ook niet heel de tijd gepraat te worden, stiltes mogen er ook zijn. Je kan ook chatten op de website van de zelfmoordlijn: www.zelfmoordlijn.be

Elke dag (behalve woensdag en zaterdag) tussen 19.00 uur en 21.30 uur. Het chatprogramma is **anoniem** en **veilig**. Het is onmogelijk om het e-mailadres van de oproeper te zien, en het is voor anderen niet mogelijk om het gesprek mee te volgen of te onderbreken. Het programma is zo gemaakt, dat er na het gesprek geen spoor van achterblijft op de computer van de oproeper.

Folders?

Folders zijn te bestellen op www.zelfmoordlijn.be dan klikken op "kenniscentrum", daarna op documentatiecentrum en daarna op "documentatieaanvragen".

7.2 Zelfhulp op het internet

7.2.1 Noknok, het klopt in je hoofd!

Omschrijving dienst:

Geestelijke gezondheid is voor iedereen belangrijk. Om jongeren van 12 tot 16 jaar beter te kunnen bereiken ontwikkelde het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie (VIGeZ) met steun van de Vlaamse overheid, een nieuwe website op maat van deze leeftijdsgroep.

Hulpaanbod:

Op **www.noknok.be** vinden jongeren heel wat leuke opdrachten en informatie om komaf te maken met een dip. Door zelf aan de slag te gaan met de tips versterken jongeren hun veerkracht en welbevinden. Ze vinden er ook antwoorden op hun meest prangende vragen.

Online krijgen jongeren aan de hand van vier knaltips een leidraad aangeboden om zelf aan de slag te gaan met hun veerkracht. Met de knaltip 'Ik (k) en mezelf' leren jongeren dat uniek zijn oké is en krijgen ze tools aangereikt om hun zelfvertrouwen op te krikken. De knaltip 'Mijn grenzen' helpt om op zoek te gaan naar nieuwe uitdagingen, maar ook leren neen zeggen komt uitgebreid aan bod. De derde knaltip 'Reken op anderen' geeft jongeren de moed om hulp te durven vragen, beroep te doen op vrienden en maakt ze ook wegwijs in alle mogelijke hulpbronnen. Ten slotte is er de knaltip 'Tijd voor mezelf' waarin jongeren diverse leuke ideeën meekrijgen om hun hoofd leeg te maken en te ontspannen.

Naast deze knaltips is er op **www.noknok.be** ook een boeiende woordwolk terug te vinden. Hierin staan allerlei thema's die jongeren van 12 – 16 jaar bezig houden. Zo vinden ze rond vrienden maken, een fit hoofd hebben, pesten, bewegen, knopen doorhakken, omgaan met ouders en nog vele andere topics leuke opdrachten en informatie om zelf hun welbevinden te versterken. Om het geheel wat speelser te maken, worden de tips steeds verteld door grappige personages. Zo geeft Marcel, de doe-het-zelver, bijvoorbeeld volgende tip over je eigen stijl creëren: "Maak het zelf. Het hoeft niet moeilijk te zijn om zelf iets te maken. Je kan een sjaal breien, een haarlint uit een oud stofje knippen, een schoudertasje haken, je sneakers kleuren met textielverf of je kan je eigen T-shirt laten drukken. Niet iedereen is handig, maar het is de moeite waard om het uit te proberen!".

Doelgroep:

Ben je tussen 12 en 16 jaar? Dan is **www.noknok.be** dus de "place to be"! Je bent jong en je kan heel wat aan. Maar een dipje of een tegenslag komt iedereen wel eens tegen. Of misschien zit je met allerlei vragen waar je geen antwoord op vindt? Op deze site vind je informatie en opdrachten om je goed in je vel te voelen. Ga zelf aan de slag en zoek de tips die je het meest aanspreken. Maak jezelf sterk. Surfen maar!

Contactgegevens:

www.noknok.be



7.2.2 Fit in je hoofd

Omschrijving dienst:

Deze website werd ontwikkeld door de Vlaamse Overheid.

Doelgroep - leeftijd:

Voel je je goed in je vel? Dan ben je tot veel in staat. Maar een dipje of tegenslag komt iedereen wel eens tegen. Daarom is er Fit in je hoofd. Deze website is bedoeld om je geestelijke gezondheid te trainen en te verzorgen. We zetten verschillende psychische klachten op een rij en geven tips om je mentale welzijn te verbeteren. Test ook hoe fit jouw hoofd is en krijg advies op maat. Met dat advies kan je aan de slag.



Hulpaanbod:

10 stappen...

Deze tien stappen kunnen jou inspireren om te komen tot een gezonder en gelukkiger leven. Welke stappen spreken je het meest aan? Dat zijn voor jou de belangrijkste.

Geen idee hoe je best aan de slag gaat? Doe dan de test en zet jezelf op weg.

Wil je liever in groep aan de slag? Ontdek hier hoe je met de Goed-gevoel-stoel kan zorgen voor meer goed gevoel in jouw leven!

1. Vind jezelf oké - 2. Praat erover - 3. Beweeg - 4. Probeer iets nieuws - 5. Reken op vrienden - 6. Durf nee zeggen - 7. Ga ervoor - 8. Durf hulp vragen - 9. Gun jezelf rust - 10. Je hoofd boven water

Bij elke stap vind je:

- het waarom en hoe van de stap
- opdrachten die je helpen om écht aan de slag te gaan verhalen van mensen die succesvol de stap hebben uitgeprobeerd links naar websites met meer informatie.
- Mensen met ernstige psychische problemen vinden hier misschien niet de antwoorden en ondersteuning die ze nodig hebben. Zij kunnen het best rechtstreeks contact opnemen met een professionele hulpverlener.

Wil je in groep aan de slag? Dan is de Goed-gevoel-stoel misschien iets voor jou. Neem hier een kijkje en ontdek hoe jij samen met anderen kunt zorgen voor meer goed gevoel in je leven!

Contactgegevens:

www.fitinjehoofd.be

Folders?

Folders zijn te bestellen op www.fitinjehoofd.be en klikken op campagnemateriaal.

7.3 Scholen en jeugddiensten

7.3.1 Scholen

Jongeren vertoeven 8 uren per dag op de schoolbanken. Daarom is het belangrijk om deze te betrekken in het geheel. Leerkrachten kennen hun leerlingen en zullen vaak ook diegene zijn die gedragsveranderingen bij de jongere opmerken. Het is dan ook noodzakelijk om leerkrachten te informeren over de mogelijke signalen van jongeren met suïcidale ideatie.

Er is een powerpointpresentatie op cd ter beschikking voor elke secundaire school in de regio. De CLB-medewerker kan deze bv. op een pedagogische studiedag aan leerkrachten voorstellen. De bedoeling ervan

is om leerkrachten en leerlingenbegeleiders te wijzen op mogelijke signalen van jongeren met een suïcidale ideatie. Er komen ook tips aan bod om een gesprek aan te gaan met een jongere. Het is zeker niet de bedoeling dat de school deze jongere een begeleiding aanbiedt. Wel wordt er telkens overleg gepleegd met het Centrum voor Leerlingenbegeleiding dat verbonden is aan de school.

Daarnaast werd er een stappenplan opgemaakt tussen het CLB en de secundaire scholen. Het CLB is namelijk de link met externe hulpverlening, het CLB neemt de draaischijffunctie op. Scholen verwijzen in principe niet door naar hulpverleningsinstanties.

7.3.2 Jeugddiensten

Jeugddiensten komen in contact met jongeren in hun vrijetijdsbesteding. Het is een plaats waar jongeren elkaar ontmoeten in een positieve sfeer. De invulling van de vrije tijd van jongeren werkt draagvlakversterkend en op die manier worden jongeren positief gestimuleerd.

In deze diensten is het dan ook niet onoverkomelijk dat een jongere signalen van suïcidale ideatie uit. Daarom zijn deze diensten ook een belangrijk element binnen ons netwerk.

De taak van de jeugddiensten bestaat erin dat deze de jongere mee op weg helpen. Deze diensten hebben een basiskennis van de sociale kaart en kunnen alvast een luisterend oor bieden aan de jongere. Ze kunnen 'meestappen' met de jongere naar de geschikte dienst.

Aan de hand van deze bundel kunnen de jeugddiensten de jongere naar o.a. het CAW, de huisarts of het CLB verwijzen. Deze diensten zullen dan een risico-inschatting doen aan de hand van het RI-document.

7.4 Politie

Omschrijving dienst:

De politie bestaat uit verschillende 'diensten'. Het zorgteam is hiervan een onderdeel. Het is afhankelijk van situatie tot situatie welke dienst van de politie een interventie doet.

Het zorgteam komt tussen in crisissituaties wanneer betrokkenen meer zorg nodig hebben dan de pure politionele interventie. Er zal meestal vanuit de afdeling interventie een tussenkomst zijn. Het zorgteam is in feite een vorm van '2^e lijn' binnen de politie.

Doelgroep - leeftijd:

Elke burger

Algemeen hulpaanbod:

- Beveiliging
- Preventie van: autodiefstal, woninginbraak...
- Interventie (onrustwekkende verdwijning met suïcidedreiging, ...)
- Eerste opvang
- Slechte nieuwsmelding
- Verhoor
- Vaststelling
- Onderzoek
- Doorverwijzing
- Uitzonderlijk kan er beslist worden tot collocatie. (zie 6.2 uitgeschreven hulpverleningstraject)
- ...

7.5 Brede instap: risico-inschatting

7.5.1 CLB (naar Brochure IJH)

Omschrijving dienst:

Elke school in Vlaanderen is verbonden aan een 'Centrum voor Leerlingen Begeleiding' (CLB). Het CLB begeleidt jongeren die geconfronteerd worden met een probleem.

Doelgroep:

Schoolgaande minderjarigen, hun ouders of opvoedingsverantwoordelijken kunnen terecht bij het CLB. Het hulpaanbod is er voor alle leerlingen, ingeschreven in een school gelegen in het CLB-werkgebied. Meerderjarige leerlingen kunnen ook van dit aanbod gebruik maken.

Hulpaanbod:

Het CLB begeleidt de leerlingen van alle scholen waarmee ze een begeleidingsplan/contract hebben afgesloten op vlak van:

- Leren en studeren
- Schoolloopbaanbegeleiding
- Psychisch en sociaal welbevinden
- Preventieve gezondheidszorg

Het CLB werkt handelingsgericht en zoekt oplossingen op maat.

Brede instap: onthaal, vraagverheldering en informatie

Elke persoon die aanbelt, telefoneert of mailt zal respectvol ontvangen worden. Vragen die niet binnen het werkdomein vallen worden onmiddellijk doorverwezen.

Vraagverheldering is gericht op vragen met betrekking tot de vier werkdomeinen van het CLB.

Het CLB verstrekt op een gestructureerde wijze onafhankelijke, objectieve en volledige informatie aan leerlingen, ouders en hun schoolpersoneel over: de structuur en de organisatie van het Vlaamse onderwijs, het volledige onderwijsaanbod, de aansluiting tussen het onderwijs en de arbeidsmarkt, de welzijnsvoorzieningen en de gezondheidsvoorzieningen.

Bemiddeling, ondersteuning en begeleiding

Het CLB bemiddelt in conflicten met het oog op het vermijden van meer ingrijpende vormen van hulp... Het CLB ondersteunt ook leerkrachten in het kader van de begeleiding van een leerling.

Het CLB biedt ook kortdurende ondersteuning bij problemen die het leerproces en/of de schoolloopbaan dreigen te belemmeren (nu of in de toekomst).

De ondersteuning moet in functie zijn van de opvolging en begeleiding van de jongere in de schoolse context en wordt ingezet op het ogenblik dat bij een kind/jongere een hardnekkig probleem in perspectief van onderwijs vastgesteld wordt en de mogelijkheden binnen de school uitgeput zijn.

CLB biedt zelf wel geen therapie of behandeling of langdurige of intensieve begeleiding.

Het CLB zet de begeleiding alleen voort als de betrokken leerling hiermee instemt, op voorwaarde dat hij in staat is tot een redelijke beoordeling van zijn belangen, rekening houdend met zijn leeftijd en maturiteit.

De minderjarige van twaalf jaar en ouder wordt vermoed in staat te zijn tot een redelijke beoordeling van zijn belangen. Indien de minderjarige jonger dan twaalf jaar is en/of niet in staat is tot een redelijke beoordeling van zijn belangen wordt de begeleiding alleen voortgezet mits de ouders van de betrokken leerling ermee instemmen.

Leerplichtbegeleiding

Het ambulant hulpaanbod in het kader van leerplichtproblemen voor kinderen, jongeren, hun gezin en hun leefomgeving gebeurt in samenwerking met de school. Dit is een verplichte opdracht.

Diagnostiek

Voor de vier modules diagnostiek gelden volgende indicaties en contra-indicaties:

- Het verzamelen van de info gebeurt obv wetenschappelijke kennis en volgens een systematisch en hypothese-aftoetsend model, al dan niet in samenwerking met externe partners. In alle fasen van dit proces is er samenwerking en overleg met de cliënt.
- De diagnostiek moet in functie zijn van de opvolging en begeleiding van de jongere binnen de schoolse context en wordt ingezet op het ogenblik dat bij een kind/jongere een hardnekkig probleem in perspectief van onderwijs vastgesteld wordt en de mogelijkheden binnen de school uitgeput zijn.

Contra-indicaties:

- Geen systematische diagnostiek van groepen leerlingen
- Geen diagnostiek louter voor derden: enkel diagnostiek die kadert binnen de hulpvraag en/of begeleiding van de leerling op school

Het CLB is gratis

7.5.2 CAW (Centrum Algemeen Welzijn)

(naar www.caw.be)

Omschrijving dienst:

Het CAW biedt hulp- en dienstverlening aan volwassenen, jongeren en kinderen bij vragen en problemen die te maken hebben met welzijn. Het CAW richt zich in het bijzonder tot de meest kwetsbaren in de samenleving omwille van gezinsproblemen, kansarmoede of forensische problemen.

Doelgroep - leeftijd:

Kinderen, jongeren en volwassenen kunnen met hun hulpvraag terecht in het CAW.

Algemeen hulpaanbod:

Het CAW voert in opdracht van de Vlaamse Overheid 3 taken uit:

Onthaal

Het CAW heeft twee fysieke onthaalpunten in de Westhoek, waar iedereen terecht kan, ongeacht of het probleem van materiële, psychologische, relationele of puur praktische aard is.

Mensen met een hulpvraag kunnen zich tijdens de rechtstreeks toegankelijke openingsuren fysiek aanmelden op één van beide onthaalpunten of kunnen (ook buiten deze uren) telefonisch, via email of fax contact opnemen met het CAW.

Jongeren hebben de bijkomende mogelijkheid om het CAW te contacteren via het digitaal onthaalpunt Jacwesthoek (email, chat en forum).

Het onthaal van het CAW is breed toegankelijk voor elke burger met gelijk welke welzijnsvraag.

Onthaal is een proces van vraagverheldering en een op zichzelf staande hulpverlening met een eigen finaliteit. Het onthaal kan ook leiden vormen van directe hulp, en/of een instap betekenen naar verdere begeleiding in het centrum of elders.

Het onthaal vertrekt vanuit de hulpvraag van de cliënt maar benadert doorheen het proces de vraag vanuit een integrale en generalistische kijk. We betrachten zicht te verwerven op de werkelijke hulpvraag, zowel in de breedte als in de diepte en hebben oog voor de verschillende sociale rollen die iemand inneemt en voor de verschillende levensdomeinen waarin die vragen en noden al dan niet verweven voorkomen.

In het onthaal verstrekt het CAW informatie en advies en indien nodig onmiddellijke opvang. Mensen met vragen en problemen kunnen bij het CAW vrijuit hun verhaal doen en tot rust komen. De professionele en vrijwillige medewerkers van het CAW zijn in de eerste plaats expert in het helpen ontrafelen van de hulpvraag en de probleemsituatie. De verduidelijking van de vraag is immers vaak al een deel van de oplossing.

Een CAW besteedt bijzondere aandacht aan de eerste fase in de hulpverlening. Hoe beleven de mensen én de omgeving de problemen? Wat zijn hun eigen mogelijkheden? Welke rol speelt hun directe omgeving? Waar zijn sterktes te vinden bij de mensen zelf? Waar liggen aanknopingspunten in het sociale netwerk? Waar liggen de verantwoordelijkheden van basisvoorzieningen, zoals de school, de werksituatie, de woonvoorzieningen, de sociale voorzieningen? Hoe kunnen die (opnieuw) gemobiliseerd worden?

Het onthaal van het CAW vertrekt vanuit het subsidiariteitsprincipe (vermijden van ingrijpendere vormen van hulp), werkt outreachend en heeft ook een preventief doel.

Begeleiding

Het CAW biedt ook zelf een aangepaste psychosociale begeleiding. Die psychosociale begeleiding start nadat het onthaalproces is afgerond en het onthaalteam de cliënt(en) intern heeft toegewezen aan het meest passend hulpaanbod. Diensten waar het CAW formele samenwerkingsafspraken heeft gemaakt, kunnen cliënten ook rechtstreeks toeleiden naar een specifiek hulpverleningsaanbod.

Psychosociale begeleiding is er in hoofdzaak op gericht de cliënt beter te laten functioneren in het dagelijkse leven. Het CAW vertrekt altijd van een brede 'generalistische' kijk op de feitelijke leefsituatie van de cliënt en de samenhang tussen materiële, juridische, relationele, persoonlijke en psychische problemen.

Elke begeleiding start in samenspraak met de cliënt. Hij of zij blijft ook de touwtjes in handen houden, bepaalt zelf de doelstellingen en het tempo. Het CAW begeleidt mensen niet onder formele externe druk, maar activeert en motiveert hen om zelf verantwoordelijkheid op te nemen. De begeleiding - ambulante of residentiële - is maatwerk in verschillende vormen: begeleiding partnerrelatie, echtscheidingsproces, slachtofferschap, woonbegeleiding, opvoedingsonzekerheid, intrafamiliaal geweld, budgetbegeleiding, schuldbemiddeling, persoonlijke problemen, ...

Preventie en signalering:

Het CAW wil dat problemen voorkomen worden, zodat mensen minder (lang) een beroep moeten doen op professionele hulp. De hulpverleningsfilosofie van het CAW is erop gericht mensen én hun omgeving sterker te maken.

Het CAW zet bewust middelen in op het ontwikkelen van preventieve projecten en (groeps)methodieken zoals de Katrol, sociale vaardigheidstraining, praatgroepen, ...

Problemen voorkomen betekent ook dat de basisvoorzieningen in onze samenleving (onderwijs, verenigingen, huisvesting, sociale zekerheid, arbeid...) beter moeten functioneren. Contacten met duizenden hulpvragers leveren een schat aan informatie op over factoren en mechanismen, die oorzaak zijn van onwelzijn en sociale uitsluiting. Het CAW signaleert die gegevens en ervaringen aan de betrokken instanties, overheden en de publieke opinie. Het CAW zal ook structurele veranderingen aankaarten, indien mogelijk samen met andere organisaties die opkomen voor het welzijn van kwetsbare burgers. Enkele voorbeelden: toegang tot sociale huisvesting voor thuislozen; rechten voor minderjarigen, voor gedetineerden, voor slachtoffers; bescherming van mensen met schuldoverlast.

7.5.3 Huisarts

De huisarts is een belangrijke partner in het geheel. De huisarts komt vaak reeds jaren in het gezin en zal vaak ook graag betrokken worden in de begeleiding van de jongere en zijn gezin. Deze kan ook een ondersteunende rol opnemen naar de ouders toe. Hij kan een opstart van hulpverlening mee helpen motiveren en is vaak ook tussenpersoon of doorverwijzer naar de puur medische discipline.

Het is van groot belang dat de huisarts de rol van risico-inschatter op zich kan nemen, net zoals het CAW en het CLB, omdat de drempel voor de cliënt om de huisarts aan te spreken zeer laag is.

Huisartsen kunnen contact opnemen met de CLB-arts verbonden aan de school van de jongere. Men kan deze terugvinden door op deze website: <http://www.ond.vlaanderen.be/clb/arts/pw.asp> een wachtwoord aan te maken.

7.6 Crisismeldpunt -18

(naar http://wvg.vlaanderen.be/jeugdhulp/14_west-vlaanderen/netwerken_cj.htm)

Omschrijving dienst:

Op initiatief van Integrale Jeugdhulp verenigden meer dan 30 voorzieningen zich in een gezamenlijk crisis-netwerk. Hulpverleners, huisartsen, politie, leerkrachten, jeugdwerkers, straathoekwerkers die vastlopen met een crisissituatie bij minderjarigen kunnen sinds 1 december 2008 terecht bij één centraal crisismeldpunt.

Doelgroep – leeftijd:

Aanmelden kan wanneer een minderjarige in crisis is en jij als hulpverlener geen oplossing vindt binnen de reguliere jeugdhulp of leefomgeving van de minderjarige. Het is heel belangrijk dat de minderjarige en/ of de ouders akkoord gaan met de aanmelding. Het meldpunt beluistert de vraag en activeert indien aangewezen de crisishulp.

Algemeen hulpaanbod:

Het telefonisch meldpunt is 24u/24u en 7d/7d bereikbaar.

Als een hulpverlener, huisarts,... opbelt naar het crisismeldpunt worden volgende zaken ondernomen:

- Men verkent samen met de aanmelder het probleem
- Men maakt een inschatting van de acuïtheid van de situatie en de veiligheid van de minderjarige
- Men ondersteunt de aanmelder in het zoeken naar oplossingen en men geeft advies
- Men schat in of de minderjarige en de leefomgeving akkoord zijn om mee te werken
- Men zoekt naar de meest aangewezen vorm van crisishulp of een combinatie ervan
- Men schakelt crisishulp in Crisisjeugdhulp houdt verschillende mogelijkheden in nl.: crisisinterventie, crisisbegeleiding en crisisopvang.
- Crisisinterventie biedt onmiddellijke, korte (maximum 3 dagen), intensieve stressverlagende hulp. Dit gaat over eerste hulp bij emotionele en relationele ontploffingen. Men nodigt alle betrokkenen uit en men schat de crisis in. Men installeert veiligheid en men zal aan huis komen of langskomen in een voorziening.
- Crisisbegeleiding biedt een intensieve begeleiding (maximum 28 dagen). Men bewaakt de veiligheid en men maakt een doelstellingenplan op met de minderjarige en zijn leefomgeving. Men zal aan huis komen of langskomen in een voorziening.
- Crisisopvang biedt opvang voor 7 dagen (Bed/Bad/Brood). Men biedt veiligheid. Dit gebeurt steeds in combinatie met interventie of begeleiding. De jongere kan opgevangen worden in het sociaal netwerk (familie/vrienden), in een crisisopvanggezin of in een residentiële voorziening.

Link met suïcide:

Bij suïcide is het zeker niet de bedoeling om 'standaard' te gaan doorverwijzen naar het Crisismeldpunt. Binnen deze dienst kan men geen veiligheid bieden naar de jongere toe op vlak van het psychische welzijn. Maar het kan wel voorkomen dat een jongere door zijn contextuele situatie een suïcidale ideatie gaat ontwikkelen. Indien het puur de contextuele problemen zijn die oorzaak zijn van een suïcidale ideatie, dan kan men wel beroep doen op het Crisismeldpunt. Op die manier kan men de contextuele situatie stabilise-

ren waardoor de jongere geen suïcidale gedachten meer heeft. Belangrijk is dit zeer goed af te wegen want een jongere met een duidelijke suïcidale ideatie, die een gevaar is voor zichzelf, hoort niet thuis in de crisisjeugdhulp. Dan volgt men best het gewone hulpverleningstraject.

Het is dus maar in uitzonderlijke omstandigheden dat men in geval van suïcidale ideatie kan contact opnemen met het Crisismeldpunt!!

7.7 Specifieke hulpverlening: laag risico

7.7.1 Diensten uit brede instap: zie 7.5

7.7.2 Comité voor Bijzondere Jeugdzorg

(naar wvg.vlaanderen.be/jongerenwelzijn)

Omschrijving dienst:

Opgroeien loopt niet altijd van een leien dakje. Soms komen jongeren met situaties in aanraking waar ze moeilijk een oplossing voor hebben. Misschien hebben ze zelf problemen of thuis. Jongerenwelzijn probeert deze jongeren een uitweg te bieden. Zij zoeken voor hen de juiste hulp en organiseren of ondersteunen het hulpverleningstraject (bijvoorbeeld een plaatsing of een begeleiding).

Doelgroep - leeftijd:

Zowel jongeren, ouders als hulpverleningsinstanties kunnen contact opnemen met het CBJ indien er sprake is van een problematische opvoedingssituatie of indien er sprake is van een onrustwekkende situatie. Vanaf 2014 is het CBJ niet meer rechtstreeks toegankelijk (voor jongeren en ouders) maar enkel op verwijzing van hulpverleningsinstanties.

Algemeen hulpaanbod:

Jongeren en ouders kunnen vrijwillig hulp vragen aan het **Comité voor Bijzondere Jeugdzorg**. Een consulent luistert dan naar hun verhaal en zoekt samen naar een oplossing.

Men kan verschillende voorstellen doen zoals: thuisbegeleiding, observatie en oriëntatie, wonen in een tehuis, begeleiding binnen een bepaalde dienst... Deze zaken zijn steeds op vrijwillige basis.

Als de jongere het niet eens raakt met de consulent van het comité, dan kan hij naar de **bemiddelingscommissie** stappen. Die praat met alle betrokkenen en probeert zo toch tot een akkoord te komen. Ook het CBJ of de ouders kunnen naar de bemiddelingscommissie stappen als men ziet dat men niet tot afspraken kan komen terwijl de situatie toch zorgwekkend is.

7.7.3 Het Huis-van-de-Mens

(naar www.demens.nu)

Omschrijving dienst:

Bij het-huis-van-de-Mens staat de mens centraal. En mensen hebben mensen nodig. Daarom vind je deze vrijzinnige humanistische dienst overal in Vlaanderen en Brussel. In het-huis-van-de-Mens is iedereen welkom.

Je kan er terecht voor informatie, een luisterend oor (vrijzinnig humanistische begeleiding), de viering van belangrijke momenten in je leven (plechtigheden) en activiteiten (gemeenschapsvorming).

Doelgroep - leeftijd:

Iedereen die een luisterend oor nodig.

Algemeen hulpaanbod:

Met persoonlijke problemen kan men altijd terecht in het Huis-van-de-Mens. De vrijzinnig humanistische consulenten kunnen bijstand bieden wanneer men het moeilijk heeft. Men luistert naar het verhaal, men helpt een oplossing zoeken en men steekt een hart onder de riem. Die dienstverlening vertrekt vanuit een vrijzinnig humanistisch perspectief en is volledig gratis. In het Huis-van-de-Mens kan men trouwens ook terecht voor vrijzinnig humanistische plechtigheden en activiteiten.

Het-huis-van-de-Mens richt zich ook tot specifieke groepen, dit bv. binnen gevangenissen, rusthuizen, ziekenhuis, op de luchthaven, binnen het leger... Deze begeleiding is volledig gratis.

7.8 Specifieke hulpverlening verhoogd risico

7.8.1 Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg Largo

(naar www.cgglargo.be)

Omschrijving dienst:

Decretaal staat het CGG in voor de behandeling van psychische en psychiatrische problemen bij de doelgroep kinderen en jongeren, volwassenen en senioren. Het CGG heeft ook een preventieve opdracht.

Doelgroep - leeftijd:

Zowel kinderen als volwassenen kunnen terecht in het CGG. CGG Largo staat in voor de ambulante hulpverlening van mensen met psychische en psychiatrische problemen. De verwijzingen gebeuren zowel vanuit de eerste lijn (algemene diensten en zorgverleners, niet gespecialiseerd in de geestelijke gezondheidszorg) als de derde lijn (de psychiatrische en kinderpsychiatrische opnamediensten). Bij de aanmelding wordt bekeken of de cliënt binnen hun doelgroep valt.

Algemeen hulpaanbod:

CGG Largo staat in voor de ambulante begeleiding van personen met psychische of psychiatrische problemen. Het CGG situeert zich op de tweede lijn van de geestelijke gezondheidszorg. Dit heeft een aantal consequenties :

- mensen kunnen zich op eigen initiatief aanmelden, maar bij voorkeur gebeurt dit op verwijzing
- problemen moeten in die mate ernstig zijn dat ze verder gaan dan levensfaseproblemen van voorbijgaande aard
- begeleiding bij diensten of zorgverleners, niet gespecialiseerd in de geestelijke gezondheidszorg, geeft onvoldoende resultaat - of - wordt als onvoldoende ingeschat
- indien een opname voorafgaat, is er een inschatting gemaakt waarbij verdere psychotherapeutische of psychiatrische opvolging noodzakelijk is

De begeleiding wordt toevertrouwd aan een team van hulpverleners uit verschillende disciplines (psychiatrisch, psychologisch en maatschappelijk).

In de verschillende vestigingen kan ook een beroep gedaan worden op een psychiater, verbonden aan CGG Largo. Voor een kinderpsychiatrisch advies wordt een beroep gedaan op de verschillende privé-psychiaters en poliklinieken in de regio.

Kinderen en jongeren

Met de kinder- en jongerentherapeuten richt het CGG zich tot kinderen en jongeren en de verschillende milieus waartoe zij behoren (gezin, vrienden, school, instelling).

Binnen een CGG-werking richt men zich tot die kinderen en jongeren waarbij de ontwikkeling fundamenteel geblokkeerd is. Problemen die reeds lang bestaan of herhaling van problemen kan hierop wijzen.

Een CGG-werking vertrekt steeds vanuit een psychotherapeutisch aanbod. Er wordt geprobeerd met

kinderen, jongeren en hun gezin of leefmilieu contact te krijgen zodat situaties gedeblokkeerd kunnen worden en de ontwikkeling weer op gang kan komen. Bij jongere kinderen gebeurt dit vaak op een niet-verbale wijze : via spelen, boetseren, tekenen. Op die manier krijgt men voeling met wat bij hen leeft en hoe zij relaties opbouwen. Bij oudere kinderen en jongeren wordt er meer gewerkt via gesprek. Veel aandacht gaat ook naar ouder- en gezinsgesprekken.

Kinder- en jeugdwerking voelt zich vanuit een maatschappelijke opdracht verantwoordelijk voor de ontwikkeling en de groei van kinderen en jongeren.

In het CGG wordt er ten volle gewerkt vanuit de rechten van het kind. Een handelingsbekwame jongere helpt mee beslissingen nemen over zijn hulpverleningstraject.

Volwassenen en ouderen

Volwassenen en ouderen met psychische of psychiatrische problemen kunnen binnen CGG Largo terecht voor psychiatrische, psychotherapeutische en psychosociale begeleiding.

Elke begeleiding start met een verkennende fase waarbij de hulpvraag geanalyseerd wordt en de sterke en zwakke kanten van de hulpvrager in kaart gebracht worden. Eventueel wordt hiervoor ook een beroep gedaan op psychodiagnostiek, naast de eigen klinische expertise van de verschillende hulpverleners. In de begeleiding tracht de therapeut zicht te krijgen op het gedrag, de gevoelens en het denken van de cliënt. Moeilijke of beladen stukken probeert men bespreekbaar te maken en te herkaderen. Hiervoor wordt beroep gedaan op elementen uit verschillende therapeutische richtingen : (cognitief)-gedragstherapeutisch, systeemtheoretisch, psychoanalytisch. Ook medicamenteuze therapie kan een optie zijn.

Ook mensen die van dichtbij betrokken zijn (partner, kinderen, familieleden) kunnen met hun vragen bij CGG Largo terecht. Vaak worden zij er in de loop van de eerste verkennende gesprekken bij gevraagd. Daarnaast krijgen ook andere betrokken hulpverleners, de huisarts en/of de verwijzer een belangrijke plaats in de begeleiding. Zij kennen de hulpvrager al langer en kunnen specifieke informatie geven of een verdere ondersteunende taak opnemen.

7.8.2 Privé-psychologen

Voor psychotherapie kan je niet alleen naar het CGG doorverwijzen maar ook naar een privé-psycholoog. Tijdens het project werden privé-psychologen niet bevroegd. Toch zijn zij een belangrijke partner binnen het hulpverleningstraject, ook bij suïcidale ideatie. Sommige jongeren en/of hun ouders geven de voorkeur om een begeleiding aan te gaan bij een privé-psycholoog. Bij privé-psychologen zijn het beide ouders die beslissen over de opstart van een psychotherapie, ook bij handelingsbekwame jongeren.

7.9 Specifieke hulpverlening acuut risico

7.9.1 De algemene spoeddienst: AZ Jan Yperman en AZ Sint-Augustinus

(naar www.szr.be)

Omschrijving dienst – algemeen hulpaanbod:

Op de spoedafdeling peilt de spoedverpleegkundige naar de klachten en controleert indien aangewezen een aantal medische parameters. De spoedarts bepaalt, na een eerste vaststelling van de symptomen de graad van urgentie.

Aanvullend onderzoek is vaak aangewezen om de juiste diagnose te stellen, maar gebeurt in functie van dringendheid/ernst van de toestand. Levensbedreigende situaties krijgen steeds voorrang. Wanneer een opname in het ziekenhuis niet noodzakelijk is, bespreekt de urgentiearts en/of de ziekenhuisgeneesheer de diagnose en behandeling. Een ontslagbrief met de nodige informatie en richtlijnen wordt aan de huisarts bezorgd. Indien tot opname beslist wordt, wordt de patiënt naar de aangewezen verpleegeenheid overgebracht

7.9.2 Epsi Brugge: AZ Sint-Jan

Omschrijving dienst:

De afdeling Epsi maakt deel uit van het algemeen ziekenhuis Sint-Jan in Brugge. Epsi staat voor: eenheid voor psychiatrische spoedgevalleninterventie.

De EPSI is een dienst voor opvang van personen die in een crisissituatie verkeren. Deze eenheid behoort tot de algemene spoedgevallendienst van het AZ Sint-Jan en is bedoeld voor mensen die niet of voor een zeer beperkte periode opgenomen worden. De opvang gebeurt door een psychiatrische equipe. Concreet betekent dit dat de patiënt binnenkomt via algemene spoedafdeling. Wanneer de spoedarts evalueert dat het over een psychiatrische crisis gaat, dan komt de patiënt op de Epsi terecht.

De Epsi oriënteert iedereen die dringend psychiatrische hulp vraagt via een deskundige en snelle interventie. Dit impliceert geen opname. Indien opname toch noodzakelijk is, dan is deze zeer kort, met een maximum van 72 uur. Deze 72 uur is geen garantie.

Via een evaluatie tracht men te komen tot een klinische hypothese en een globaal beeld van de problemen. In overleg wordt gezocht naar een behandeling van het probleem. Eventueel wordt een planning voor langere termijn ontwikkeld.

Verantwoordelijke:

Dr. De Fruyt is psychiater van de afdeling, Dominique Broutyn is hoofdverpleegkundige, Veronique Steeman is casemanager suïcide en Hilde Maet is psychologe op de dienst, specifiek naar jongeren toe.

Doelgroep - leeftijd:

Op de Epsi afdeling kunnen enkel jongeren vanaf 15 jaar en volwassenen terecht. -15 jarigen zullen geëvalueerd worden op spoed door een psychiater. In overleg met een pediater wordt bekeken welke stappen men verder onderneemt, dit met het oog om zorg op maat te kunnen geven aan elke patiënt.

Algemeen hulpaanbod:

- tijdens de opname zijn er dagelijks 2 gesprekken met de psychologe
- de opname heeft steeds als doel: doorverwijzing, opstart hulpverlening...
- zolang de crisis duurt, is verblijf mogelijk, maar met een max van 72u.

In principe is het AZ Sint-Jan een dienst die voor de regio Brugge instaat. De Westhoek behoort in principe niet tot deze zorgregio. Concreet betekent dit, dat we slechts in echte nood beroep kunnen doen op deze dienst.

Visie

Acute crisissituatie multidisciplinaire benadering (bio-psycho-sociaal), probleemoplossend. De factor tijd is belangrijk. Ondersteuning van partner, familie, enz. is zeer essentieel. Overleg en samenwerking met de betrokkene, met intra- en extramurale diensten zijn onmisbaar. Hierin wordt de keuze van de patiënt geëerbiedigd.

Opname : indien toch noodzakelijk, voor een zeer beperkte tijd!

Samenwerkingsverbanden:

- AZ Sint-Lucas in Brugge
- Serruysziekenhuis Oostende
- Psychiatrisch ziekenhuis Onze Lieve Vrouw
- AZ Sint Franciscus Xaverius

7.9.3 Epsi Kortrijk: AZ Groeninge

(naar <http://www.azgroeninge.be/>)

Omschrijving dienst:

Epsi staat voor 'eenheid voor psychiatrische spoedinterventie'. Een gespecialiseerd Epsi-team zorgt voor de opvang en de begeleiding van personen die in een acute psychische crisissituatie verkeren. De hulpverlening gebeurt ofwel ambulant, dit wil zeggen zonder verdere opname, ofwel door middel van een korte opname van maximum 72 uur. De Epsi van AZ Groeninge is een open dienst met 10 crisisbedden, die deel uitmaakt van de psychiatrische afdeling van het ziekenhuis.

Verantwoordelijke:

Artsen

Dr. Serge Seghers

Dr. Koen Titeca

Dr. Wim Lecot

2 psychiaters in opleiding

Hoofdverpleegkundige: Kristof Lanssens

Sociale dienst: Nathalie Pattyn

Doelgroep - leeftijd:

In het leven zijn er gebeurtenissen die als dermate ingrijpend worden ervaren dat mensen en hun omgeving in een crisissituatie terechtkomen. Wanneer deze situatie uit de hand loopt en de betrokkene noch zijn omgeving in staat zijn zelf een oplossing uit te werken, is hulp van buitenaf nodig.

Situaties die een persoon en/of zijn omgeving ertoe kunnen aanzetten dringende psychiatrische hulp te zoeken, zijn onder andere: ernstige familiale conflicten, psychosen, angst en paniekaanvallen, zelfmoorddreiging en zelfmoordpoging, depressieve stemming, middelenmisbruik en andere acute psychiatrische stoornissen. Zware lichamelijke of zuiver sociale problemen vormen geen aanleiding voor een opname op de Epsi. De minimumleeftijd voor opname en verblijf op de Epsi is 15 jaar.

Algemeen hulpaanbod:

- dringende psychiatrische opvang max 72u
- een eerste gesprek kan volstaan om acute crisismoment te overbruggen
- na 72 u ontslag met ambulante vervolgzorg, voortgezette crisisopvang, doorverwijzing naar een andere dienst of naar een ander meer gespecialiseerd ziekenhuis

Crisisinterventie door het Epsi-team kan 24u op 24, 7 dagen op 7, na aanmelding op de algemene spoedgallendienst in de Loofstraat.

Een rechtstreekse aanmelding op de Epsi kan alleen na telefonisch overleg tussen de huisarts en de dienstdoende psychiater. Deze rechtstreekse opname is mogelijk van maandag tot vrijdag, van 8.30 tot 19 uur.

Visie

Essentieel bij een crisisinterventie en de organisatie van de nazorg is de zeer nauwe en noodzakelijke samenwerking tussen het EPSI-team, de betrokkene zelf, zijn socio-familiale omgeving, de huisarts en andere bestaande hulpverlening.

Samenwerkingsverbanden:

Er is een samenwerkingsverband met het Psychiatrisch ziekenhuis Heilige Familie in Kortrijk.

7.9.4 De Korbeel

Omschrijving dienst:

De Korbeel is een afdeling van de vzw Gezondheidszorg Heilige Familie in Kortrijk. Dit is een ziekenhuis voor residentiële en ambulante psychiatrische zorgverlening.

Verantwoordelijke dienst:

Dr. Deman is hoofdarts van leefgroep 1, Dr. Van Lysebeth is hoofdarts van leefgroep 2 en Dr. Degels is hoofdarts van leefgroep 3 en tevens ook medisch diensthoofd. Kristof Demunck is coördinator van leefgroep 1 en 2, Ellen Vanhaverbeke is coördinator van leefgroep 3.

Doelgroep - leeftijd:

0-16 jarigen

Redenen tot aanmelding: ontwikkelingsachterstand, schoolweigerings-angsten, overbeweeglijkheid-ADHD, moeilijk en/of agressief gedrag, verwaarlozing, mishandeling, ASS, psychotische stoornissen, depressie-suicide en eetstoornissen.

Er zijn drie leefgroepen:

- Leefgroep 1: 0-7 j
- Leefgroep 2: 7-12 j
- Leefgroep 3: 12-16 j

Algemeen hulpaanbod:

- ambulant:
 - polikliniek: diagnostiek en psychotherapie
 - samen bewegen: groepstherapie voor kinderen met ADHD en hun ouders
 - nazorg
- residentieel:
 - dag-nacht
 - diagnostiek en observatie
 - kortdurende en langdurige residentiële behandeling
 - ❑ 24uurs crisisopvang
 - kinderen en jongeren in acute crisis
 - indien een bed beschikbaar is op de afdeling
 - Doelstellingen: 24 u onderdak, verder verblijf onmogelijk
 - opnametijdstip: altijd indien een crisisbed beschikbaar is
 - opnameduur: max 24u
 - bezoek: na overleg
 - ❑ Time-out
 - opnames vanuit behandel- en/of verblijfcentra
 - begeleiding en analyse van de crisis in functie van gezinsvervangend milieu
 - situatie tot rust laten komen
 - opnametijdstip: geplande opname tijdens kantooruren
 - indien een bed beschikbaar is in de leefgroep
 - opnameduur: max 2 weken
 - bezoek: na overleg

- ❑ Korte acute opname
 - crisis aangemeld door gezin en een eerste lijnsdienst
 - diagnostisch onderzoek
 - crisisbehandeling
 - rustperiode inlassen
 - zorgen voor oriëntatie en advies
 - opnametijdstip: geplande opname tijdens kantooruren
 - indien een bed beschikbaar is in de leefgroep
 - opnameduur max 3 weken
 - bezoek: na overleg
- ❑ Adolescenten in crisis opname
 - 2 ACO bedden
 - jongeren in crisis
 - in samenwerking met AZ Groeninge (prioriteit voor <15 jarigen)
 - crisisbehandeling
 - rustperiode inlassen
 - zorgen voor oriëntatie en advies
 - uitbouw van nazorg-traject/opvolgnetwerk (CGG, CLB, privé,...)
 - opname duur: 2 weken
 - bezoek: na overleg
- ❑ Crisisbedden voor forensische psychiatrie: JRB-K
 - 2 crisisbedden
 - jongens en meisjes 12-18 j
 - tot rust komen
 - oriëntatie en adviesformulering
 - 24 u
 - 2 tot 5 dagen
 - 2 weken (1x verlengbaar met 2 weken)
 - vermoeden van een psychiatrische problematiek
 - gerechtelijke maatregel
 - MOF of POS
 - IQ hoger dan 70
 - regio West- en Oost-Vlaanderen
 - tegenindicaties: primair middelengebruik, mentale retardatie en eerdere opname in een andere forensische afdeling
- ❑ KOPP-crisis
 - kinderen van ouders met acute psychiatrische problemen
 - kortdurend een beschermd onderdak geven
 - behoud van ouder-kind relatie
 - snelle doorverwijzing organiseren
 - opname tijdstip: altijd indien een bed beschikbaar is
 - opnameduur: volgens nood
 - bezoek: na overleg

Visie

Er wordt multidisciplinair gewerkt. Het denkkader is zowel cognitief-gedragsmatig, medisch-biologisch als psychodiagnostisch. De behandeling is zowel gericht op de jongere als op de context. Men richt zich zowel op het specifieke probleem als op de ontwikkeling van de jongere. Netwerking is hierbij van groot belang.

7.9.5 Kliniek St-Jozef: Centrum voor psychiatrie en psychotherapie

Omschrijving dienst:

De Kliniek St.-Jozef vzw, Centrum voor Psychiatrie en Psychotherapie is een middelgroot en vooruitstrevend ziekenhuis en richt zich tot mensen met psychiatrische, psychische en verslavingsproblemen.

Door multidisciplinaire teams worden gespecialiseerde programma's aangeboden voor specifieke doelgroepen. De behandeling wordt georganiseerd in specifieke zorgeenheden. Zo sluit het aanbod zeer nauw aan bij de hulpvraag en de behandel nood.

Het zorgaanbod bestaat uit: de Jeugdkliniek, de Ontwenningsskliniek, de Seniorenkliniek en de Volwassen-kliniek.

De Jeugdkliniek heeft twee afdelingen nl.: 'kortverblijf' en 'behandeling'. Dr. Everaert is arts op de afdeling 'kortverblijf' en dr. Vancompernelle is arts op de behandelingsafdeling.

De ontwenningsskliniek behandelt verslaving aan alcohol, medicatie, tabak en/of cannabis. Deze afdeling heeft dr. Velghe als arts.

De volwassenenkliniek bestaat uit volgende eenheden: kortverblijf (dr. Muylaert), jongvolwassenen (dr. Everaert), mentaliserende therapie (dr. Kinet), psychoanalytische therapie (dr. Kinet), psychosociale revalidatie (dr. Muylaert), gedragstherapie (dr. Muylaert) en psychose zorg (dr. Verbrugghe).

De seniorenkliniek omvat drie eenheden. De angst- en stemmingsstoornissen, ontwenning en resocialisatie, bij welke dr. Verbrugghe telkens arts is.

De diensten waar vooral naar doorverwezen zal worden i.h.k.v. jongeren met een suïcideproblematiek zijn enerzijds de jeugdkliniek met de twee eenheden: **kortverblijf en behandeling**. Anderzijds kunnen de jongeren vanaf 18 jaar ook verwezen worden naar de **volwassenenkliniek, eenheid jongvolwassenen**.

Verantwoordelijke:

Dr. Everaert, behandelend psychiater, Jeugdkliniek, eenheid Kortverblijf en volwassenenkliniek, eenheid Jongvolwassenen.

Dr. Vancompernelle, behandelend psychiater, Jeugdkliniek, eenheid behandeling.

Doelgroep - leeftijd:

De **eenheid Kortverblijf** richt zich tot jongeren tussen 15 en 18 jaar die op één of andere manier ontspoord zijn. Ze hebben psychologische en/of psychiatrische problemen die hun dagdagelijkse functioneren zodanig bemoeilijken, waardoor een snelle en korte opname zich opdringt. Jongeren van dezelfde leeftijd voor wie een langdurige psychotherapeutische behandeling aangewezen is, vinden hun plaats op de **eenheid Behandeling**.

De **eenheid Jongvolwassenen** richt zich op jonge mensen tussen 18 en 25 jaar die kampen met laat-adolescentaire problemen. Vaak uiteten de psychologisch/psychiatrische problemen zich onder de vorm van stagnatie in de ontwikkeling, identiteits- en/of individuatie/separatieproblemen. Ontwikkelingsstoornissen (ADHD, ASS) die pas in de laatadolescentie tot uiting komen hebben zeker hun plaats binnen de eenheid.

Algemeen hulpaanbod:

De **eenheid Kortverblijf** wil de 'ontspoorde' jongeren zo snel mogelijk terug op de goede rails krijgen en de crisis bedwingen. Er wordt een psychiatrische, psychologische en contextuele observatie en assessment uitgevoerd om de psychiatrische problematiek en de psychodynamiek van de jongere in kaart te brengen. Na een eerste observatieperiode van een drietal weken wordt een adviesgesprek gepland met de context (ook betrokken hulpverlening) van de jongere om een goede oriëntatie mogelijk te maken en een eventuele (ambulante) begeleiding te laten opstarten.

Het team gaat probleemoplossend te werk en richt zich op de uitlokkende factoren die de huidige problematiek bij de jongeren veroorzaakt hebben. De jongere neemt in dit kader deel aan tal van activiteiten, therapiesessies en gesprekken (o.a. dansexpressie, psychodrama, psycho-educatie, sociotherapie, individuele psychotherapie, creatieve en expressieve therapie,...). De zorg wordt zoveel mogelijk op maat aangepast.

De doelstelling hierbij is dat de jongere na de opname opnieuw kan functioneren binnen zijn reguliere context. Opname kan starten na een kennismakingsgesprek bij de psychiater. Dit gesprek wordt voorzien binnen de week na het eerste telefonische contact. Minimale motivatie van de jongere is een absolute vereiste. De jongeren kunnen maximaal zes weken opgenomen worden.

Naast het reguliere kortverblijfaanbod, voorziet het ziekenhuis één bed voor psychiatrisch crisissen waar een jongere voor een periode van maximaal twee weken kan verblijven.

De **behandeleenheid** start na het kennismakingsgesprek met een observatieperiode van 4 weken, waar binnen men de problematiek in kaart brengt. Dit leidt tot een behandelplanning, dat slechts in uitvoering komt na akkoord van alle betrokkenen. Individuele, groeps-, gezins- en sociotherapie zijn de dragende elementen van de behandeling. Jongeren brengen hun weekends door in hun eigen thuismilieu. In de laatste fase van de opname wordt indien mogelijk progressief met school opgestart of gaat de jongere in daghospitalisatie.

De **eenheid Jongvolwassenen** wil via een residentiële (dag)behandeling de stagnerende ontwikkeling van de jongvolwassene recht trekken, door een uitgewerkte behandeling op maat. Zo moeten ze een aantal noodzakelijke processen doorlopen om het volwassen leven goed aan te vangen. Ze moeten leren om hun leven zelf in te richten, rekening houdende met hun eigen mogelijkheden en beperkingen. Ze moeten hun eigen identiteit ontdekken, verder ontwikkelen en ze moeten zich losmaken vanuit de omgeving waarin ze zijn opgegroeid en een eigen sociaal netwerk uitbouwen. De jongvolwassene draagt zelf verantwoordelijkheid voor zijn proces, maar ook de buitenwereld en de context nemen een belangrijke plaats in binnen de behandeling (rekening houdend met de behoeftes en het tempo van de jongvolwassene).

Na een volledige hospitalisatie en een het intensief psychotherapeutisch aanbod wordt zo snel mogelijk de externe realiteit betrokken via een doorgedreven realiteitstraining gericht op studie, werk, vrijetijdsbesteding, wonen,... Naast het leefgroepsaanbod krijgt elke jongvolwassene een individueel behandelplan op maat. Rekening houdend met hun huidige functioneren en hun noden kunnen ze verschillende modules doorlopen (individuele module, groepsmodule, zorgmodule, realiteitsmodule en nazorgmodule). Het therapeutisch aanbod is gestoeld op een zestal pijlers: psychotherapie (individueel/groep/context), expressieve en creatieve therapie, sociotherapie, psycho-educatie/SVT en realiteitstraining.

Er wordt geprobeerd zo snel als mogelijk over te gaan naar daghospitalisatie en in de eindfase wordt voorzien om over te gaan naar partiële hospitalisatie en postkuur.

Visie:

De 3 eenheden zijn specifiek op leeftijd afgestemde klinisch psychiatrische afdelingen, gericht op observatie en behandeling. Er wordt multidisciplinair gewerkt vanuit verschillende therapeutische visies en met een veelheid aan methodieken en technieken. Het dagdagelijkse afdelingsleven wordt gestuurd vanuit milieutherapeutische principes.

Samenwerking(sverbanden):

Tijdens de opname in de Jeugdkliniek worden gesprekken gepland met de ouders of de context van de jongere. Er wordt systematisch contact gelegd met de verwijzer en de school (en CLB) van de jongere. De betrokken (hulpverlenings)context wordt op het adviesgesprek uitgenodigd.

Op de eenheid Jongvolwassenen wordt er contact opgenomen met de verwijzer bij de start van de opname en bij eventueel ontslag of overgang naar partiële hospitalisatie. Daarnaast is er mogelijkheid tot gezinsgesprekken of contextbegeleiding, indien de jongvolwassene dit wenst. Andere externe diensten kunnen actief in de behandeling betrokken worden. Er wordt getracht met het ganse zorgverleningscircuit een goede band op te bouwen.

7.9.6 Sint-Lucas: kinder- en jeugdpsychiatrie

(naar http://www.stlucas.be/raadplegingen/kinderpsychiatrie_voorstelling.htm)

Omschrijving dienst:

Deze dienst maakt deel uit van het algemeen ziekenhuis Sint-Lucas Brugge.

Verantwoordelijke dienst:

Dr. Emmanuël Nelis: 050/36 52 05

Doelgroep - leeftijd:

0-18 jarigen voor raadpleging

3-18 jarigen voor opname

Algemeen hulpaanbod:

Er is een beperkt ambulante aanbod, doch voor louter ambulante vragen genieten ambulante voorzieningen in eigen regio voorrang. Opname:

Leeftijd 3 - 11 jaar:

dr. Dries Dewulf, kinder- en jeugdpsychiater (050 36 52 06)

Of Eveline Deroo, psychologe (vervangt momenteel Marie Deboutte) (050 36 99 17)

Leeftijd 12 - 14 jaar:

dr. Emmanuël Nelis, kinder- en jeugdpsychiater (050 36 52 05) of Els Legroe, psychologe (050 36 99 16)

Leeftijd 15 - 18 jaar:

dr. Emmanuël Nelis, kinder- en jeugdpsychiater (050 36 52 05) of Hans De Baene, psycholoog (050 36 99 18)

De hoofdverpleegkundige van de afdeling is Rik Flecy (050 36 99 02)

Voor alle inlichtingen en afspraken: 050 36 99 00

Er zijn 2 soorten opnames: een observatieopname of een crisisopname met beperkte doelstellingen.

Als de groepssamenstelling en de opnamecapaciteit het toelaten, kan een crisisopname na voorbereiding gepland worden. Deze duurt ongeveer 1 week.

De voorbereiding houdt voornamelijk voorafgaand overleg in met de verschillende betrokken partijen.

Een crisisopname biedt een korte time-out, rustpauze, aan het kind of de jongere. In nauw overleg met de context (gezin, instelling, school, andere hulpverleners) wordt er gezocht naar oplossingen op korte termijn. Mogelijk kan dit ook een planning voor een observatieopname inhouden. De beperkingen van de dienst (bv. aantal beschikbare bedden) maken dat een crisisopname niet altijd kan doorgaan.

Een observatieopname wordt gepland voor 6 weken.

Opname kan enkel na een intakegesprek met de kinder- en jeugdpsychiater of eventueel met de teamcoördinator van de betreffende leefgroep. Het is aangewezen dat de verwijzer meekomt naar het intakegesprek. Tijdens het intakegesprek wordt er gezocht naar haalbare en realistische diagnostische en behandelingsdoelstellingen. De betekenis van een opnamevraag wordt geëvalueerd. De eigen vraag van familie en kind/jongere vormen een belangrijk uitgangspunt. De beperkingen van de dienst maken dat er soms een wachttijd voor opname bestaat.

Mobiel K-team

Dr. Lien Keirse, kinder- en jeugdpsychiater

Wannes Vandenbussche, psycholoog

Hilde Buseyne, psychiatrisch verpleegkundige

Isabel Gydé, psychiatrisch verpleegkundige

050 36 99 12 of 0477 89 35 92

Het Mobiel K-team is opgericht in het kader van een pilootproject van de federale overheid. Het Mobiel K-team biedt psychiatrische thuiszorg aan kinderen en jongeren, op verwijzing, na een minimale diagnostische fase (uitgevoerd op de eigen dienst of in een ander centrum in de regio). Het bijkomende nut van de thuiszorgformule moet aantoonbaar zijn: vanuit specifieke moeilijkheden qua afstemming, vanuit het bijzondere van de stoornis van de patiënt, of vanuit eerdere ervaringen in de (residentiële of ambulante) psychiatrische hulpverlening.

Het kind/de jongere (en het gezin) blijft in de vertrouwde situatie (thuis, MPI, instelling). Er gebeurt een eerste kennismakingsgesprek op de dienst (liefst in aanwezigheid van de verwijzer); na deze intake komt de hulpverlener ter plaatse en kan zo zijn aanbod fijner afstemmen op de kenmerken van de patiënt en zijn dagelijkse omgeving.

Het behandelingsplan richt zich naar 3 doelstellingen:

- ondersteunen van de competenties en het eigen probleemoplossend vermogen van het gezin (of de instelling)
- aanbieden van behandelingselementen, ingepast in de thuiscontext (gedragstherapeutisch/systeem-theoretisch geïnspireerd) en opvolgen van het medicatiebeleid
- helpen afstemmen van de aanpak en de verwachtingen van de thuiscontext op de reële ontwikkelingsmogelijkheden en -beperkingen van het kind/de jongere.

De concrete doelstellingen, het verloop van de begeleiding en de samenwerking worden op regelmatige basis (twee- à driemaandelijks) geëvalueerd door het gezin en het team, liefst samen met de verwijzer of met andere betrokken behandelings- of begeleidingspartners. Het mobiel K-team streeft naar een tijdige en voorbereide **verwijzing** naar andere voorzieningen (bv. ambulante centra ...) als dit nodig blijkt. Het team is werkzaam binnen de provincie West-Vlaanderen.

Residentiële afdeling

Werkwijze

Op verwijzing

De meeste kinderen/jongeren en hun gezinnen worden naar de opnameafdeling verwezen door een hulpverlener die het kind/de jongere al kent. De verwijzer blijft een centrale figuur voor het kind en/of zijn gezin doorheen het proces van de opname. Samen wordt er gezocht naar haalbare verwachtingen en wordt een toekomstperspectief voorgesteld.

Ouders (of vervangende opvoedingsfiguren) hebben een sleutelrol voor een opname. Telkens gaat een voorbereiding door met ouders en kind op de dienst.

Crisisopnames en observatieopnames

Werking

De basis van een opname is de therapeutische leefgroepwerking. Er zijn 3 leefgroepen die gevormd worden op basis van leeftijd en mentaal niveau van de patiënten. Binnen een voorspelbaar kader biedt de leefgroep een aantal groepsactiviteiten aan, naast individuele momenten. De leefgroepwerking legt vooral het accent op:

- bieden van veiligheid en structuur
- mogelijkheid bieden om ervaringen op te doen, om te experimenteren
- een spiegel kunnen vormen voor het gedrag en de belevingen van de kinderen en jongeren
- samenwerken met de context van het kind.

Hiernaast is er ook een multidisciplinair diagnostisch en therapeutisch aanbod:

- Ergotherapie

- psychomotorisch onderzoek en therapie
- psychodiagnostisch onderzoek en psychotherapie
- kinderpsychiatrisch onderzoek
- specifiek medisch en neurologisch onderzoek op indicatie
- logopedisch onderzoek en logopedische ondersteuning op indicatie
- wekelijkse oudergesprekken bij de kinder- en jeugdpsychiater of de teamcoördinator
- beperkte schoolse begeleiding
- frequente contacten met verwijzers en omgeving.

Op woensdagnamiddag en in het weekend kunnen de kinderen/jongeren **bezoek** ontvangen op de afdeling, of op bezoek gaan naar huis.

Overleg met ouders, andere hulpverleners en verwijzers wordt doorheen het hele verloop van een opname als zeer verrijkend beschouwd. Er wordt vanuit onze dienst voornamelijk een **samenwerkingsmodel** geprojecteerd, eerder dan een kind of jongere over te nemen en er exclusief mee te werken.

Tijdens een crisisopname of een observatieopname wordt er geen **school** gelopen. Er is wel een beperkte schoolse begeleiding via klasmomenten op de dienst. De leerkrachten op de dienst stemmen hun schoolse aanbod af op de informatie van de thuisschool.

Afronding

Na 6 weken volgt een teambespreking waar betekenisvolle hulpverleners en verwijzers op uitgenodigd worden. Na deze bespreking en na het adviesgesprek met de ouders kan een opname verlengd worden (steeds per 6 weken) of beëindigd worden.

Visie

Multidisciplinariteit schrijft men hoog in het vaandel. Men werkt eclectisch.

7.9.7 Politie zie: 7.4



8 Netwerkafspraken

Tussen de diverse partners van Integrale jeugdhulp in West-Vlaanderen groeiden onderstaande afspraken voor het verwijzen van cliënten. (afspraak 1 tot en met 6)

De afspraken bij een verwijzing naar gezondheidszorg zijn gebaseerd op afspraken opgemaakt door Stent West-Vlaanderen. (afspraak 7 tot en met 9)

1) Als een hulpverlener een verwijzing naar een andere dienst overweegt, bespreekt hij dit eerst met de cliënt.

- a) De cliënt ontvangt voldoende info over de verdere hulp.
- b) De hulpverlener bespreekt waarom hij wil verwijzen.
- c) De hulpverlener motiveert de cliënt en bespreekt mogelijke weerstanden.

Als de cliënt toch niet akkoord is, stopt de verwijzing.

2) De hulpverlener of de cliënt nemen contact op met (het onthaal) van de andere dienst.

- a) Bij voorkeur belt de hulpverlener zelf. Zo kan hij direct de nodige informatie inwinnen over beschikbaarheid, wachttijd, aanmeldingsprocedure,...
- b) De cliënt blijft voorlopig anoniem.
- c) Hulpverleners bespreken enkel informatie die noodzakelijk is om de verwijzing in te schatten.

Als deze dienst niet akkoord is met de reden van de verwijzing, zoekt de verwijzer naar een geschikter hulpaanbod.

62

3) De verwijzer bespreekt met de cliënt wat er nodig is om tot bij de hulp te geraken. Hij biedt aan wat wenselijk is:

- a) Contactinfo van de andere dienst (vb.: fiche uit de modulering).
- b) Verwijsbrief met daarin de gegevens van de eigen dienst en de afspraken die er tussen de cliënt, de verwijzer en de ontvanger gemaakt werden.
- c) Samen naar de andere dienst gaan.

4) De hulpverlener bespreekt met de cliënt welke informatie doorgegeven wordt aan de andere dienst en welke niet.

- a) Als er een schriftelijke weerslag is van deze informatie (hulpverleningsvoorstel of handelingsplan of dossier) kan dit met de cliënt zelf meegegeven worden.
- b) Er kunnen stukken verzonden worden als de cliënt daarmee akkoord is.
- c) Informatie kan met akkoord van de cliënt ook telefonisch doorgegeven worden.

5) Als er verwezen wordt naar een dienst met een wachtlijst worden er afspraken gemaakt waarmee de cliënt deze periode kan overbruggen.

- a) De hulpverleners zoeken steun vanuit mantelzorg, buurtwerk, kinderopvang, enz.
- b) De verwijzende hulpverlener kan contactpersoon blijven voor occasionele ondersteuning of voor crisissituaties.
- c) De ontvangende hulpverlener kan een eerste oriëntatiegesprek aanbieden na een deel van de wachttijd.

6) Als de cliënt zich aanmeldt bij de andere dienst, vindt er een intake plaats. De duur is afhankelijk van de gewoonte van de voorziening. De informatie verzameld uit de instaprocedure of uit vorige hulpverlening, wordt eerst doorgenomen. Dat garandeert de continuïteit. De ontvangende hulpverlener behoudt zijn autonomie en verantwoordelijkheid.

- a) Als dat afgesproken was, kan er aan de verwijzer gemeld worden dat de hulpverlening gestart is.
- b) Feedback naar andere diensten gebeurt op basis van vooraf gemaakte afspraken waar de cliënt mee akkoord is.
- c) Als er meerdere hulpverleners betrokken blijven, maken zij samen met de cliënt afspraken over periodiek overleg in functie van de verdere hulpcoördinatie. Hierbij is er specifieke aandacht voor nazorg en opvolging.

BIJ EEN VERWIJZING NAAR GEZONDHEIDSZORG ZIJN ER BIJKOMENDE AFSPRAKEN

7) Bij opstart begeleiding - opname gesprek

- a) Uitwisseling cliëntgerichte informatie
- b) Verdere afstemming van het hulpverleningstraject
- c) Bepalen van het verloop van het traject (duur van opname of begeleiding)
- d) Afspreken over de organisatie van de zorg - wie neemt welke verantwoordelijkheid
- e) Afspreken over hoe het traject geëvalueerd zal worden
- f) Afspreken over de organisatie van tussentijds overleg

8) Tussentijds overleg (indien van toepassing) tussen de dienst die verwijst en de dienst gezondheidszorg.

- a) Uitwisseling van cliëntgerichte informatie
- b) Evaluatie van het hulpverleningstraject
- c) Verdere afstemming van het hulpverleningstraject

9) Afsluitingsgesprek - afspraken naar nazorg

- a) Afspraken maken over mogelijke heropname of doorverwijzing
- b) Bij doorverwijzing naar ambulante hulp wordt relevante info doorgegeven aan deze dienst. (bv. Handelingsgerichte aanpak)
- c) Indien de cliënt terug naar school gaat, krijgt het CLB relevante info omtrent de handelingsgerichte aanpak van de cliënt (indien de jongere akkoord gaat).

9 Fiches hulpverlening

9.1 Diensten - laag suïciderisico



Naam	CAW De Papaver Ieper	Veurne
Adres	Maloulaan 43 8900 Ieper	Peter Benoitlaan 58 8630 Veurne
Telefoon	057 22 09 30	057 22 09 30
Fax	/	
E-mail	onthaal@cawdepapaver.be	
Website	www.cawdepapaver.be www.jacwesthoek.be	

Doelgroep

Hulpaanbod

- Alle leeftijden
- Onthaal
- Risico-inschatting
- Vraagverheldering
- Verwijzingen
- Kortdurende begeleiding bij laag risico indien context-gerelateerde problematiek
- Jongere, ouders, jeugddiensten... iedereen uit de context
- Telefonisch, mail of persoonlijk contact
- Neen
- Neen
- Mits toestemming jongere
- Ouders kunnen terecht bij het CAW voor ondersteuning
- CGG, CBJ, CLB ...
- Gratis

Aanmelder

Procedure aanmelding

Wachtlijst

Nazorg

Feedback aan aanmelder

Ondersteuning gezinsleden

Samenwerking met andere diensten

Prijs

Naam	CLB GO Westhoek Ieper	Veurne
Adres	Minneplein 42 8900 Ieper	Smissestraat 10 8630 Veurne
Telefoon	057 20 08 95	058 31 10 75
Fax	057 21 75 98	058 31 17 88
E-mail	clb.westhoek@g-o.be	
Website	www.clbwesthoek.be	

Doelgroep

- Schoolgaande kinderen uit de scholen die een beleidscontract met het CLB afgesloten hebben.

Hulpaanbod

- Onthaal
- Risico-inschatting
- Vraagverheldering
- Verwijzingen
- Kortdurende begeleiding bij laag risico
- Follow-up na verwijzing

Aanmelder

- Leerling, ouders of school

Procedure aanmelding

- Telefonisch, per mail of via persoonlijk contact

Wachttijst

- Neen

Nazorg

- Ondersteuning school adhv richtlijnen hulpverleningsdiensten
- Klankbord voor school, leerling en ouders
- Info aan school mits toestemming jongere

Feedback aan aanmelder

- Neen

Ondersteuning gezinsleden

- CGG, CBJ, CAW ...

Samenwerking met andere diensten

Prijs

- Gratis

Naam	CLB Ieper	CLB Poperinge	CLB Veurne	Locatie Diksmuide
Adres	Bukkersstr. 38 8900 Ieper	Rekhof 22 8970 Poperinge	Oude Kasteelstraat 31 8630 Veurne	Beestenmarkt 6 8600 Diksmuide
Telefoon	057 21 60 48	057 33 43 28	058 31 16 14	051 50 45 58
Fax	057 21 54 85			
E-mail	info@clb-ieper.be	Contactformulier via website		
Website	www.clb-ieper.be www.clb-poperinge.be www.clb-veurne.be	(Diksmuide en Veurne)		

Doelgroep

- Schoolgaande kinderen uit de scholen die een beleidscontract met het CLB afgesloten hebben.

Hulpaanbod

- Onthaal
- Risico-inschatting
- Vraagverheldering
- Verwijzingen
- Kortdurende begeleiding bij laag risico
- Follow-up na verwijzing

Aanmelder

- Leerling, ouders of school
- Telefonisch, per mail of via persoonlijk contact

Procedure aanmelding

Wachtlijst

Nazorg

- Neen
- Ondersteuning school adhv richtlijnen hulpverleningsdiensten
- Klankbord voor school, leerling en ouders
- Info aan school mits toestemming jongere

Feedback aan aanmelder

- Neen

Ondersteuning gezinsleden

Samenwerking met andere diensten

- CGG, CBJ, CAW ...

Prijs

- Gratis

Naam	Comité voor Bijzondere Jeugdzorg	
Adres	Nieuwstraat 4	Statieplaats 8
	8900 Ieper	8630 Veurne
Telefoon	057 22 14 00	058 28 00 50
Fax	057 22 14 05	058 28 00 60
E-mail	cbj.ieper@jongerenwelzijn.be	cbj.veurnediksmuide@jongerenwelzijn.be
Website	http://wvg.vlaanderen.be/jongerenwelzijn/verwijzers/cbj.htm	

Doelgroep	• 0-18 jaar
Hulpaanbod	• Probleemverkenning • Kortdurende begeleiding mits POS of verontrustende situatie • Verwijzing • Overleg + verwijzing bij weigering hulpverlening door ouders of jongere
Aanmelder	• Jongere zelf, ouders • Andere diensten zoals CLB, CAW, CGG, gezondheidszorg, ...
Procedure aanmelding	• Via standaardaanmeldingsformulier (enkel CLB) • Bij hoogdringendheid (weigering hulp): - telefonisch contact - binnen 2 werkdagen 1^{ste} gesprek ouders + jongere - binnen week (indien nodig) bemiddelingscommissie - bemiddelingscommissie = sleutel naar parketmagistraat-> JRB -> gedwongen hulpverlening
Wachttijst	• Neen
Nazorg	• Neen
Feedback aan aanmelder	• Mits toestemming jongere en ouders
Ondersteuning gezinsleden	• Er kan kort ondersteuning aangeboden worden met het oog op doorverwijzing
Samenwerking met andere diensten	• CLB, CGG, CAW, dagcentra, oriëntatiecentra...
Prijs	• Gratis • Bij residentiële plaatsing effect op kinderbijslag

Naam	Het Huis van de Mens	
Adres	Korte Torhoutstraat 4	Esenweg 30
	8900 Ieper	8600 Diksmuide
Telefoon	057 23 06 30	051 55 01 60
Fax	057 23 06 39	051 55 01 69
E-mail	ieper@deMens.nu	diksmuide@deMens.nu
Website	www.deMens.nu	www.deMens.nu

Doelgroep

Hulpaanbod

- Alle leeftijden
- Onthaal
- Risico-inschatting
- Vraagverheldering
- Verwijzingen
- Begeleiding bij laag risico
- Men biedt vooral een luisterend oor en probeert samen met de cliënt orde in chaos te creëren

Aanmelder

Procedure aanmelding

Wachttijst

Nazorg

Feedback aan aanmelder

Ondersteuning gezinsleden

Samenwerking met andere diensten

Prijs

- Cliënt zelf of doorverwijzers: Jongere, ouders, jeugddiensten... iedereen uit de context
- Persoonlijk contact, telefonisch of via mail
- Neen
- Cliënt kan steeds opnieuw contact opnemen
- Mits toestemming jongere
- Ouders kunnen ook terecht bij het Huis-van-de-Mens
- CAW, CGG, CBJ, CLB ...
- Gratis

9.2 Diensten - verhoogd suïciderisico



Naam	Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg Largo		
Adres	Diksmuidestraat 68 8900 Ieper	Kasteelstraat 32 8600 Diksmuide	Oude Beestenmarkt 6 8630 Veurne
Telefoon	057 21 99 86	058 31 23 47	058 31 23 47
Fax	057 42 10 23	058 31 74 49	058 31 74 49
E-mail	ieper@cgglargo.be		veurne-diksmuide@cgglargo.be
Website	www.cgglargo.be		

Doelgroep	• Er is geen leeftijdsgrens
Hulpaanbod	• Risico-inschatting • Ambulante begeleiding • Multidisciplinair overleg
Aanmelder	• Bij voorkeur door een 1^{ste} lijnsdienst of na verwijzing door een 1^{ste} lijnsdienst (bv. CAW, huisarts, CLB...) • Door de cliënt zelf • Bij voorkeur worden ouders ook betrokken
Procedure aanmelding	• De aanmelder meldt het suïciderisico. In dit geval krijgt de cliënt voorrang. Binnen 2 werkdagen volgt een eerste gesprek met de cliënt. • Risico-inschatting: - bij acute dreiging: diezelfde dag een afspraak - Indien het gevaar heel groot is: politie of huisarts inschakelen - geen acute dreiging: afspraak binnen de 2 werkdagen - duidelijke afspraken waar cliënt terecht kan (bv. Familie, huisarts, 102, 106, zelfmoordlijn 02 649.95.55) • Bij het 1^{ste} gesprek bij voorkeur aanwezigheid van één of beide ouders of iemand uit de omgeving • Intern overleg tot inschatting noodzakelijke zorg (bv. Ambulante begeleiding, beveiliging noodzakelijk?, thuis/opname, doorverwijzing?) • Als de aanmelding door het ziekenhuis (bv. Spoed, epsi...) gebeurt, kan het CGG een intakegesprek aan bed laten doorgaan.
Wachttijst	• Geen wachttijst bij suïcidedreiging, 1^{ste} gesprek binnen 2 werkdagen • Indien na risico-inschatting toch geen dreiging blijkt, dan wel plaatsing op de wachttijst. Tijdens de wachttijd is er overleg met een dienst die de jongere ondertussen kan begeleiden. (bv. CAW, CLB...)
Feedback aan aanmelder	• Regelmatig telefonisch overleg mits toestemming van de jongere • Overleg en ondersteuning van de dienst die de jongere tijdens de wachttijd begeleidt
Ondersteuning gezinsleden	• De context wordt betrokken in de begeleiding • Mogelijkheid tot gezinsgesprekken

Samenwerking met andere diensten

- Steeds overleg mogelijk mits toestemming jongere
- Samenwerkingsovereenkomsten o.a. met het CLB. Er zijn ook overeenkomsten met het CAW en het Vertrouwenscentrum voor kindermishandeling

Prijs

- Telefonische ondersteuning/coaching van 1^{ste} lijnsdiensten
- Screening 10€, gesprekken 10€. Voor specifieke doelgroepen is een tariefvermindering mogelijk. De gesprekken kosten dan €3.

9.3 Diensten - acuut suïciderisico



Naam	De Korbeel VZW Gezondheidszorg H. Familie
Adres	Groeningepoort 4 8500 Kortrijk
Telefoon	056 24 52 11
Fax	056 24 52 64
E-mail	info@pzhfamilie.be
Website	www.dekorbeel.be

Doelgroep	• 0-16 –jarigen
Hulpaanbod	• ambulant: diagnostiek en psychotherapie • kortdurende residentiële behandeling • langdurige residentiële behandeling • crisisinterventie: - 24 uren crisisopvang - time-out max 2 weken - (KAO) Korte acute opnames max. 3 weken - (ACO) Adolescenten in crisisopname 2 weken (in samenwerking met AZ Groeninge prior -15j) - JRB-K bedden: jongens – meisjes 12-18j, psychiatrische stoornis, onder jeugdrechtbank, POS of MOF. 2 weken opname via beschikking van de jeugdrechtbank.
Aanmelder	• Voor ACO moet de huisarts of AZ Groeninge aanmelding doen • KAO aanmelding crisis vanuit gezin en 1^{ste} lijnsdienst • Verschillende hulpverleningsinstanties • Ouders
Procedure aanmelding	• Contactname met dienst voor intake via Elien Vandevelde: 056/245211 • Binnen de week 1^{ste} gesprek (o.a. arts, sociaal assistent, psycholoog, evt. groepsbegeleiding) • Voor ACO opname via spoed AZ Groeninge
Wachttijst	• Voor ACO geen wachttijst, indien geen plaats kan er voorlopig een opname op pediatrie of Epsi (+15) met begeleiding en inschatting door psycholoog of arts van de Korbeel. (! Contra-indicaties: drugmisbruik, delinquentie, mentale retardatie)
Nazorg	• Doorverwijzing naar CGG, privé-praktijk, CBJ • Familietherapie
Feedback aan aanmelder	• Mogelijk op vraag, mits toestemming jongere
Ondersteuning gezinsleden	• Familietherapie • Wekelijks tot 2-wekelijks ouderbegeleiding

Samenwerking met andere diensten

- AZ Groeninge: spoed-Epsi-pediatrie
- Jeugdrechtbank (voor de forensische bedden)
- CGG
- volgens RIZIV-normen

Prijs

Naam	Kliniek Sint-Jozef Centrum voor Psychiatrie en Psychotherapie
Adres	Boterstraat 6 8740 Pittem
Telefoon	051 46.70.41
Fax	051 46.70.46
E-mail	info@sintjozefpittem.be
Website	www.sintjozefpittem.be

72

Doelgroep**Hulpaanbod**

- 15 -25 jaar
- Geen spoedopname mogelijk.
- Ambulante begeleiding
- Zorgeenheid Kortverblijf (6 weken)
- Behandelingsgroep (gemiddeld 6 weken tot 6 maanden, ondertussen opstart school of ambulante therapie)
- Crisisopname van max. 2 weken (binnen eenheid Kortverblijf)
- Zorgeenheid Jongvolwassenen
- Wenselijk: door hulpverlener (bv. huisarts, CGG, CLB ...)
- Ook: door ouders

Aanmelder**Procedure aanmelding**

- Wenselijk: reeds ambulante hulpverlening lopende
- Telefonische aanmelding bij arts.
- steeds een intakegesprek bij één van de artsen of bij de arts-assistent
- Dit intakegesprek kan binnen de week doorgaan na telefonische aanmelding
- Doel intakegesprek: risico-inschatting + beslissing tot opname of plaatsen op wachtlijst

Wachtlijst

- Meestal
- Snellere opname kan eventueel bij
- jongeren die reeds eerdere opname hadden in de Kliniek Sint-Jozef
- Bij ernstige risico-inschatting

Nazorg	• bij één van de psychiaters • eventueel in combinatie met ambulante begeleiding van het CGG (op doorverwijzing) of andere therapeut
Feedback aan aanmelder	• mits schriftelijke toestemming van de patiënt • bij voorkeur overleg van arts tot arts • De aanmelder mag telefonisch contact opnemen voor feed-back.
Ondersteuning gezinsleden	• Aanwezigheid op kennismakingsgesprek bij de psychiater • gezinsgesprekken bij de gezinstherapeute • adviesgesprek bij de psychiater • mogelijkheid tot contact met de verpleegkundigen • open communicatie met patiënt en ouders is van groot belang.
Samenwerking met andere diensten	• www.prit.be • EPSI diensten West-Vlaanderen • PAAZ'en West-Vlaanderen
Prijs	• RIZIV-normen

Naam	AZ Sint-Lucas: Kinder- en jeugdpsychiatrie
Adres	Sint-Lucaslaan 29
	8310 Brugge
Telefoon	050 36 99 00
Fax	/
E-mail	/
Website	http://www.stlucas.be/raadplegingen/kinderpsychiatrie_voorstelling.htm

Doelgroep	• 3-18 jaar
Hulpaanbod	• Ambulante begeleiding en behandeling in functie van opname. • Residentiële begeleiding en behandeling 6 weken • Crisisopname 8 à 10 dagen • Out-reachend team (mobiel K-team) • Telefonisch overleg ter ondersteuning van hulpverlening
Aanmelder	• Hulpverlener • Ouders
Procedure aanmelding	• Telefonisch contact opnemen • Binnen 2 werkdagen intake bij psychiater of psycholoog • Doel intake: risico-inschatting + beslissing opname of plaatsing op wachtlijst
Wachtlijst	• Er is een wachtlijst • Snellere opname bij: • jongeren die reeds gekend zijn na risico-inschatting: duidelijk crisis aanwezig
Nazorg	• Mobiel K-team (zie algemene fiche voor meer uitleg) • Ambulante begeleiding • Doorverwijzing CGG
Feedback aan aanmelder	• De verwijzer wordt uitgenodigd op het teamoverleg
Ondersteuning gezinsleden	• Er zijn regelmatig gesprekken met ouders en jongere samen op de dienst
Samenwerking met andere diensten	• Epsi St-Jan
Prijs	• RIZIV-normen

Naam	AZ Groeninge
	Epsi (Eenheid psychiatrische spoedinterventie)
Adres	Burgemeester Vercruysselaan 5 8500 Kortrijk
Telefoon	056 63 19 30
Fax	056 63 19 39
E-mail	epsi.vl@azgroeninge.be
Website	http://www.azgroeninge.be/eCache/554/Eenheid_voor_psychiatrische_spoedinterventie_(Epsi).html

Doelgroep	• Vanaf 15 jaar
Hulpaanbod	• 24u/24u opnamemogelijkheid tijdens crisis, max. 72u • Ambulante begeleiding • Gesprekken zowel met jongere als context • Doorverwijzing • Er is ook mogelijkheid tot adviesverstrekking door Epsi
Aanmelder	• Huisarts • Ook vanuit hulpverlening
Procedure aanmelding	• Huisarts, hulpverlener neemt telefonisch contact met EPSI, is 24u/24u bereikbaar • Of via spoedgevallendienst in de Loofstraat 43. • 056 63 61 62
Wachtlijst	• Er is geen wachtlijst.
Nazorg	• Er is mogelijkheid tot consult bij arts van de Epsi
Feedback aan aanmelder	• Altijd terugkoppeling naar huisarts • Er is steeds telefonisch overleg mogelijk
Ondersteuning gezinsleden	• Er kan steeds een gesprek doorgaan met de jongere en de ouders.
Samenwerking met andere diensten	• De Korbeel • Crisismeldpunt: crisishulp aan huis voor minderjarigen
Prijs	• Riziv normen

Naam	AZ St-Jan Epsi (Eenheid psychiatrische spoedgevalleninterventie)
Adres	Ruddershove 10 8000 Brugge
Telefoon	050 45 20 00
Fax	/
E-mail	epsi@azsintjan.be
Website	www.azbrugge.be (bij professionelen afdelingen aanklikken en kiezen voor epsi)

Doelgroep	• Vanaf 16 jaar
Hulpaanbod	• Opvang tijdens crisis max 72 u • Gesprekken zowel met jongere als context • Doorverwijzing • Telefonisch overleg met betrokken diensten
Aanmelder	• Ouders, huisarts, hulpverlener...
Procedure aanmelding	• De aanmelding gebeurt steeds via de algemene spoedafdeling • Inschatting op de algemene spoedafdeling of het over een psychiatrische crisis gaat. • Doorverwijzing naar Epsi, binnen het uur een eerste gesprek ter inschatting.
Wachtlijst	• Er is geen wachtlijst.
Nazorg	• Er is mogelijkheid tot ambulante gesprekken bij een psycholoog van de Epsi
Feedback aan aanmelder	• De afdeling neemt snel contact met de reeds betrokken hulpverleningsinstanties • Steeds in overleg met patiënt
Ondersteuning gezinsleden	• Er kan steeds een gesprek doorgaan met de psycholoog, case-manager suïcide, de assistent psychiater, de jongere en de ouders.
Samenwerking met andere diensten	• Jeugdpsychiatrie in Sint-Lucas • Kliniek Sint-Jozef in Pittem
Prijs	• Riziv normen

Naam	AZ Sint-Augustinus
Adres	Ieperse steenweg 100 8630 Veurne
Telefoon	058 33 31 11
Fax	058 33 30 11
E-mail	info@azsav.be
Website	http://www.azsav.be

Doelgroep	• Geen leeftijdsgrens
Hulpaanbod	• De jongere komt op spoed terecht • Risico-inschatting door spoedarts • Opname enkele dagen ten gevolge van een crisis <u>kan</u> gebeuren mits beslissing op de spoedafdeling: - pediater (-16j) opname pediatrie daarna gesprek door psycholoog en psychiater - psychiater (+16j) opname PAAZ of pediatrie daarna gesprek psycholoog - Doel: rust bieden indien medische noodzaak - beveiliging. • Gedwongen opname via de jeugdrechter • Doorverwijzing zonder opname • Ouders, huisarts, hulpverlener...
Aanmelder	
Procedure aanmelding	• Aanmelding kan rechtstreeks via de spoedafdeling (evt. na overleg huisarts) • Voorkeur, indien mogelijk, aanmelding door hulpverlener of huisarts via telefonisch contact Dr. Kindts 058/333111
Wachttijst	• Er is geen wachttijst.
Nazorg	• Individueel af te spreken
Feedback aan aanmelder	• Betrokken hulpverlening kan contact opnemen met psychologische dienst voor overleg • Steeds in overleg met patiënt en ouders
Ondersteuning gezinsleden	• Er zijn gesprekken met de ouders door de psycholoog, psychiater en de sociale dienst • Motiveren tot hulpverlening

Samenwerking met andere diensten

- Doorverwijzing CGG
- Doorverwijzing kinder- en jeugdpsychiatrie:
Az St Lucas, de Korbeel, Sint-Jozefskliniek Pittem
- De huisarts wordt met akkoord van de patiënt of zijn ouders op de hoogte gebracht van de aanmelding, met vraag tot opvolging door de huisarts

Prijs

- RIZIV-normen

Naam	Jan Yperman Ziekenhuis	
Adres	Briekestraat 12 8900 Ieper	
Telefoon	057 35 35 35	spoedopname: 057 35 60 00
Fax	057 35 36 37	
E-mail	info@yperman.net	
Website	www.yperman.net	

Doelgroep

Hulpaanbod

- Geen leeftijdsgrens
- Jongere komt op spoed terecht
- Risico-inschatting door spoedarts
- Afname IPEO 1 door VK spoedafdeling
- Afname IPEO 2 door psycholoog (binnen 24 u)
- Opname enkele dagen ten gevolge van een crisis kan gebeuren mits beslissing op spoedafdeling:
 - pediater (-16j) op pediatrie
 - internist/pediater (+16j)
 Doel is: rust bieden mits medische noodzaak - beveiliging.

Aanmelder

Procedure aanmelding

- Tijdens een opname gaan er gesprekken door met psycholoog, sociale dienst, pediater (-16j) en consult psychiater
- Doorverwijzing zonder opname
- Ouders, huisarts, hulpverlener...
- De aanmelding gebeurt steeds via de spoedafdeling
- Brief van de verwijzer is zinvol indien opname vereist (bv. via CLB-arts, huisarts...)

Wachttijst

Nazorg

Feedback aan aanmelder

- Er is geen wachttijst.
- Geen nazorg
- Telefonisch overleg met betrokken diensten door dienst patiëntenbegeleiding, doorverwijzer mag ook zelf contact opnemen met de dienst patiëntenbegeleiding

Ondersteuning gezinsleden

Samenwerking met andere diensten

Prijs

- Dit alles steeds in overleg met patiënt
- Brief naar de huisarts
- Er kunnen gesprekken met ouders plaats vinden
- Motiveren tot hulpverlening
- Samenwerking met de psychiaters van Psychiatrisch Centrum H.Hart en met Dr. Lecot
- RIZIV-normen

POLITIE ARRO IEPER

Naam	Politie Arrondissement Ieper
Adres	Ter Waarde 54 8900 Ieper
Telefoon	057 23 05 00
Fax	/
E-mail	info@arroieper.be
Website	www.lokale-politie-arro-ieper.com

Doelgroep

Hulpaanbod

- Elke burger
- Bij verdwijning met suïcidedreiging
- Slechte nieuwsmelding
- Eerste opvang
- Bij elke zelfmoordpoging van een jongere (waarbij politie betrokken werd) wordt een proces-verbaal opgemaakt
- Er kan uitzonderlijk beslist worden tot collocatie, dit indien politie de situatie als zeer ernstig gevaar inschat. Deze procedure kan door huisarts of ouders opgestart worden. (nood aan medisch attest)

Aanmelder

Procedure aanmelding

- Elke burger kan een melding doen bij de politie
- Opbellen naar het noodnummer 101 of naar het algemeen nummer: 057 23 05 00

Wachttijst

Nazorg

Feedback aan aanmelder

Ondersteuning gezinsleden

- Niet van toepassing
- Niet van toepassing
- Niet van toepassing
- De ondersteuning van gezinsleden kan gebeuren door het zorgteam op het moment van de crisis

Samenwerking met andere diensten

- Indien doorverwijzing noodzakelijk is zal dit vnl. naar diensten zoals CAW, CGG, CBJ... zijn

Prijs

- Gratis

POLITIE PZ POLDER

Naam	Politie PZ Polder
Adres	Rijkswachtstraat 8
	8600 Diksmuide
Telefoon	051 50 00 04
Fax	051 50 51 75
E-mail	/
Website	www.politiezonepolder.be

Doelgroep

Hulpaanbod

Aanmelder

Procedure aanmelding

WachtlIJst

Nazorg

Feedback aan aanmelder

Ondersteuning gezinsleden

Samenwerking met andere diensten

Prijs

- Elke burger
- Bij verdwijning met suïcidedreiging
- Slechte nieuws melding
- Eerste opvang
- Bij elke zelfmoordpoging van een jongere (waarbij politie betrokken werd) wordt een proces verbaal opgemaakt
- Er kan uitzonderlijk beslist worden tot collocatie.
- Elke burger kan melding doen bij de politie
- Opbellen naar het noodnummer 101 of naar het algemeen nummer: 051 50 00 04
- In eerste instantie gaat een patrouille ter plaatse (+ eventueel 100)
- Indien de situatie ernstig is, wordt via de OGP (officier gerechtelijke politie) het zorgteam lid van wacht ingeschakeld
- Zorgteam lid probeert de situatie onder controle te krijgen (opvang crisismoment)
- Niet van toepassing
- Doorverwijzing naar CAW, CGG...
- Hercontactname interventieploeg/zorgteam lid
- Niet van toepassing
- De ondersteuning van gezinsleden kan gebeuren door het zorgteam in het moment van de crisis
- Indien doorverwijzing noodzakelijk is zal dit vnl. naar diensten zoals CAW, CGG, CBJ... zijn
- Gratis

POLITIE PZ SPOORKIN

Naam	Politie PZ Spoorkin
Adres	Zuidburgweg 109 8630 VEURNE
Telefoon	058 33 22 11
Fax	058 33 22 00
E-mail	politie.onthaal@veurne.be
Website	http://www.lokalepolitie.be/5459/home.html

Doelgroep

Hulpaanbod

- Elke burger
- Bij verdwijning met suïcidedreiging
- Slechte nieuwsmelding
- Eerste opvang
- Bij elke zelfmoordpoging van een jongere (waarbij politie betrokken werd) wordt een proces verbaal opgemaakt
- Er kan uitzonderlijk beslist worden tot collocatie. Dit indien politie de situatie als zeer ernstig gevaar inschat. Deze procedure kan door huisarts of ouders opgestart worden. (nood aan medisch attest)

Aanmelder

Procedure aanmelding

- Elke burger kan melding doen bij de politie
- Opbellen naar het noodnummer 101 of naar het algemeen nummer: 058 33 22 11

Wachtlijst

Nazorg

Feedback aan aanmelder

Ondersteuning gezinsleden

- Niet van toepassing
- Niet van toepassing
- Niet van toepassing
- De ondersteuning van gezinsleden kan gebeuren door het zorgteam in het moment van de crisis

Samenwerking met andere diensten

- Indien doorverwijzing noodzakelijk is zal dit vnl. naar diensten zoals CAW, CGG, CBJ... zijn

Prijs

- Gratis

POLITIE PZ WESTKUST

Naam	Politie PZ Westkust
Adres	Zeelaan 48 8670 Koksijde
Telefoon	058 53 30 00
Fax	058 53 31 07
E-mail	/
Website	www.politiewestkust.be

Doelgroep

Hulpaanbod

- Elke burger
- Bij verdwijning met suïcidedreiging
- Slechte nieuwsmelding
- Eerste opvang
- Bij elke zelfmoordpoging van een jongere (waarbij politie betrokken werd) wordt een proces verbaal opgemaakt
- Er kan uitzonderlijk beslist worden tot collocatie. Dit indien politie de situatie als zeer ernstig gevaar inschat. Deze procedure kan door huisarts of ouders opgestart worden. (nood aan medisch attest)

Aanmelder

Procedure aanmelding

- Elke burger kan melding doen bij de politie
- Opbellen naar het noodnummer 101 of naar het algemeen nummer: 058 53 30 00

Wachtlijst

Nazorg

Feedback aan aanmelder

Ondersteuning gezinsleden

- Niet van toepassing
- Niet van toepassing
- Niet van toepassing
- De ondersteuning van gezinsleden kan gebeuren door het zorgteam in het moment van de crisis
- Indien doorverwijzing noodzakelijk is zal dit vnl. naar diensten zoals CAW, CGG, CBJ... zijn

Samenwerking met andere diensten

Prijs

- Gratis

9.4 Crisismeldpunt -18



Integrale Jeugdhulp

Regio West-Vlaanderen

Naam	Crisismeldpunt minderjarigen
Adres	Katelijnevest 15 8000 Brugge
Telefoon	050 33 77 40
Fax	/
E-mail	crisismeldpuntminderjarigen@cawregiobrugge.be
Website	http://wvg.vlaanderen.be/jeugdhulp/14_west-vlaanderen/netwerken_cj.htm

Doelgroep

Hulpaanbod

- Hulpverleners van minderjarigen
- Telefonisch onthaal
- Risico-inschatting samen met aanmelder-hulpverlener
- Probleemverkenning
- Geeft advies aan aanmelder
- Verwijzingen
- Beslist of crisishulp -18 wordt opgestart
- Crisishulp:
 - crisisopvang
 - crisisbegeleiding
 - crisisinterventie
- !! De crisis is ontstaan door een contextueel probleem. Het contextueel probleem is de oorzaak van de suïcidale ideatie, en is bij gevolg ook de oorzaak van de crisis. Het Crisismeldpunt kan geen veiligheid bieden. Men kan dus geen opvang doen van een jongere waar er sprake is van een suïcidale ideatie die niet onmiddellijk gestabiliseerd wordt door ondersteuning van de context.

Aanmelder

- Alle hulp- of dienstverleners die in contact komen met jongeren in crisis
- Leerkracht, schooldirectie (in weekends, CLB moet zo snel mogelijk ingelicht worden)

Procedure aanmelding

Wachttijst

Nazorg

Feedback aan aanmelder

Ondersteuning gezinsleden

Samenwerking met andere diensten

Prijs

- Telefonisch
- Neen
- Neen
- Ja
- Indien opstart crisisinterventie of crisisbegeleiding worden gezinsleden ook betrokken in het hulpverleningsproces
- CGG, CBJ, CLB, CAW ...
- Gratis

9.5 Coachende diensten: VDIP en PZT

Deze diensten zijn niet vermeld in het hulpverleningstraject. Het gaat om diensten die eveneens instaan voor diagnostiek of begeleiding psychiatrische problemen.

- VDIP staat voor Vroege Detectie en Interventie van Psychose. Iemand die dreigt met suïcide maar ook kenmerken vertoont van een psychose kan terecht bij VDIP.
- Psychiatrische thuiszorg Ieper kan bv. hulpverleners coachen in het motiveren van ouders om hun zoon/dochter te laten opnemen bij een suïcideproblematiek.



Naam	Psychiatrische zorg thuis
Adres	Poperingseweg 14 8900 Ieper
Telefoon	0495 32 15 83 0498 10 31 60
Fax	/
E-mail	info@pztieper.be
Website	www.pztieper.be/aanbodhulpverleners.htm

Doelgroep

Hulpaanbod

- Jongeren, ouders en hulpverleners
- Advies/consult: concrete tips, gepaste doorverwijzing, info over ziektebeelden en medicatie...
- Coaching: ondersteuning naar hulpverlening toe, ondersteuning van ouders, verschillende malen ronde tafel overleg
- Coördinatie: telefonisch of ronde tafel overleg om een goede zorgafstemming te bekomen, helpen verkennen, mogelijkheid tot huisbezoek
- Begeleiding aan huis: bv. ouders mee in het proces krijgen, om tot opname van de jongere te komen
- In principe begeleidt deze dienst geen jongeren, maar in geval van suïcidale ideatie bij de jongere kan de noodzaak om met het gezin te werken zich opdringen. Om dan tot een opname van de jongere te komen.

Aanmelder

Procedure aanmelding

WachtlIJst

Nazorg

Feedback aan aanmelder

Ondersteuning gezinsleden

Samenwerking met andere diensten

Prijs

- Hulpverlener
- Telefonisch, mail of persoonlijk contact
- Binnen een termijn van een tweetal weken kan men ingaan op de vraag
- Neen
- Mits toestemming jongere en ouders
- Ja tot aan de opname
- CGG, CLB, mutualiteiten, PZ H. Hartziekenhuis Ieper, jeugdpsychiatrische ziekenhuizen zoals bv. de Korbeel, Sint-Jozefskliniek (Jeugdkliniek) Pittem...
- Gratis



Naam	VDIP (Vroege Detectie en Interventie van Psychose)
Adres	Diksmuidestraat 68 8900 Ieper
Telefoon	0478 77 45 97
Fax	/
E-mail	roeselare-ieper@vdip.be
Website	www.vdip.be

Doelgroep	• Jongeren met 'psychotisch-achtige' kenmerken tussen 14-35 jaar, hun context en hulpverleners • De regio Veurne valt buiten deze doelgroep maar VDIP kan wel verwijzen naar een gepaste instantie uit die regio
Hulpaanbod	• Opsporen van mensen met een 'high risk' op psychose • Voorkomen van een 2^e psychose • Begeleiding van mensen met een beginnende psychose voor en tijdens een opname. Deze mensen ondergingen max. 1 opname voor een psychotische problematiek • Behandeling, ook medicamenteus
Aanmelder	• Hulpverlener • Iedereen
Procedure aanmelding	• Telefonisch, mail of persoonlijk contact • Invullen checklist op website • Binnen 48 u eerste contact • Indien erg acuut binnen 1 dag eerste contact
WachtlIJst	• Geen wachtlIJst
Nazorg	• Na 3 jaar begeleiding door VDIP kijkt men voor een gepaste doorverwijzing
Feedback aan aanmelder	• Mits toestemming jongere
Ondersteuning gezinsleden	• Psycho-educatie • Ondersteuning
Samenwerking met andere diensten	• CGG, CLB, CAW, huisartsen...
Prijs	• Gratis



10 Ondersteuning naar naastbestaanden

Naastbestaanden zijn mensen die leven in de omgeving van de jongere met een suïcidale ideatie. Dit kunnen zowel ouders, zussen, broers, leerkrachten maar ook vrienden zijn van deze jongere.

Zoals vermeld op de gezondheidsconferentie voor suïcidepreventie op 17 december 2011, worden naastbestaanden vaak vergeten in het ganse plaatje. Met naastbestaanden bedoelen we de mensen die zich in de context bevinden van de jongere met een suïcidale ideatie. Dit kan zowel gaan om gezinsleden, maar ook vrienden. Hoe kunnen diensten deze mensen ondersteunen om deze jongere vooruit te helpen? Hoe reageert men best als zijn/haar dochter, broer, zus of vriend zegt niet meer te willen leven?

Belangrijk is om de jongere te motiveren naar hulpverlening toe. De naastbestaanden kunnen terecht bij de dienst waar de jongere begeleid wordt. Maar een gespecialiseerde dienst bestaat hier niet voor.

Vanuit de gezondheidsconferentie kwam dit sterk naar voor. Vanuit deze conferentie gaf men aan de komende jaren te werken aan het beter ondersteunen van naastbestaanden.

11 Last but not least: Waar kan de hulpverlener terecht?

11.1 Binnen de eigen dienst

Binnen de meeste diensten voorziet men ondersteuning van de hulpverlener door o.a. teamoverleg. Het is belangrijk, en dit zeker in geval van een dreigende zelfdoding, gepoogde of gepleegde zelfdoding, dat de hulpverlener kan terugvallen op zijn team. Op die manier sta je er niet alleen voor als je belangrijke beslissingen moet nemen.

Binnen elke dienst is er ook een vertrouwenspersoon bij wie je terecht kan. Het is belangrijk dat deze functie duidelijk bekendgemaakt wordt bij de collega's.

11.2 Extern

Indien de hulpverlener zelf nabestaande is, kan hij ook terecht bij de Werkgroep Verder. In principe kan een hulpverlener als nabestaande ook terecht bij het CGG en bij CAW Slachtofferhulp.

12 Nabestaanden: Werkgroep Verder



Missie

Werkgroep Verder is het Vlaams kenniscentrum en samenwerkingsplatform inzake postventie*. Men wil een dynamische, innovatieve partner en aanspreekpunt zijn waar men als individu, organisatie en bedrijf terecht kan na een zelfdoding. Men verspreidt informatie, sensibiliseert, doet aan deskundigheidsbevordering, organiseert lotgenotencontact en ijvert voor een respectvolle verantwoorde berichtgeving over zelfdoding in de media.

** Postventie is de verzamelnaam voor de activiteiten, de zorg en de hulpverlening die met of voor nabestaanden gebeuren met het doel hen te steunen, of te begeleiden in de zoektocht naar een nieuw evenwicht en zin in hun leven (voorbeeld: organiseren van een 'dag van de nabestaanden', wandelingen, sporten, kunst, toneel, om taboe rond zelfmoord te doorbreken: affiches, postkaarten, rouwbandjes, etc.)*

Doel

Werkgroep Verder heeft als doel te sensibiliseren, de opvang van nabestaanden te verbeteren en het thema "zelfdoding" bespreekbaar te maken in onze samenleving. Daarom organiseert men op vraag lezingen en workshops i.v.m.:

- rouw na zelfdoding
- hulpverlener als nabestaande
- rouwen op de werkvloer/werknemer als nabestaande
- media-richtlijnen: "Als journalist kan je levens redden."
- voor hulpverlenende instanties, bedrijven, vrijwilligersorganisaties, ziekenfondsen, gemeenten,...

Partners

- Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG)
- Centrum ter Preventie van Zelfdoding vzw
- Centra Algemeen Welzijnswerk (CAW)
- Huis van de Mens
- Tele-Onthaal Vlaanderen vzw
- Ervaringsdeskundigen en nabestaanden

(naar gegevens op website: www.werkgroepverder.be)

13 Literatuur over zelfmoord

13.1 Literatuur per doelgroep

(overgenomen vanuit website Werkgroep Verder www.werkgroepverder.be)

Kleuters

“De visjes van Océane”



Een uniek werkboek voor kleuters die achterblijven na zelfdoding.

De opa van Océane heeft een mooi aquarium met kleurrijke vissen. Alleen Schubbe ziet er soms ongelukkig uit. Op een dag springt hij zelfs uit het aquarium. Océane is verdrietig en praat met opa. Hoe moet het nu verder met Drupje en de andere visjes?

Kinderen hebben recht op de waarheid, maar is die niet te hard als het om zelfdoding gaat?

Hoe praat je met jonge kinderen over dit onderwerp in het algemeen of wanneer ze er rechtstreeks mee worden geconfronteerd? Dit prentenboek helpt om zelfdoding bespreekbaar te maken.

100 procent Lena

90



Jeugdboek van Stefan Boonen

Uitgeverij Clavis (winkelprijs €13,95)

in samenwerking met Werkgroep Verder

Honderd procent Lena is een levendig verhaal over onmogelijk verdriet maar ook over hoop en vriendschap.

Op een dinsdag in april pleegt Lena, de zus van Bas, zelfmoord. Haar dood haalt de wereld van Bas helemaal overhoop. Er is verdriet en woede en pijn. Hij ziet de wanhoop bij zijn ouders en er zijn al die vragen waarop er geen antwoord is. Bovenal mist hij zijn zus vreselijk. Het is voor Bas of hij vanaf nul moet beginnen. Of hij zichzelf stukje bij stukje terug moet opbouwen. Soms is hij zo droevig dat hij de hele dag binnen wil blijven, dan weer haalt hij met zijn ouders warme herinneringen op of zijn er momenten waarop hij de wereld te lijf wil gaan.

Bas zijn leven gaat verder: zwemmen, gitaar spelen, muziek luisteren en zijn laatste maanden op de basisschool. Soms worstelt hij het liefst alleen met zijn verdriet en maakt hij lange wandelingen met de hond Mozart. Op andere dagen zoekt hij het gezelschap van zijn onverbeterlijke vriend Tristan of de oude meneer Sim.

Weg van mij



Een uniek lees, doe en herinneringsboek dat kinderen helpt omgaan met de zelfdoding van een geliefde Geschreven door:

Riet Fiddelaers-Jaspers en Monique van 't Erve

Bewerkt door:

Werkgroep Verder

Uitgeverij Averbode

Er is iemand doodgegaan die je goed kent. Misschien gaat het om je vader of

moeder, je broer, zus of iemand anders uit jouw familie. Als deze persoon zelf een einde heeft gemaakt aan zijn of haar leven, dan kan dat voor jou extra moeilijk zijn.

Als je je slecht voelt, lucht het op om er met iemand over te praten. Maar het is soms moeilijk om er woorden voor te vinden. Met dit werkboek willen we jou helpen er op je eigen manier mee bezig te zijn. Sommige opdrachten zal je fijn vinden om te doen, dus jij mag zelf weten wat je er mee doet. Later, als je ouder bent, vind je het misschien fijn om na te lezen wat je nu opschrijft. Je mag ook zelf kiezen of je het boek aan iemand wilt laten zien. We weten van kinderen dat een boek als dit het soms gemakkelijker maakt om er met iemand over te praten. Het kan je helpen om met je verdriet aan de slag te gaan. Dit is een uniek werk-, doe-, lees- en herinneringsboek waar kinderen (5-12 jaar) zelf, of onder begeleiding van een ouder, leerkracht, therapeut,... mee aan de slag kunnen.

Over Leven. Vera Verbist, Freya Seys en Mariska de Swart



Overleven, verder leven na een zelfdoding van een geliefde. Freya, Vera en Mariska, drie vrouwen die zelf hebben ervaren wat het betekent een geliefde te verliezen door zelfdoding, schreven in hun verwerking gedichten waarin ze hun gevoelens, gedachten en emoties duidelijk verwoordden. Deze bundel met hun gedichten geeft omstanders en hulpverleners inzicht in waar nabestaanden doorheen gaan. Voor nabestaanden hopen ze dat dit een (h)erkenning zal zijn. Het leven gaat door na een zelfdoding, maar anders dan ervoor. Voor sommigen is het in het begin “overleven”, om na een tijd voorzichtig het leven weer op te pakken.

Vera Verbist, Freya Seys en Mariska de Swart: “Wij hebben ervaren wat het betekent een geliefde te verliezen door zelfdoding, en we hebben ervaren hoe belangrijk goede opvang, steun van naasten en contact met andere nabestaanden zijn. Voor

ons was het schrijven van gedichten een goede manier om dit ingrijpende verlies te verwerken. Het uitbrengen van onze gedichten is onze manier om zelfdoding meer bespreekbaar te maken. Wij hopen daarmee meer inzicht te geven aan omstanders en hulpverleners, en (h)erkenning te geven aan nabestaanden.”

91

Handboek suïcidaal gedrag

Dit handboek is geschreven door 27 voornamelijk Vlaamse en Nederlandse psychiaters, psychologen, sociologen en andere deskundigen. Het boek beoogt een overzicht te bieden van het belangrijkste wetenschappelijk onderzoek naar de oorzaken en mogelijkheden van behandeling of preventie van suïcidaal gedrag. Het wil deze informatie toegankelijk maken voor direct betrokken hulpverleners, maar ook voor studenten, beleidsmakers en nabestaanden. (Reenders, 2007)

13.2 Literatuur voor verschillende doelgroepen

(overgenomen vanuit website www.stichtingpandora.nl)

Erve, M. van 't

Om alles wat er niet meer is : jongeren over achterblijven na zelfdoding / Erve, M. van 't, Fiddelaers-Jaspers, R. - (S.L.) : Ten Have, 2008 : 196 p. ISBN 9789078434108

Fiddelaers-Jaspers, R.

Waarom doet iemand dat? : kinderen en jongeren ondersteunen na zelfdoding in hun omgeving / Fiddelaers-Jaspers, R., Groot, M. de, Keijser, J. de. - Kampen : Ten Have, 2006 : 134 p., ISBN 90-78434-015

Fiddelaers-Jaspers, R.

Weg van mij : werkboek voor kinderen die achterblijven na zelfdoding / Fiddelaers-Jaspers, R., Erve, M. van 't. - Kampen : Ten Have, 2006 : 87 p., ISBN 90-259-5675-0

Geleyn, F.

Ik val / Geleyn, F. - Wielsbeke : De Eenhoorn, 2004 : 89 p., ISBN 90-5838-241-9

De ouders van de zestienjarige Arne zijn vorig jaar op reis verongelukt. Hij voelt zich schuldig en kan hun dood niet van zich afzetten, hoe lief en begripvol zijn pleeggezin ook is. Na een mislukte zelfmoordpoging reist het gezin naar Ierland. Arne wil terug naar de plaats waar hij zijn ouders verloor om er definitief afscheid te nemen.

Goudsmit, B.

Voorbij : wat bracht haar vriendje tot zijn wanhoopsdaad? / Goudsmit, B. - Houten : Van Holkema & Warendorf, 2009 : 159 p., ISBN 9789047508274

Linde is blij dat het schooljaar er eindelijk op zit en ze verheugt zich op de vakantie. Dan hoort ze een verbijsterend bericht: haar ex-vriendje Ruben heeft zijn lerares

Nederlands doodgeschoten en daarna zichzelf van het leven beroofd. Uit Rubens blog wordt langzaamaan duidelijk hoe hij tot deze dramatische beslissing is gekomen.

Hulzebos, B.

Loden last : het taboe rond zelfmoord / Hulzebos, B., Bakker, B. - 2e dr. - Amsterdam : Contact, 2004 : 156 p., ISBN 90-254-1872-4

De auteurs interviewden familie en vrienden van zelfmoordenaars en reconstrueerden de omstandigheden waaronder mensen machteloos toezien hoe het leven van een dierbare een treurige wending neemt. De verhalen zijn uiteenlopend maar bevatten één duidelijke overeenkomst: alle achterblijvers voelden zich buitengesloten op het moment dat hun familielid of vriend in aanraking kwam met professionele hulpverlening. Hoe komt dat?

Rooijen, M. van

Suïciderapport: beroepsgeheim of inzagerecht? / Rooijen, M. van

In : Psy. - Jrg 12, nr. 9 (okt. 2008) ; p. 25-27

Mogen nabestaanden het suïciderapport dat instellingen naar de inspectie sturen inzien? Minister Klink vindt van niet. Eerder gaf de rechter een nabestaande wel recht op inzage. De meningen zijn verdeeld.

Verbist, V.

Over Leven : overleven na verlies van een dierbare door zelfdoding / Verbist, V., Seys, F., Swart, M. de / Werkgroep Verder. - Soest : Boekscout.nl, 2008 : 69 p. , ISBN 9789088345128

Jaarverslag van de eenheid zelfmoordonderzoek: (<http://www.dplace.be/ezo/jaarverslagen/Jaarverslag%20Gent%202009%20Nederlands.pdf>)

Signalen van suïcidaal gedrag

VERBAAL

Indirect

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

Direct

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

GEDRAGSMATIG

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

Specifieke signalen van suïcidaal gedrag bij jongeren

ALGEMEEN	GEDRAGSMATIG
• Uiten hun emoties meer in het gedrag dan in woorden • Vaak gemaskeerde signalen “smiling depression” • Mondelinge en/of schriftelijke aanwijzingen (gedicht, opstel, tekening) waaruit blijkt dat men leven somber inziet en veel bezig is met de dood/zelfdoding • Informatie van derden (ouders, medeleerlingen, leerkrachten, ...) over mogelijke gedachten aan zelfdoding	• Spijbelen • Weglopen • Slechtere schoolprestaties/huiswerk • Agressief en vervelend gedrag tegenover ouders, medeleerlingen, leerkrachten, ... • Alcohol- en/of druggebruik • Slechte concentratie

Vooraf zelfmoordgedachten, -plannen, -voorbereidingen en eerdere poging(en) zijn uitermate belangrijke signalen!

Elke plotse gedragsverandering kan betekenisvol zijn, zeker tegen de achtergrond van risicofactoren, somberheid, hopeloosheid en depressie!

Risicofactoren voor suïcidaal gedrag

ACHTERLIGGENDE RISICOFACTOREN			UITLOKKENDE RISICOFACTOREN	DREMPEL- VERLAGENDE (=ONTREMMENDE) RISICOFACTOREN
BIOLOGISCH PSYCHIATRISCH	PSYCHOLOGISCH	SOCIAAL		
☐ Psychiatrische stoornis • Stemmingsstoornis (bv depressie) • Posttraumatische stressstoornis • Autisme spectrumstoornis • Schizofrenie • Persoonlijkheidsstoornis (bv borderline) • Eetstoornis • Middelenmisbruik • ... ☐ Biologische factoren • Kwetsbaarheid in familie • Somatische aandoening (bv ongeneeslijke ziekte) ☐ Neurobiologische factoren	☐ Denkprocessen • Zwart-wit denken • Overgeneralisering • Selectief geheugen ☐ Hopeloosheid ☐ Tunnelzicht/Vernauwing ☐ Weinig zelfvertrouwen ☐ Impulsiviteit ☐ Gesloten karakter	☐ Traumata • Misbruik • Verwaarlozing • Mishandeling • ... ☐ Sociale context • Gezin • School/werk • Vrienden ☐ Kansarmoede ☐ Holebi ☐ Socio-demografische kenmerken ☐ Sociaal isolement ☐ Hoogbegaafdheid	☐ Recente levensgebeurtenissen • Verlies van liefde • Verlies van werk • Verlies van status • Verlies van familielid • Verlies van vrijheid • Verlies van gezondheid • Verlies van mobiliteit • ...	☐ Alcohol- en druggebruik ☐ Impulsiviteit ☐ Vroeger suïcidaal gedrag ☐ Suïcidaal gedrag in de omgeving ☐ Beschikbaarheid van middel ☐ Informatie over dodelijkheid van middel ☐ Media-berichterij

Bijlage 3

Dienst naar wie doorverwezen wordt:

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

Verwijsbrief voor (naam jongere)
.....(geboortedatum).

Korte omschrijving van de problematiek. Reden van doorverwijzing.

96

De (hulp)vraag aan doorverwezen instantie:

Voor bijkomende vragen, kunt u mij steeds bereiken op het nummer:

Met vriendelijke groeten,

Dienst:.....

De hulpverlener/doorverwijzer:.....:

Functie :

Bijlage 4

VERWIJLSBRIEF BIJ COLLOCATIE

Op vordering van de Procureur des Konings werd
.....gescreend op ... / ... / 2010

door dokter op deze locatie:
.....

Geboortedatum, geboorteplaats en adres van de jongere:

.....
.....

Op dit moment is deze hulpverlening het meest aangewezen:

- Acute opname in een K-dienst

Indien er geen plaats is in de Korbeel mag de jongere ook op de afdeling pediatrie opgenomen worden:
JA / NEEN

- Ambulante crisishulp in een Centrum Geestelijke Gezondheidszorg
- Residentiële hulp buiten de geestelijke gezondheidszorg
- Ambulante hulp buiten de geestelijke gezondheidszorg
- Een combinatie van hulpverleningsvormen, met name:
.....
- Gedwongen opname in een K-dienst:

Ondergetekende stelt na onderzoek vast dat:

- De jongere geestesziek is. Beschrijving van de gezondheidstoestand en symptomen:
.....
.....
- De jongere zijn gezondheid en veiligheid ernstig in gevaar brengt. Dit gevaar schuilt in:
.....
.....
- De gezondheidstoestand van de jongere van die aard is dat geen andere geschikte behandeling behalve collocatie mogelijk is.

- ☐ Het om een spoedeisend geval gaat om volgende redenen (enkel in te vullen ingeval aanvraag voor collocatie via het parket)
.....
.....
- ☐ Ondergetekende verklaart geen bloed- of aanverwant van de jongere of de verzoeker te zijn of is op geen enkele wijze verbonden aan de psychiatrisch dienst waar de minderjarige zich bevindt.

Eventuele opmerkingen (vervoer, medicatie,):

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

Handtekening van de arts:

Deze verwijsbrief wordt ingevuld door de arts die de jongere screent en in een open omslag afgegeven aan de begeleider van de jongere. Deze verwijsbrief kan enkel gebruikt worden voor de aanmelding bij een hulpverleningsdienst in het kader van het zorgtraject crisis en collocatie.

Boeken - brochures - documenten

Leidraad draaiboek suïcidepreventie in secundaire scholen. West-Vlaanderen, Suïcidepreventiewerking van de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg, 2010.

De rechtstreeks toegankelijke jeugdhulp van Brugge-Oostende in beeld. De voorzieningen rechtstreeks toegankelijke jeugdhulp van het netwerk Brugge-Oostende stellen zich aan elkaar voor. West-Vlaanderen, Integrale Jeugdhulp, 2009.

DEBOUTTE D., e.a., *Spoedeisende psychiatrische hulp voor kinderen en adolescenten. KCE rapporten 135A.* Federaal kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, 2010.

Organiseren van continuïteit in de hulp. Werkmap IJH Hoofdstuk 3: De continuïteit van de Jeugdhulp. Integrale Jeugdhulp, p. 72-73, z.j. .

REENDERS, K., *Huisarts en Wetenschap*, nr. 7, 2007, p. 336-337.

RETTSTOL, N., *Suicide: A European perspective.* Cambridge, Cambridge University Press, 1993.

Suïcidepreventie bij jongeren. Vormingspakket voor leerlingbegeleiders. Gent, Suïcidepreventiewerking van de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg, z.j.

VAN HEERINGEN C., *Handboek suïcidaal gedrag.* Utrecht, Uitgeverij De Tijdstroom, 2007.

Verwijsafspraken Stent. Integrale Jeugdhulp West-Vlaanderen.

Internet

CGG LARGO. *Internet*, 01/05/2011.
(<http://www.cgglargo.be>)

CRISMELOPUNT -18. *Internet*, 12/12/2011.
(http://wvg.vlaanderen.be/jeugdhulp/14_west-vlaanderen/netwerken_cj.htm)

EENHEID VOOR ZELFMOORDONDERZOEK. *Internet*, 20/12/2011;
(<http://www.dplace.be/ezo/jaarverslagen/Jaarverslag%20Gent%202009%20Nederlands.pdf>)

EPSI AZ GROENINGE. *Internet*, 05/09/2011.
([http://www.azgroeninge.be/eCache/554/Eenheid_voor_psychiatrische_spoedinterventie_\(Epsi\).html](http://www.azgroeninge.be/eCache/554/Eenheid_voor_psychiatrische_spoedinterventie_(Epsi).html))

FIT IN JE HOOFD. *Internet*, 15/05/2011.
(<http://www.fitinje hoofd.be>)

HETHUISVANDEMENS. *Internet*, 16/12/2011.
(<http://www.demens.nu>)

JONGERENWELZIJN. *Internet*, 16/10/2011.
(<http://wvg.vlaanderen.be/jongerenwelzijn>)

JUSTEL. *Internet*, 19/01/2011.
(http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/loi_al.pl?language=nl)

KINDER- EN JEUGDPSYCHIATRIE AZ ST LUCAS. *Internet*, 28/08/2011.
(http://www.stlucas.be/raadplegingen/kinderpsychiatrie_voorstelling.htm)

KINDER- EN JONGERENTELEFOON. *Internet*, 15/10/2011.
(<http://www.kjt.org/volwassenen/info>)

NOKNOK. *Internet*, 15/10/2011.
(<http://www.noknok.be>)

STEDELIJK ZIEKENHUIS. *Internet*, 26/01/2012.
(<http://www.szr.be/spoed>)

STICHTING PANDORA. *Internet*, 20/12/2011.
(<http://www.stichtingpandora.nl/jcms/images/stories/pandora/bijlagen/Literatuurlijst%20Zelfdoding%202009.pdf>)

TELE-ONTHAAL. *Internet*, 15/10/2011.
(<http://www.tele-onthaal.be>)

VLAAMS AGENTSCHAP ZORG EN GEZONDHEID, AFD. INFORMATIE EN ONDERSTEUNING, Sterfteatlas van Vlaanderen 1998-2007. *Internet*, 12/12/2011.
(http://www.zorg-en-gezondheid.be/Cijfers/Over-deze-cijfers/Vorige-Cijfers/Sterfteatlas-van-Vlaanderen_98-07.pdf)

WERKGROEP VERDER. *Internet*, 01/12/2011.
(<http://www.werkgroepverder.be>)

ZELFMOORDLIJN. *Internet*, 15/10/2011.
(<http://www.zelfmoordlijn.be>)

Mondelinge bronnen

BOEREN, A., *mondelinge mededeling*. Informeel gesprek, 29 september 2011.

DEBAENE, H., NELIS, E., e.a., *mondelinge mededeling*. Informeel gesprek, 8 februari 2011.

GESQUIERE, Y., VERMEIRE, M., e.a., *mondelinge mededeling*. Informeel gesprek, 8 maart 2011.

LEENKNECHT, N., *mondelinge mededeling*. Informeel gesprek, 19 januari 2012.

PATTYN, N., *mondelinge mededeling*. Informeel gesprek, 24 augustus 2011.

PORTZKY, G., *mondelinge mededeling*. Studie-avond over suïcide bij jongeren, 6 oktober 2011.

STEEMAN, V., *mondelinge mededeling*. Informeel gesprek, 22 augustus 2011.

VANHAVERBEKE, E., *mondelinge mededeling*. Informeel gesprek, 18 mei 2011.

VANDOORNE, S., *mondelinge mededeling*. Informeel gesprek, 9 februari 2011.

VAN HERCK, R., VANELVERDINGHE, K., *mondelinge mededeling*. Informeel gesprek, 10 mei 2011.

PECQUEUX, M., DESSEYN, N., *mondelinge mededeling*. Informeel gesprek, 18 januari 2011.



Dankwoord

Bij het project 'aanpak zelfdoding bij jongeren in de Westhoek' hoort ook een deftig dankwoordje. Ten eerste wil ik Integrale jeugdhulp bedanken voor het aanbieden van de kans en de middelen om dit project en deze bundel te realiseren.

Ten tweede een groot dankwoord aan CLB Ieper, zonder deze dienst kon dit ook niet gerealiseerd worden met name onze directeur Hans Vandenbroucke alsook alle collega's. Een extra knipoog naar Nicole Thevelein die de tijd nam om met een kritisch oog de bundel na te lezen.

Een nog grotere waardering naar Nele Desseyn van de Suïcidepreventiewerking van de CGG. Zij schreef de hoofdstukken 2, 3, 4 en 5.

Last but not least, alle diensten die meewerkten aan de bundel.

Sara Decoopman

Maatschappelijk werker
CLB Ieper

Vlaamse overheid

**Samenstelling**

Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
Afdeling Beleidsontwikkeling
Integrale Jeugdhulp - Regio West-Vlaanderen

Verantwoordelijk uitgever

Koen Gevaert
Beleidsmedewerker
Integrale Jeugdhulp - Regio West-Vlaanderen
Koning Albert I-laan 1.2 bus 51
8200 Brugge

Lay-out

Departement Diensten voor het
Algemeen Regeringsbeleid
Communicatie
Patricia Vandichel

Druk

Agentschap voor Facilitair Management
Digitale Drukkerij

Depotnummer D/2012/3241/046**Uitgave februari 2012**



met de steun van

