



Zorgcontinuïteit voor suïcidale personen

Regio Kempen

VISIETEKST

VISIETEKST

Zorgcontinuïteit voor suïcidale personen

Regio Kempen

Inhoudstafel

1. Situering	2
2. Samenstelling van de werkgroep	2
3. Kenmerken doelgroep	3
4. Noden en knelpunten	4
5. Wie doet wat?	5
6. Netwerkbrede principes	5
a. Risicoformulering (gemeenschappelijke taal)	5
b. Signaleringsplan	7
c. Communicatie bij transfer	8
i. Communicatie bij transfer met cliënt	8
ii. Communicatie bij transfer tussen hulpverleners	9
iii. Communicatie bij transfer met huisarts	10
d. Betrekken van context	11
e. Zorgwekkende zorgmijders	12
Engagementen	13
Bijlagen	15
Bijlage 1 - 'Wie is wie' fiches	15
Bijlage 2 - Leidraad risicoformulering	21
Bijlage 3 - Online tools/folders	27

1. Situering

Continuïteit van zorg blijft één van de belangrijkste knelpunten in de huidige organisatie van de hulpverlening (Knesper, 2010; Sanddal, Sanddal, Berman, & Silverman, 2003)¹. Onder meer door gebrek aan sluitende afspraken tussen hulpverleners en instellingen krijgen suïcidale personen en hun naasten niet altijd de meest gepaste (na)zorg. Er is vaak onduidelijkheid over de taken en verantwoordelijkheden van de betrokken hulpverleners en instellingen, vooral wat betreft bereikbaarheid, overdracht en terugkoppeling (VLESP, 2018)². **Strategieën die de zorgcontinuïteit voor suïcidale personen versterken blijken effectief voor de preventie van suïcide** (Zalsman et al., 2016)³.

In het najaar van 2018 lanceerde het Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie (VLESP) daarom een [leidraad](#) met aanbevelingen en tools ter verbetering van de continuïteit van zorg voor suïcidale personen. Centraal staan de samenwerking en informatieuitwisseling tussen verschillende zorginstanties en de follow-up van suïcidale personen.

Netwerk GGZ Kempen ging het engagement aan om de **zorgcontinuïteit voor suïcidale personen in regio Kempen te verbeteren**. Aan de reeds bestaande regionale werkgroep "Over de lijnen" werd de opdracht gegeven om a.d.h.v. de leidraad **voorstellen ter verbetering op maat van regio Kempen** uit te werken. De werkgroep werd in kader van deze opdracht uitgebreid met ontbrekende partners zoals AMT, CKB, CAW De Kempen en politie.

In deze visietekst vindt u het resultaat van deze werkgroep. De werkgroep vertrok vanuit de good practices en knelpunten binnen de bestaande situatie. Hieruit werden actie- en verbeterpunten gedistilleerd die we in deze tekst vertalen in engagementen.

2. Samenstelling van de werkgroep

Partner	Vertegenwoordiger
OPZ Geel	Riet Willems Laura Vandewijngaert Tom Geuens
AZ Turnhout	Louis Beysen (tot sept 22)
AZ Geel	Ann Vanlommel Dr. Dionys

¹ Knesper, D.J., American Association of Suicidology, & Suicide Prevention Resource Center. (2010) Continuity of care for suicide prevention and research: Suicide attempts and suicide deaths subsequent to discharge from the emergency department or psychiatry inpatient unit. Newton, MA: Education Development Center, Inc.

² Dumon, E., Aerts, S., Verhamme, N., & Portsky, G. (2018). *Zorgcontinuïteit voor suïcidale personen. Leidraad en tools*. Gent.

³ Zalsman, G., Hawton, K., Wasserman, D., van Heeringen, K., Arensman, E., Sarchiapone, M., ...Zohar, J. (2016). Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *The Lancet Psychiatry*, 3 (7), 646-659.

AZ Herentals	Hannelore Briers Yoni Wouters
AZ Mol	Sofie Thijs
AMT	Loes Aerts
CKB	vertegenwoordigers vanuit werkgroep Suicidepreventie CKB oa Liesbeth Calaerts Ellen Bastiaens
CGG Kempen	An Boschmans
CAW: team gezin, dader en slachtofferhulp	Peggy de Busser
Ervaringsdeskundigen	Bart Buyens Peggy Cools
Politiezone Turnhout	Dries Jaspers
VLESP	Lies Pittoors
CGG-SP	Marijke Vandervoort Sarah Holemans Mieke Joniaux
Huisarts (ad hoc)	DrlInge Van Kerkhoven

3. Kenmerken doelgroep

Aandacht voor zorgcontinuïteit is relevant van zodra blijkt dat iemand zelfmoordgedachten heeft, en niet enkel pas na een poging of in acute crisissituaties (VLESP, 2018)⁴. Met deze visietekst richten wij ons dus op de **volledige doelgroep (jong-)volwassen suïcidale personen (18+), gaande van (eerste) suïcidale gedachten tot na een suïcidepoging**. Zowel (jong-)volwassenen als ouderen worden geïnccludeerd.

⁴ Dumon, E., Aerts, S., Verhamme, N., & Portsky, G. (2018). *Zorgcontinuïteit voor suïcidale personen. Leidraad en tools*. Gent.

4. Noden en knelpunten

- **Nood aan kennis van 'wie doet wat'**

Partners in de zorg lijken elkaar onvoldoende te kennen in wat het specifieke zorgaanbod is voor suïcidale personen. Men wil geïnformeerd zijn over het aanbod dat voorhanden is in de regio en op wie men wanneer beroep kan doen.

- **Nood aan gemeenschappelijke taal**

Er is nood aan een gedeelde manier van risico formuleren en een éénduidige taal rond signaleringsplan. Kortom, een gemeenschappelijke taal om over suïcidale personen te spreken.

- **Nood aan onderling overleg en samenwerkingsafspraken bij transfermomenten**

Vaak zorgen niet-sluitende afspraken voor het ontbreken van de juiste (vervolg)zorg en leidt dit tot risicovolle (overgangs)momenten. Er is nood aan duidelijke afspraken voor zowel cliënt, betrokken hulpverleners, als context.

- **Knelpunt: zorgwekkende zorgmijders**

Er is nood aan inventarisatie van bestaande zorg/hiaten voor deze doelgroep en/of hun context.

- **Knelpunt: capaciteitsproblemen**

De capaciteitsproblemen in de hulpverlening in de Kempen zijn een gekend probleem. Dit knelpunt gaat om een structurele beperking, die wij binnen deze werkgroep niet kunnen 'oplossen'. Zelfs met goede onderlinge afspraken, kan zorgcontinuïteit voor suïcidale personen niet altijd gewaarborgd blijven. Het is belangrijk dat dit blijvend gesignaleerd wordt naar de overheid, zij spelen hierin een cruciale rol.

Dit neemt echter niet weg dat we mits goede samenwerkingsafspraken, de zorgcontinuïteit kunnen optimaliseren!

Daarnaast is het van belang dat elke individuele organisatie intern moet blijven bekijken hoe ze zich in hun werking verhouden tot de instroom/wachttijden.

Er is nood aan voldoende kennis bij hulpverleners over zelfhulptools en beschikbare folders voor suïcidale cliënten en hun context. Deze kunnen ook een kleine meerwaarde hebben als mensen moeten wachten.

- **Knelpunt: betrekken van context**

Het betrekken van en zorg voor de context in het zorgtraject van suïcidale personen is van cruciaal belang. Familie en naasten dienen -in afstemming met de suïcidale persoon- waar mogelijk mee ingeschakeld te worden in het herstelproces. Ook zij hebben bovendien nood aan omkadering en zorg omtrent de rol die zij vervullen.

- **Knelpunt: risicovermijdend handelen/gedwongen opname**

Bij suïcidaliteit wordt soms te snel risicovermijdend gehandeld,, omwille van onbehagen of verantwoordelijkheidsgevoel bij de hulpverlener, omwille van gebrek aan kennis bij de hulpverlener over alternatieven of soms ook om deuren sneller te openen (bijvoorbeeld gedwongen opname). Hierbij kan echter de vraag gesteld worden of dit het beste is voor de cliënt. Terughoudendheid voor dwang (breed) is nodig gezien:

- nadelige gevolgen op korte en lange termijn (aversie en angst, hulp mijden, drempel GGZ verhogen, traumatisering, verder verlies autonomie en zelfcontrole, meer hopeloosheid, verlies van vrijheid van spreken,...)
- suïcide is in hoge mate onvoorspelbaar waardoor vrijheidsbeperkende interventies ter preventie van zelfdoding (zoals GO) op een grote populatie moeten worden toegepast om het leven van enkelen te redden, terwijl de nadelen voor velen zijn.

5. Wie doet wat?

Om tegemoet te komen aan de nood rond juiste kennis van wie doet wat inzake het specifieke zorgaanbod naar suïcidale personen, vulden de verschillende partners een 'wie is wie'-fiche in. Deze concrete info over aanmeldingswijze en behandelaanbod bundelden we in bijlage 1.

6. Netwerkbrede principes

a. Risicoformulering (gemeenschappelijke taal)

We willen streven naar een meer uniforme manier van risicoformulering onder de betrokken partners. Eenzelfde 'taal' hanteren wat betreft de inschatting van suïcidaliteit komt de samenwerking tussen verschillende partners en de uiteindelijke hulpverlening naar de suïcidale persoon ten goede. ***De betrokken actoren engageren zich om te vertrekken vanuit de visie rond risicoformulering waarbij volgende elementen in kaart worden gebracht:***

- ***huidige suïcidaliteit***
- ***aanwezige risicofactoren***
- ***beschikbare hulpbronnen voor de suïcidale persoon***
- ***voorspelbare veranderingen***

Inspiratie welke vragen mogen/kunnen gesteld worden om zicht te krijgen op bovenstaande elementen vind je in

- [LOES \(Leidraad Opvang en Evaluatie Suïcidale personen\), VLESP](#)
- Leidraad risicoformulering (door CGG-SP), zie bijlage 2

De insteek van deze risicoformulering is niet om suïcide te gaan voorspellen, wel om er interventies aan te kunnen verbinden, passend bij de cliënt, en niet bij een bepaalde categorie (laag, midden, hoog..) We spreken van een relatieve risicoformulering: wat is het risico van deze cliënt nu tov zichzelf.

Het suïciderisico is fluïde en dient daarom regelmatig bevraagd te worden. Afhankelijk van de plaats waar de cliënt zich aandient, gebeurt de risicoformulering meer of minder uitgebreid en/of kan men verder werken op de informatie van de doorverwijzer.

Eenzelfde taal gebruiken, geeft ook als resultaat dat de suïcidale persoon zijn verhaal niet steeds helemaal moet herhalen bij de start van een nieuwe begeleiding.

Bij dit actiepoint is het belangrijk volgende twee kanttekeningen te plaatsen:

1- Deze risicoformulering gebeurt tijdens een gesprek met de suïcidale persoon waarbij in de eerste plaats het **verhaal van de cliënt en zijn/haar wanhopige gevoelens en gedachten centraal staan**. Deze moeten er ten volle kunnen zijn. Het bevragen van de suïcidaliteit mag geen kruisverhoor of technisch overlopen van een checklist zijn. Wanneer je als hulpverlener te gefocust bent op het stellen van vragen, loop je het risico onvoldoende aan te sluiten bij de cliënt, waardoor deze zich minder begrepen voelt. Terwijl we net proberen de crisis te begrijpen vanuit het perspectief van de suïcidale persoon. **Risicoformulering is met andere woorden enerzijds een doel op zich, maar ook - en vooral! - een middel om in contact te treden met de suïcidale persoon.**

Het ultieme doel moet zijn om de patiënt te engageren in het aangaan van een **hulpverleningsrelatie**. Dit moet de focus zijn vanaf het eerste (inschattings)gesprek. De hulpverleningsrelatie zal immers het belangrijkste instrument zijn om aan suïcidepreventie te doen. Het betekenisvolle contact met een ander op zo'n kritisch moment in zijn leven, kan een keerpunt betekenen voor de suïcidale cliënt.

2- Chronische suïcidaliteit

In tegenstelling tot acute suïcidaliteit, waarbij we op regelmatige basis het fluïde suïcide risico gaan bevragen (cfr. supra), is dat bij chronische suïcidaliteit een ander verhaal. In geval van chronische suïcidaliteit is er sprake van terugkerende suïcidale periodes, doorgaans veroorzaakt door een onderliggende problematiek zoals persoonlijkheidsstoornissen of ernstige hechtingsproblemen. Ogenscheinlijk banale triggers kunnen de steeds aanwezige suïcidaliteit triggeren doordat ze traumatische ervaringen of oude schema's in gang zetten.

Waar we bij acute suïcidaliteit telkens opnieuw de risicoformulering bijstellen, wordt bij chronische niet zozeer ingegaan op de suïcidaliteit zelf. Chronische suïcidaliteit vraagt een benadering op maat van de onderliggende problematiek. De hulpverlener tracht de boodschap, de behoefte, het gevoel achter de suïcidaliteit te begrijpen en te valideren. De suïcidaliteit dient steeds ernstig genomen te worden, maar een meer terughoudende aanpak is aangewezen m.b.t. het onmiddellijk ondernemen van beschermende acties.

Echter, ook in de context van chronische suïcidaliteit kan er sprake zijn van acute suïcidaliteit en dient de geboden zorg zich prioritair op de acute situatie toe te spitsen. (acuut op chronisch risico).

Als de suïcidale persoon onbekend is, kan het moeilijk zijn om in te schatten of deze persoon chronisch en/of acuut suïcidaal is. Indien er twijfel bestaat, gaat men best uit van acute suïcidaliteit. Indien er reeds een hulpverlener betrokken is, is het van belang deze -mits toestemming van client- te contacteren.

Engagement

Om te komen tot een meer gemeenschappelijke taal inzake risicoformulering engageren partners zich om te vertrekken vanuit de visie rond risicoformulering waarbij volgende elementen in kaart worden gebracht:

- *huidige suïcidaliteit*
- *aanwezige risicofactoren*
- *beschikbare hulpbronnen voor de suïcidale persoon*
- *voorspelbare veranderingen*

b. Signaleringsplan

Het signaleringsplan kan een belangrijke rol spelen in de zorgcontinuïteit bij suïcidale personen. Uit onderzoek blijkt dat het gebruik van een veiligheidsplan het risico op suïcidaal gedrag vermindert met 43% (Nuij et al, 2021)⁵. Werkzame principes hierbij zijn: de persoon in kwestie leren identificeren wat alarmsignalen zijn, inzetten op copingstrategieën, die zowel individueel als samen met iemand anders toe te passen zijn, en olijsten van het eigen beschikbare netwerk en hulpverlening. De suïcidale persoon wordt gestimuleerd de regie in eigen handen te nemen waardoor empowerment en autonomie vergroten. Het voorkomt ongunstige interventies, opnames en dwangmaatregelen.

Binnen het Netwerk GGZ Kempen bestond er reeds een werkgroep Signaleringsplan waarbinnen de tekst '[Signaleringsplannen netwerkvisie](#)' werd uitgewerkt. Specifiek rond het gebruik van signaleringsplan ikv zorgcontinuïteit vind je in deze tekst ook een aantal adviezen. De speerpunten, hierin zijn:

- **Eenduidige visie:** Het gebruik van de term '**signaleringsplan**' door verschillende zorgpartners in de regio, kan op termijn de herkenbaarheid vergroten. Het veiligheidsplan/safetyplan is een onderdeel van het ruimere signaleringsplan, specifiek te

⁵ Nuij, C., van Ballegooijen, W., de Beurs, D., Juniar, D., Erlangsen, A., Portzky, G., O'Connor, R.C., Smit, J.H., Kerkhof, A. & Riper, H. (2021). Safety planning-type interventions for suicide prevention: meta-analysis.

gebruiken bij (suïcidale) crisissen. Er kunnen verschillende versies bestaan op maat van elke individuele cliënt, steeds gestoeld op dezelfde principes.

- **Communiceer over of bevaag de aanwezigheid van een signaleringsplan** bij cliënten en/of hulpverlener
 - bij intake/opname
 - bij transfer
 Dit met als doel dat er kan verder gewerkt worden op het bestaande plan van de persoon.
- De regie om het effectief te delen ligt bij de cliënt.

Vanuit onze werkgroep onderschrijven we het belang van deze speerpunten en willen ons hiertoe engageren.

Engagement

Het **safety plan/veiligheidsplan** en/of het **crisisplan/noodplan** maken deel uit van het ruimere **signaleringsplan**. Het **signaleringsplan** wordt gebruikt als een gedeelde tool in verschillende settings.

Partners engageren zich om steeds te communiceren over/ te vragen naar de aanwezigheid van een **signaleringsplan** bij transfermomenten, telkens mits toestemming van de cliënt.

C. Communicatie bij transfer

i. Communicatie bij transfer met cliënt

Transfermomenten zijn precaire momenten in de zorg voor suïcidale personen. Een doorverwijzing kan voor de suïcidale persoon immers als doorschuiven/afwijzen of net beschermend ervaren worden. Deze momenten dienen dus met de nodige zorg te gebeuren: sta stil bij de betekenis hiervan voor de cliënt en communiceer zorgvuldig over contact loslaten, opnemen of doorgeven.

We streven bij deze transfermomenten dan ook naar **maximale transparantie én maximale betrokkenheid van de cliënt**.

Volgende minimale informatie wordt aan de cliënt **meegegeven bij transfermomenten**:

- Afspraken over vervolgzorg, waaronder
 - concrete informatie over wat hij/zij wanneer kan verwachten en op welke termijn,
 - informatie over de volgende (partner)organisatie
- Informatie over direct beschikbare hulplijnen en laagdrempelige tools of initiatieven. Zelfhulptools specifiek rond suïcidaliteit (BackUp, Think Life, folders) zijn gemakkelijk terug te vinden via: <https://www.zelfmoord1813.be/zelfhulp>. Breder is de website van [kzit er mee](#) ook interessant.
- Signaleringsplan en noodplan (indien dit werd opgemaakt) waarbij de inhoud nadrukkelijk besproken wordt.

Deze info wordt mondeling, maar liefst ook schriftelijk/per mail doorgegeven aan cliënt, zodat deze steeds gemakkelijk kan terugvinden wat er is afgesproken.

Bovenstaande wordt des te belangrijker wanneer er sprake is van lange **wachttijden**.

In dat geval zoekt de verwijzer ter overbrugging mee naar alternatieven (groepsaanbod, laagdrempelige initiatieven, hulplijnen...). Het is belangrijk voor de cliënt om een contact-/aanspreekpunt (bv. verwijzer, huisarts, overige partners die reeds betrokken zijn, belangrijke naasten, ...) te kunnen behouden, dit kan al een grote geruststelling zijn.

ii. Communicatie bij transfer tussen hulpverleners

Verwijzer en ontvangende organisatie streven naar **een warme overdracht** van de suïcidale persoon om zo de kans op aanhaken bij de hulpverlening te maximaliseren. Het doorgeven van informatie gebeurt **proactief en vóór de transfer en met toestemming van de cliënt**.

Communicatie tussen hulpverleners gebeurt bij voorkeur **telefonisch, face-to-face of online**.

Participatie van de suïcidale persoon en/of zijn/haar naasten (zie d) aan deze overlegmomenten, wordt hierbij steeds nagestreefd. Omwille van praktische en/of inhoudelijke redenen is de aanwezigheid van de cliënt en/of zijn/haar naasten niet altijd mogelijk. Dit besluitvormingsproces behoort tot de professionele inschatting van de hulpverlener(s).

De verwijzer geeft de gebruikelijke informatie door (personalia, medicatie- en middelengebruik, beschrijving problematiek, hulpvraag, professioneel netwerk, naasten ..). Specifiek in het kader van suïcidaliteit geeft de verwijzer ook **informatie door mbt de risicoformulering en het al dan niet aanwezig zijn van een signaleringsplan** (zie ook 6a en 6b).

De verwijzer blijft indien mogelijk, ook na doorverwijzing, beschikbaar voor overleg rond het traject van de cliënt. Er is gastvrijheid en bereidheid bij hulpverleners om elkaar te ondersteunen en indien nodig te betrekken ifv het zorgtraject. Bij een doorverwijzing binnen het zorgpad geeft **de ontvangende organisatie steeds feedback** aan de voorheen **betrokken hulpverlener(s) over al dan niet aanhaken** van de suïcidale persoon.

Mogelijke problemen bij doorverwijzingen

- **Foutieve of niet-afgestemde doorverwijzingen** worden zoveel als mogelijk vermeden door rechtstreeks en telefonisch in overleg te verwijzen en de nodige informatie door te geven. Blijkt de verwijzing alsnog foutief te zijn op *casusniveau*, dan **engageert de ontvangende organisatie zich om feedback te geven** aan de verwijzer over waarom een begeleiding niet wordt opgestart. Ook dit is leerrijke informatie voor de doorverwijzer. Wanneer verwijzingen *structureel* foutief verlopen, overschrijdt dit de individuele hulpverlener en wordt dit meegenomen naar overlegstructuren op beleidsniveau.
- Bij een **'no show'** probeert de ontvangende organisatie contact op te nemen met de cliënt. De ontvangende organisatie contacteert de verwijzer om aan te geven dat de cliënt niet is komen opdagen. Bij ongerustheid of acute suïcidaliteit engageren partners zich om samen

de nodige stappen te zetten om de cliënt de juiste zorg te bieden. We hanteren korte lijnen en spelen kort op de bal.

Indien nodig en mogelijk wordt er aanklappend gewerkt. Of dit aangewezen is, is in te schatten per cliënt en afhankelijk van haalbaarheid ikv de eigen opdracht en draagkracht.

Engagement

Communicatie bij transfer verloopt bij voorkeur:

- proactief en transparant
- telefonisch, face-to-face of online
- met participatie van cliënt en/of naasten

Informatie over risicoformulering en aanwezigheid signaleringsplan wordt minimaal doorgegeven.

Verwijzer en ontvangende organisatie blijven maximaal beschikbaar voor elkaar, zowel bij vlotte als bij moeilijkere doorverwijzingen.

iii. Communicatie bij transfer met huisarts

De huisarts kan een **belangrijke continuïteitsfiguur** zijn, daarom is het belangrijk om de huisarts **goed te informeren**. De huisarts wordt bij elk transfer moment -met medeweten en akkoord van de patiënt- telefonisch en /of via Ehealth op de hoogte gebracht van de gemaakte stappen en de nog te volgen stappen in het zorgtraject.

Indien er geen betrokken huisarts is, dient de verwijzende begeleiding de cliënt actief aan te moedigen om een huisarts te zoeken.

Als GGZ-sector trachten we huisartsen **in deze rol maximaal te ondersteunen** door hen goed te informeren ([Themadossier Preventie van zelfdoding](#)), vorming te geven ([vormingsaanbod Domus Medica](#), [vormingsaanbod CGG-SP](#)) en tools aan te reiken (zie bijlage 3). Belangrijker nog is de nodige ondersteuning bij inschatting suïcidaliteit (door AMT) en het streven naar een minimale wachttijd voor crisishulp.

Engagement

Omdat de huisartsen belangrijke continuïteitsfiguren zijn, engageren partners zich ertoe hen maximaal te informeren over transfers in de begeleiding van cliënten en de daarbij horende afspraken.

GGZ-partners ondersteunen hen waar mogelijk in deze belangrijke rol.

d. Betrekken van context

De Multidisciplinaire Richtlijn voor detectie en behandeling van suïcidaal gedrag stelt: 'Het is na te streven de suïcidale persoon te motiveren en actief te stimuleren om de omgeving in de mate van het mogelijke te betrekken in de verschillende fases van de hulpverlening, van aanmelding tot nazorg. Naasten betrekken bij de behandeling en opvolging kan immers een positief effect hebben op het contact met de hulpvrager, de kwaliteit van de werkrelatie met de hulpvrager en zijn of haar naasten, de effectiviteit en duurzaamheid van de behandeling en de therapietrouw (Diamond & Josephson, 2005).'

We onderschrijven de visie dat het **aan te bevelen is om naasten te betrekken bij elke fase van de detectie en de behandeling van de suïcidaliteit, in afstemming met de suïcidale persoon en rekening houdend met de mogelijkheden van de specifieke setting.**

De context betrekken en het uitbouwen van samenwerking met de context kan op verschillende manieren gestalte krijgen.

Eenzijds kan de context een waardevolle bron van informatie zijn met wie mogelijks kan samengewerkt worden in het kader van veiligheid installeren.

Anderzijds hebben de naasten ook hun eigen noden, vragen en bezorgdheden waar we alert voor moeten zijn. Psycho-educatie en andere info kunnen houvast bieden.

Volgende info wordt minimum meegegeven aan het persoonlijk netwerk:

- Postkaart voor familie & naasten Logo Kempen
- Hulplijnen en laagdrempelige initiatieven voor de context (*bv. Similes*)
- Contactgegevens van wie men kan aanspreken bij transfermomenten / wie is aanspreekpunt

Meer informatie en handvaten voor het samenwerken met context zijn te vinden in de Familiereflex, een richtlijn over het samenwerken met context, die in 2021 werd gelanceerd. De Familiereflex is te vinden op familierflex.be of via [deze link](#).

Specifiek bij transfermomenten streven we ernaar om de context pro-actief te informeren over de geplande transfer en indien mogelijk met hen in overleg te gaan, mits toestemming van de patiënt. Dit met verhoogde aandacht voor transfers naar de thuiscontext en altijd in samenspraak met de cliënt. De verwijzende begeleiding neemt een proactieve rol op om de cliënt te stimuleren om de context te betrekken.

Engagement

Elke partner engageert zich om een visie te ontwikkelen over het betrekken van naasten: op welke manier, wanneer, met verhoogde aandacht voor transfermomenten.

Context dient voldoende geïnformeerd te worden over voor hen bestaande ondersteunende initiatieven.

e. Zorgwekkende zorgmijders

Zorgmijders, zeker als ze suïcidaal zijn, vragen om **aanklampende zorg**. Elke organisatie bekijkt wat hierin zijn taak kan zijn.

Specifieke initiatieven in regio Kempen rond zorgmijders zijn de [aanklampende zorg die LZ](#) biedt. Op deze pagina vind je een [checklist](#) om te kijken of jouw cliënt een zorgmijder is en een [stroomdiagram](#). Daarnaast bestaat er binnen regio Kempen ook het [team Buiten-ge-WOON](#). Het Team Buiten-ge-WOON is een outreachend team dat zich richt op zorgwekkende zorgmijders (18-65j) met ernstige en complexe psychische problemen en waarbij het behoud van de sociale woning onder druk komt te staan.

Wanneer een suïcidale persoon alle zorg blijft weigeren, engageren partners zich om, indien er een huisarts of persoonlijk netwerk aanwezig is, hen in dergelijke situaties te betrekken, eventueel met hen in overleg te gaan én te ondersteunen (zie d).

Engagementen

- Om te komen tot een meer **gemeenschappelijke taal inzake risicoformulering** engageren partners zich om te vertrekken vanuit de visie rond risicoformulering waarbij volgende elementen in kaart worden gebracht:
 - huidige suicidaliteit
 - aanwezige risicofactoren
 - beschikbare hulpbronnen voor de suïcidale persoon
 - voorspelbare veranderingen

- Partners gaan het engagement aan om hun hulpverleners de kans te geven zich **inhoudelijk en praktisch te vormen** op vlak van detectie, risicoformulering en contact maken.

- Het safety plan/veiligheidsplan en/of het noodplan/crisisplan maken deel uit van het ruimere **signaleringsplan**. Het signaleringsplan wordt gebruikt als een gedeelde tool in verschillende settings.
Partners engageren zich om steeds te communiceren over/ te vragen naar de aanwezigheid van een signaleringsplan bij transfermomenten, telkens mits toestemming van de cliënt.

- **Communicatie bij transfer** verloopt bij voorkeur:
 - proactief en transparant
 - telefonisch, face-to-face of online
 - met participatie van cliënt en/of naasten
 Informatie over risicoformulering en aanwezigheid signaleringsplan wordt minimaal doorgegeven.
Verwijzer en ontvangende organisatie blijven maximaal beschikbaar voor elkaar, zowel bij vlotte als bij moeilijkere doorverwijzingen.

- Omdat **huisartsen** belangrijke continuïteitsfiguren zijn, engageren partners zich ertoe hen maximaal te informeren over transfers in de begeleiding van cliënten en de daarbij horende afspraken.
GGZ-partners ondersteunen hen waar mogelijk in deze belangrijke rol.

- Elke partner engageert zich om een visie te ontwikkelen over het **betrekken van naasten**: op welke manier, wanneer, met verhoogde aandacht voor transfermomenten. Context dient voldoende **geïnformeerd** te worden over voor hen **bestaande ondersteunende initiatieven**.

- Elke partner engageert zich om intern te bekijken op welke manier ze de **zelfhulptools en folders** in hun aanbod kunnen inzetten.

- Elke partner engageert zich om actief deel te nemen aan werkgroep over de lijnen, met als doel
 - bovenstaande **engagements periodiek te evalueren** teneinde hiaten in de zorg te voorkomen of te signaleren
 - op de hoogte te blijven van het (eventueel wijzigende) zorgaanbod van de verschillende partners