

PRAKTISCHE RICHTLIJN VOOR
SAMENWERKING BINNEN
ZORGNETWERKEN SUÏCIDALITEIT
NETWERKEN GG VOLWASSENEN



Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	1
Over dit draaiboek	2
Zorgcontinuïteit bij personen met suïcidale gedachten	3
Wat is zorgcontinuïteit?	3
Zorgcontinuïteit als preventiestrategie	4
Cyclisch proces in vijf fasen	8
Van Opstart naar Verankering: Stappenplan in één oogopslag	9
Samenwerken over niveaus heen: van visie naar verbinding	10
Randvoorwaarden voor duurzame implementatie	11
Informatie-uitwisseling en Beroepsgeheim	11
Opstartfase	12
Good practices	14
Checklist	15
Ontwikkelingsfase	16
Good Practices	21
Checklist ontwikkelingsfase	22
Implementatiefase	24
Good Practices	26
Checklist	27
Evaluatiefase	28
Good practices	30
Checklist Evaluatiefase	31
Verankeringsfase	32
Good practices	33
Checklist	34
Bijlages	35
Contextanalyse	35
Stappenplan stakeholder mapping in de GG-netwerken	36
Afsprakennota CGG SP - Netwerkcoördinatoren volwassenen	38
Stappenplan per materiaal/methodiek	40
Vragen voor kwalitatieve evaluatie	41
VIKZ-indicatoren 2025	43
Concrete aanbevelingen ter optimalisatie van de zorg(continuïteit) voor personen met suïcidale gedachten	43
Bronnen	48

Over dit draaiboek

Deze richtlijn is ontwikkeld om netwerkcoördinatoren, CGG-suïcidepreventiewerkers en andere professionals binnen de netwerken Geestelijke Gezondheid Volwassenen (GGV) te ondersteunen bij het opzetten en versterken van zorgnetwerken en zorgpaden op netwerkniveau voor volwassenen met suïcidale gedachten en/of suïcidepogingen en hun naasten. Het biedt:

- een helder en flexibel **kader voor samenwerking** op netwerkniveau;
- **checklists** om overzicht te behouden en voortgang te bewaken;
- inspirerende voorbeelden van **goede praktijken**.

Belangrijk: De netwerken GGV verschillen onderling in grootte, structuur, aanbod en noden. Deze richtlijn is geen strak stappenplan, maar een bundel van bouwstenen waarmee elk netwerk aan de slag kan volgens de eigen realiteit.

In deze richtlijn hanteren we enkele overkoepelende termen om de leesbaarheid en consistentie te bevorderen:

- **Overlegstructuren** binnen de netwerken GGV zijn op verschillende manieren georganiseerd, bijvoorbeeld via stuurgroepen, projectgroepen of themagroepen. In dit document gebruiken we de generieke term *werkgroep* om naar deze diverse overlegvormen te verwijzen. Elk netwerk kan deze term interpreteren in lijn met het eigen netwerk GGV en benamingen.
- Wanneer we spreken over de **doelgroep**, bedoelen we telkens *volwassenen met suïcidale gedachten en/of suïcidepogingen*. In de tekst wordt dit soms afgekort naar *volwassenen met suïcidale gedachten*, maar dit verwijst steeds naar de volledige doelgroep zoals hierboven omschreven.

Werken aan zorgcontinuïteit rond suïcidaliteit vraagt **inspanningen op twee niveaus**:

- **Netwerkniveau:** alles wat organisatie-overschrijdend is. Het gaat om gezamenlijke afspraken, structuren en instrumenten die partners met elkaar verbinden. Voorbeelden zijn een regionaal zorgpad, casustafels, engagement rond informatiedeling en het ontwikkelen van een gezamenlijke visie of kwaliteitsnorm.
- **Organisatieniveau:** alles wat binnen elke netwerkpartner moet gebeuren. Dit is de interne vertaling van netwerkafspraken naar beleid, procedures en praktijk. Voorbeelden zijn interne vorming rond het Safety Plan, het implementeren van LOES in het elektronisch patiëntendossier, het aanwijzen van een liaisonfiguur en het maken van afspraken over interne opvolging bij afwezigheid van een vaste hulpverlener.

Het onderscheid tussen deze twee niveaus maakt duidelijk **wie waarvoor verantwoordelijk is** en hoe samenwerking in de praktijk vorm krijgt. Enkele concrete voorbeelden verduidelijken dit:

- **Vorming en deskundigheidsbevordering:** als het netwerk vormingen organiseert, is dat een actie op *netwerkniveau*. Het effectief laten deelnemen van medewerkers, ruimte voorzien in uurroosters en de opgedane kennis borgen, gebeurt op *organisatieniveau*.

- **Aanspreekpunt/liaisonfunctie:** het netwerk voorziet aanspreekpunten op *netwerkniveau*. Het effectief aanduiden, mandateren en inbedden van deze personen gebeurt op *organisatieniveau*.

Zorgcontinuïteit vraagt om **samenhang tussen gezamenlijke kaders én interne verankering**. Het netwerk creëert de randvoorwaarden en gezamenlijke afspraken; elke organisatie vertaalt deze naar de eigen werking. Zo ontstaat een duurzaam en werkbaar zorgcontinuüm waarin zorgvragers, naasten en hulpverleners op elkaar kunnen rekenen.

De inhoud is gebaseerd op:

- richtlijnen van het Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie (VLESP, 2018, 2023a, 2023b);
- het 7-fasenmodel voor zorgpaden (Aeyels, Van der Veken, & Vanhaecht, 2016);
- principes van veranderingsmanagement.

Zorgcontinuïteit bij personen met suïcidale gedachten

Zorgcontinuïteit is letterlijk van levensbelang voor personen met suïcidale gedachten. Suïcidaliteit is complex en vraagt nauwe samenwerking tussen diverse zorgpartners. Overgangsmomenten – zoals een ontslag uit het ziekenhuis of het stoppen van behandeling – zijn risicosituaties. Geen enkele organisatie kan deze uitdagingen alleen aan. Het is daarom essentieel dat betrokken zorginstanties heldere afspraken maken en goed op elkaar afgestemd zijn binnen de netwerken GGV.

Voor concrete handvaten die deze analyse vertalen naar aanbevelingen voor praktijk en beleid kan je terecht in de bijlage [‘Concrete aanbevelingen ter optimalisatie van de zorg\(continuïteit\) voor personen met suïcidale gedachten’](#).

Wat is zorgcontinuïteit?

Volgens Gezondbelgie.be betekent zorgcontinuïteit: het bieden van ononderbroken zorg die aansluit bij de noden van een persoon. In de praktijk loopt dit echter vaak mis, zeker bij suïcidaliteit (Knesper, 2010; Sanddal et al., 2003). Belangrijke informatie gaat verloren, afspraken zijn onduidelijk en de opvolging hapert – precies op de momenten dat veiligheid en nabijheid cruciaal zijn.

Uit de nulmeting die gebeurde in alle netwerken GG in 2025 blijkt dat een groot deel van de hulpverleners de afstemming binnen het netwerk als onvoldoende ervaart. Ze geven aan dat terugkoppeling vaak ontbreekt, overleg moeilijk te organiseren is en dat risicoplannen zelden gedeeld worden. Hierdoor voelen hulpverleners zich soms alleen verantwoordelijk voor complexe situaties. Na overdrachten nemen organisaties geregeld een stap terug, waardoor de uiteindelijke verantwoordelijkheid bijvoorbeeld bij een hulpverlener terechtkomt.

Na een suïcidepoging blijven suïcidegedachten vaak aanwezig. Zonder goede opvolging is de kans op herhaling groot, zeker in de eerste maanden. Naast professionele opvolging vormen

naasten zoals familie en vrienden cruciale steunpunten voor personen na een suïcidepoging. Het is belangrijk om hen actief te betrekken (VLESP, 2023). Onderzoek toont aan dat familiale steun beschermend zijn tegen suïcidale gedachten en pogingen (Pastor et al., 2025; Chen et al., 2023).

Vlaamse cijfers tonen aan dat in 2023 47,6% van de personen die een suïcidepoging hebben ondernomen op de spoedeisende hulp, al eerdere pogingen hadden gedaan, waarvan 41,9% in de afgelopen zes maanden (EZO, 2023). Aangezien herhaling vaak binnen de eerste maanden optreedt, is tijdige en voortdurende opvolging cruciaal om het risico te verlagen (Auerbach et al., 2020). Daarbij is het risico op het overlijden aan suïcide na een suïcidepoging aanzienlijk, met internationale cijfers van 2,8% na 1 jaar, 5,6% na 5 jaar en 7,4% na 10 jaar (Heikkinen et al., 2021).

Door het ontbreken van sluitende afspraken tussen hulpverleners krijgen personen met suïcidale gedachten niet altijd de juiste zorg. Er is vaak onduidelijkheid over wie welke verantwoordelijkheid draagt, vooral rond bereikbaarheid, overdracht en terugkoppeling. Dit leidt niet alleen tot hiaten in de zorg, maar laat ook naasten vaak in onzekerheid over wat zij kunnen doen en waar zij terecht kunnen voor steun en informatie. Zorgorganisaties moeten daarom samen de kritieke momenten in kaart brengen en streven naar betere opvolging, waarbij ook de rol en ondersteuning van naasten expliciet worden meegenomen.

Zorgcontinuïteit als preventiestrategie

Onderzoek toont aan dat strategieën gericht op zorgcontinuïteit bijdragen aan suïcidepreventie (Zalsman et al., 2016, Mann et al. 2021). In het derde Vlaams Actieplan Suïcidepreventie (Agentschap Zorg en Gezondheid, 2022) wordt zorgcontinuïteit dan ook benoemd als een blijvende prioriteit. Heldere afspraken, goede informatiedoorstroming en actieve betrokkenheid en opvolging van de zorgvrager en zijn context vormen de sleutel. Meer achtergrondinfo kan teruggevonden worden in de [Leidraad Zorgcontinuïteit \(VLESP, 2018\)](#).

Zorgnetwerk en zorgpad: een onderscheid

In deze richtlijn maken we een onderscheid tussen:

- zorgnetwerk: Structurele samenwerking tussen organisaties (bijv. in casustafels of werkgroepen zorgcontinuïteit suïcidaliteit);
- zorgpad op netwerkniveau: Flow van een jongere met suïcidale gedachten doorheen het netwerk. Wie biedt welke hulp, wanneer, en wat gebeurt er tijdens wachttijden?
- zorgpad op organisatieniveau: Interne afspraken over het traject van een jongere binnen één organisatie.

Een goed werkend zorgnetwerk vormt de basis voor duidelijke en afgestemde zorgpaden.

De zorgtriade: samenwerken met zorgvrager, naasten en zorgverleners

Zorgcontinuïteit ontstaat in de samenwerking tussen zorgvrager, naasten en zorgverleners – ook wel de zorgtriade genoemd. Personen met suïcidale gedachten en hun naasten hebben daarbij een actieve rol: in het herkennen van signalen, het delen van zorgen en het bouwen aan veiligheid.

Toch zijn er drempels in de triade. Naasten bevinden zich vaak in een onzekere positie, zonder voldoende informatie of ondersteuning om effectief bij te dragen. Tegelijk ervaren hulpverleners schroom of praktische obstakels om hen te betrekken, bijvoorbeeld door onduidelijke afspraken of privacywetgeving. Ook de persoon met suïcidale gedachten zelf kan terughoudend zijn om naasten of hulpverlening te betrekken, uit schaamte, angst of een gevoel tot last te zijn.

Een sterk zorgnetwerk ondersteunt daarom:

- **open communicatie** tussen zorgvrager, naasten en hulpverleners;
- **duidelijke afspraken** over rollen, betrokkenheid en verantwoordelijkheden;
- **gedeeld engagement** om samenwerking rond de persoon centraal te stellen.

Door bewust in te zetten op die samenwerking, ontstaat een warmer, consistentere en beter afgestemd zorgtraject.

Stepped care en matched care als richtinggevers

Stepped en matched care bieden een richtinggevend kader voor het organiseren van zorg op maat. De WHO-zorgpiramide (2007) ondersteunt de **stepped care** benadering: zo licht als mogelijk, zo intensief als nodig. Het model helpt om de lagen in zorg zichtbaar te maken en het zorgpad hierop af te stemmen.

- Preventieve hulp moet laagdrempelig beschikbaar zijn.
- Bij verhoogd risico is snelle inzet van gespecialiseerde zorg nodig.
- Overgangen tussen zorgniveaus vragen duidelijke afspraken over wie wat wanneer doet.

Aanvullend daarop zien we dat in praktijk het principe van **matched care** aan belang wint. Hierbij wordt zorg van bij de start afgestemd op de ernst van de situatie, de draagkracht van het netwerk en de noden van de zorgvrager. Er wordt dus niet automatisch op het laagste niveau begonnen, maar gekozen voor de meest gepaste zorgvorm. Zorgvragers met een acute nood krijgen op die manier meteen de zorg die nodig is. Dit verhoogt de kans op tijdige en gepaste hulp, vermindert drop-out, en versterkt het gevoel van erkenning bij zorgvragers en hun omgeving.

Matched care maakt duidelijk welke zorg wanneer nodig is en wie verantwoordelijk is. Dit vraagt om een gedeelde inschaling, inclusief afspraken over inschatting en indicatiestelling, zodat netwerkpartners snel tot een gezamenlijk besluit komen over het meest passende traject.

Door **stepped care** en **matched care** te combineren, ontstaat een zorgpad op netwerkniveau dat zowel *structureel als responsief* is: het netwerk GG bouwt zorgaanbod op verschillende zorgniveaus uit, en zet tegelijk de juiste zorg in op het juiste moment, afgestemd op het unieke profiel van elke zorgvrager. Belangrijk daarbij is de afstemming en verbinding tussen de verschillende zorgniveaus.

Afhankelijk van hoe de situatie evolueert, kan zorg opgeschaald of weer afgeschaald worden, zodat ondersteuning aansluit bij de actuele behoeften. Wanneer intensievere hulp nodig blijkt, is het wenselijk dat de betrokkenheid vanuit lichtere zorgvormen zoveel mogelijk behouden blijft. Die verbinding tussen de verschillende ‘trappen’ zorgt voor stabiele overgangsmomenten en versterkt het netwerk rond de zorgvrager— zowel tijdens als na crisissituaties.

Een essentieel sleutelement hierbij is de **eindverantwoordelijkheid voor dossiercoördinatie**. Denk aan de metafoor van de estafette: je laat het dossier pas los wanneer een andere hulpverlener de ‘stok’ effectief overneemt. Dit vraagt om zorgvuldige dossiervorming, een concreet en actueel crisisplan, een warme (liefst fysieke) overdracht én maximale betrokkenheid van de context. Alleen zo ontstaat een samenhangend, flexibel en veerkrachtig zorgnetwerk waarin geen enkele zorgvrager uit de boot valt. Binnen het stepped- en matched-careprincipe onderscheiden we grofweg twee zorgniveaus: **eerstelijngestelike gezondheidszorg** en **gespecialiseerde gestelike gezondheidszorg**.

- **Eerstelijngestelike GG** omvat alle actoren die in eerste lijn of in de leefomgeving van de zorgvrager actief zijn: huisartsen, welzijnswerk en nuldelijnsactoren. Hun rol ligt vooral in:
 - o het signaleren van bezorgdheden en risicogedrag;
 - o het bespreekbaar maken van suïcidale gedachten op een laagdrempelige manier;
 - o het aanbieden van basisgespreksvaardigheden en psycho-educatie;
 - o het inzetten van kortdurende psychosociale interventies en ondersteuning van de context.
- **Gespecialiseerde GG** omvat de actoren die intensieve, klinische of psychiatrische zorg bieden: CGG, psychiatrische ziekenhuizen, mobiele crisisteam, spoed/PAAZ. Hun verantwoordelijkheden liggen in:
 - o diagnostiek en inschatting van suïcidaliteit;
 - o intensieve behandeling en opvolging;
 - o crisisinterventies en opname;
 - o het opstellen en opvolgen van safetyplannen;
 - o de continuïteit van zorg bij complexe of acute situaties.

Samenwerking tussen eerstelijngestelike GG en gespecialiseerde GG is essentieel om **op- en afschalen van zorg** mogelijk te maken. Het betekent dat gespecialiseerde hulp niet losstaat van de basis, maar aanvullend werkt: de basisactoren blijven betrokken, ook tijdens gespecialiseerde trajecten.

Dimensies van zorgcontinuïteit

Een goed functionerend netwerk bouwt aan zorgcontinuïteit op meerdere niveaus. Deze continuïteit stopt niet bij een goede overdracht, maar omvat ook hoe zorg wordt ervaren en

georganiseerd. Er zijn vier verschillende dimensies (Freeman & Hughes, 2010), die samen richting geven aan netwerkafspraken en evaluatie:

Dimensies zorgcontinuïteit	
1. Relationale Zorgcontinuïteit	Een stabiele zorgrelatie verhoogt veiligheid en vertrouwen. Ze zorgt ervoor dat het verleden, heden en toekomst van de zorgvrager op elkaar afgestemd raken.
2. Management Zorgcontinuïteit	Zorgpartners maken samen afspraken over communicatie, verantwoordelijkheden en overdrachten. Stroomdiagrammen of stappenplannen kunnen hierbij helpen.
3. Informatieve Zorgcontinuïteit	Zorggegevens worden correct en volledig gedeeld. Methodieken zoals het sjabloon risicoformulering of LOES zijn hier cruciaal in.
4. Ervaren Continuïteit	Zorgvragers voelen zich betrokken en ervaren hun traject als logisch en samenhangend. Participatie is hierbij essentieel (Vroeg en Nabij, 2022).

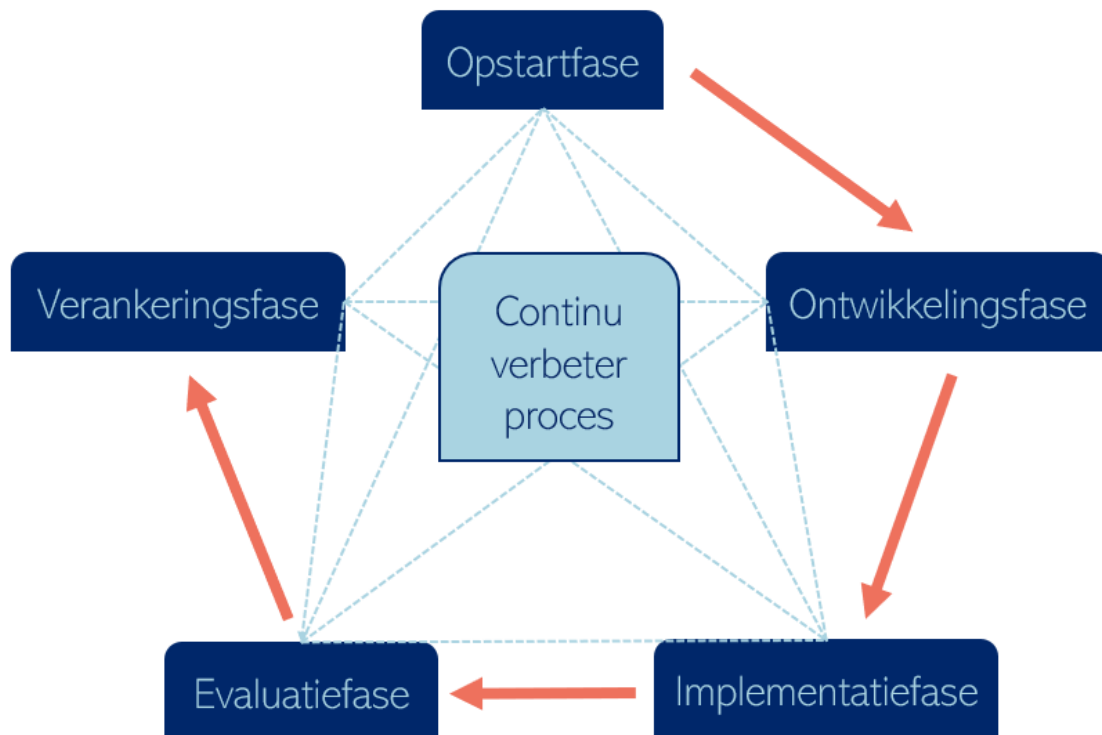
Gebruik deze dimensies als toetssteen bij het ontwikkelen van samenwerkingsafspraken. Evalueer in welke dimensies het netwerk al sterk staat en waar nog hiaten zitten. Zo worden ze een praktische leidraad voor netwerkontwikkeling.

Kritieke momenten in de zorg

Volgens de Leidraad Zorgcontinuïteit (VLESP, 2018) zijn er een aantal sleutelmomenten die bijzondere aandacht vragen. In de richtlijn wordt hier verder uitgebreid bij stilgestaan.

- **Toegang tot zorg:** Welke partners zijn bereikbaar? Hoe verloopt de aanmelding?
- **Samenwerking:** Wie doet wat? Hoe wordt afgestemd en wat kan samen worden opgenomen?
- **Transfervormen:** Loopt de zorg pas af wanneer opvolging effectief is opgenomen? Vermijd dat zorgvragers simpelweg worden 'doorgegeven': gespecialiseerde zorg kan tijdelijk aanvullend zijn, zonder dat het oorspronkelijke traject stopt. Zorg mag opschalen, maar idealiter ook weer afschalen.
- **Zorgweigering:** Wat doen we als een zorgvrager hulp weigert? Hoe houden we toch contact?

Cyclisch proces in vijf fasen



Deze richtlijn beschrijft vijf fasen die richting geven aan het uitwerken en versterken van een zorgnetwerk voor zorgvrager met suïcidale gedachten en hun naasten. Hoewel de fasen een logische volgorde volgen, overlappen ze in de praktijk vaak en kunnen ze meerdere keren worden doorlopen. Het proces is cyclisch en dynamisch: inzichten uit latere fasen kunnen aanleiding geven om eerdere stappen bij te sturen of opnieuw op te nemen. De fasen bieden houvast om het proces gestructureerd en behapbaar aan te pakken, zonder een strikt lineair traject op te leggen.

Omdat dit proces cyclisch verloopt, is het niet mogelijk om een vaste tijdsindicatie te geven voor de duur van elke fase. Hoe lang een fase in beslag neemt, hangt sterk af van de context, de beschikbare middelen en de dynamiek binnen het betrokken netwerk.

Er kan flexibel worden teruggekeerd naar een eerdere fase wanneer nieuwe inzichten, veranderende omstandigheden of feedback van betrokken actoren daarom vragen. Elk GG-netwerk en elke regio is bovendien uniek, waardoor bepaalde stappen in de ene context anders ingevuld zullen worden dan in een andere. Deze richtlijn is dan ook geen rigide stappenplan, maar een leidraad die aangepast kan worden aan de lokale noden en realiteit.

De acties die in de bijlage [‘Concrete aanbevelingen ter optimalisatie van de zorg\(continuïteit\) voor personen met suïcidale gedachten’](#) worden beschreven, kunnen dienen als inspiratie bij het selecteren van prioritaire acties binnen de ontwikkelings- en implementatiefase.

Van Opstart naar Verankering: Stappenplan in één oogopslag

Cyclisch vijf-fasenproces		
Fase	Focus	Kernacties
Opstartfase	Fundament leggen	<ul style="list-style-type: none"> ○ Bouw zorgnetwerk uit ○ Ontwikkel gedeelde visie ○ Analyseer beginsituatie
Ontwikkelingsfase	Afspraken en materialen uitwerken	<ul style="list-style-type: none"> ○ Concretiseer samenwerking. ○ Kies concrete acties waarmee je de visie kan realiseren. ○ Bepaal en/of ontwikkel tools (bv. stroomdiagrammen, LOES, safetyplanning). ○ Besteed aandacht aan transitieleeftijd
Implementatiefase	Afspraken en tools toepassen	<ul style="list-style-type: none"> ○ Communiceer afspraken breed en helder ○ Vergroot vaardigheden en kennis bij hulpverleners ○ Implementeer stapsgewijs en stuur bij ○ Gebruik casustafels en intervisie
Evaluatiefase	Leren en verbeteren	<ul style="list-style-type: none"> ○ Evalueer werking vanuit drie perspectieven (netwerk, hulpverlener, zorgvrager/context) ○ Evalueer op alle dimensies van zorgcontinuïteit ○ Plan concrete verbeteracties
Verankeringsfase	Structureel borgen	<ul style="list-style-type: none"> ○ Leg afspraken vast in samenwerkingsovereenkomsten ○ Veranker tools en vorming ○ Werk met ambassadeurs binnen de organisatie die het thema vasthouden. ○ Koppel evaluatie aan structurele bijsturing

Belangrijke sleutels in elke fase:

- **Participatie:** zorgvragers en naasten worden actief betrokken.
- **Cyclische bijsturing:** Leren uit ervaring en aanpassen waar nodig.
- **Flexibiliteit:** Elk zorgnetwerk groeit op eigen tempo.
- **Gedeeld eigenaarschap:** Verantwoordelijkheden en successen zijn gedeeld.

Veranderingsmanagement als rode draad

Verandering vraagt meer dan een goed idee. Het vraagt visie, betrokkenheid en ondersteuning. Gebruik principes uit het veranderingsmanagement om de implementatie te versterken:

- **Visie en strategie:** Weet waar je naartoe werkt en waarom dat belangrijk is.
- **Duidelijke communicatie:** Deel verwachtingen open en helder.
- **Betrokkenheid creëren:** Geef ruimte aan inbreng van werkveld en praktijk.
- **Ondersteuning en vorming:** Voorzie tools, training en aanspreekpunten.
- **Flexibiliteit en bijsturing:** Durf bij te sturen waar nodig, gebaseerd op praktijkervaring.

Meer info en specifieke modellen kan je [hier](#) terugvinden. Verandering is pas duurzaam als alle betrokkenen zich mee-eigenaar voelen.

Samenwerken over niveaus heen: van visie naar verbinding

Van praktijk tot beleid: samen een netwerk vormen

Zorgcontinuïteit ontstaat niet vanzelf. Ze vraagt om verbinding tussen verschillende lagen in het netwerk: van het directe contact met de persoon, over de samenwerking tussen diensten, tot de beleidsmatige randvoorwaarden die samenwerking mogelijk maken.

Denk hierbij aan drie schakels:

- **De praktijk:** waar hulpverleners samen met zorgvragers en hun naasten werken aan veilige, afgestemde zorg. Vertrouwen, continuïteit en duidelijke afspraken staan hier centraal. **Werkgroepen** zijn belangrijk op dit niveau: ze brengen mensen samen die direct met personen met suïcidale gedachten werken. Deze praktijkexperts vertalen visie naar werkbare afspraken en methodieken.
- **De samenwerking:** tussen organisaties en teams die afspraken maken over gedeelde zorgpaden, overgangen tussen zorgvormen, vorming en tools. **Stuurgroepen en projectgroepen** vervullen hier een sleutelrol: ze zorgen voor afstemming tussen instellingen, leggen afspraken vast, en organiseren terugkoppeling naar beleid en praktijk.
- **Het beleid:** waar strategische keuzes gemaakt worden over financiering, wetgeving en netwerkstructuren, met een impact op wat in het werkveld mogelijk is. Binnen het netwerk vormen **netwerkcoördinatoren** de brug tussen het werkveld en dit beleidsniveau. Zij signaleren knelpunten, vertalen noden uit het werkveld naar beleid en zorgen dat beslissingen op macroniveau aansluiten bij de realiteit in het veld.

Zorgnetwerken functioneren het sterkst wanneer deze lagen op elkaar inspelen. Signalen uit de praktijk moeten bespreekbaar zijn in het overleg tussen partners, en waar nodig doorgespeeld worden naar het beleidsniveau. Omgekeerd moeten beleidsbeslissingen terugvertaald worden naar haalbare afspraken op het terrein. Wanneer je op een bepaald niveau vastloopt – bijvoorbeeld een hulpverlener die tegen regelgeving botst, of een organisatie die onvoldoende aansluiting voelt bij het bredere netwerk – is het essentieel dat er een rechtstreekse lijn is naar een hoger of lager niveau dat kan meezoeken naar oplossingen.

Een concreet voorbeeld: een obstakel op het microniveau (bv. geen toestemming voor gegevensdeling) kan worden opgepikt door de werkgroep, besproken in de stuurgroep, en via de netwerkcoördinator gesignaleerd aan beleidsmakers. Zo ontstaat een dynamiek van op- en neerschakelen tussen niveaus, waarbij iedereen binnen zijn/haar cirkel van invloed handelt, maar het grotere geheel blijft meebewegen.

Zo ontstaat een netwerk dat niet alleen reageert, maar ook leert en verbetert.

Randvoorwaarden voor duurzame implementatie

Zorgcontinuïteit is geen eenmalige inspanning, maar een continu aandachtspunt. Om afspraken en methodieken structureel te verankeren binnen het netwerk GG, zijn een aantal randvoorwaarden noodzakelijk. Deze zorgen ervoor dat beslissingen op netwerkniveau realistisch blijven én gedragen worden in de praktijk.

Sleutelementen voor duurzame implementatie:

1. **Afstemming tussen visie en uitvoering:** Praktijkervaringen moeten systematisch teruggekoppeld worden naar beleidsniveau. Zo worden afspraken bijgestuurd op basis van werkbaarheid en noden in het veld.
2. **Transparante communicatie:** Duidelijkheid over rollen, verantwoordelijkheden en beslissingslijnen voorkomt misverstanden en verhoogt betrokkenheid.
3. **Aansluiting bij bestaande overlegstructuren:** Veranker nieuwe afspraken zoveel mogelijk in bestaande overlegmomenten (bv. stuurgroep, werkgroep), om versnippering te vermijden. Maak duidelijke afspraken over mandaten en rollen.
4. **Regelmatige terugkoppeling tussen niveaus:** Zorg voor vaste lijnen van terugkoppeling tussen praktijk, samenwerking en beleid.
5. **Borging bij personeelwissels:** Kennis en afspraken mogen niet afhangen van individuen. Digitale platformen, draaiboeken en vorming helpen om continuïteit te behouden bij wissels in personeel.
6. **Structurele verankering in documenten en beleid:** Neem afspraken op in samenwerkingsovereenkomsten, beleidsnota's en standaardprocedures.

Informatie-uitwisseling en Beroepsgeheim

Een van de grote struikelblokken in de samenwerking is dat de regelgeving rond het beroepsgeheim en GDPR de informatie-uitwisseling niet zo evident maakt. In netwerken GG met diverse sectoren is heldere afstemming rond informatie-uitwisseling daarom essentieel.

Meer informatie kan je bij onderstaande bronnen terugvinden:

- o Wegwijzers beroepsgeheim
 - o [Wegwijzers beroepsgeheim. 1 - Beroepen in de grijze zone](#)
 - o [Wegwijzers beroepsgeheim. 2 - Beroepsgeheim en discretieplicht](#)
 - o [Wegwijzers beroepsgeheim. 3 - Samenwerking in de hulpverlening](#)
 - o [Wegwijzers beroepsgeheim. 4 - Meldrechten en meldplichten](#)
 - o [Wegwijzers beroepsgeheim. 5 - Casusoverleg](#)

Tip: Organiseer intervisie of vorming over dit thema, en werk met casussen om drempels bespreekbaar te maken.

Opstartfase



De opstartfase legt het fundament voor een sterk en duurzaam zorgnetwerk rond suïcidepreventie. Door vanaf het begin duidelijke afspraken te maken en partners doelgericht te betrekken, wordt een stevige basis gelegd voor samenwerking, visieontwikkeling en kwaliteitsvolle zorg.

Doel van de opstart

In deze fase wordt gestart met het opbouwen van het zorgnetwerk suïcidaliteit en het afbakenen van een gedeelde opdracht. De complexiteit van zorg voor deze doelgroep vraagt een doordachte en participatieve aanpak, waarbij de nood aan samenwerking over sectoren heen bekeken moet worden.

Rollen in de opstart

- De **netwerkcoördinator** neemt het voortouw, brengt partners samen en leidt de eerste bijeenkomsten
- De **CGG-suïcidepreventiewerker** brengt inhoudelijke expertise in om kwaliteit van zorg te ondersteunen

Je kan meer lezen over de rolverdeling tussen netwerkcoördinatoren en CGG-SP in de onderling afgestemde visietekst in de [bijlages](#).

Organisatorische voorbereiding:

- Afspraken over rollen (netwerkcoördinator, CGG-SP medewerker)
- Overlegstructuren vastleggen: projectgroep, stuurgroep, werkgroep

Taken en onderlinge afstemming verduidelijken Samenstelling van de werkgroep zorgcontinuïteit suïcidaliteit

- Sleutelfiguren identificeren en uitnodigen (huisartsen, spoed, crisisteams, enz.)
- Vertegenwoordiging van ervaringsdeskundigen en naasten
- Evenwicht zoeken tussen beleid en praktijk in stuurgroep/werkgroep
- Aanvullende partners betrekken volgens regionale noden

Overweeg ook een [stakeholderanalyse](#) (zie bijlage) om in kaart te brengen:

- Wie zijn de kernpartners?
- Wat is hun positie en invloed?
- Wat zijn hun noden, sterktes en verwachtingen?

Visie en engagement

Een gedeelde visie is de motor van samenwerking. Belangrijke aandachtspunten:

- Leg vast hoe overleg plaatsvindt: **frequentie, doel en overlegstructuur**.
- **Formaliseer** doelstellingen in het **strategisch plan** van het netwerk GG.
- Bepaal **kwaliteitsnormen** als richtinggevend kader.
- Maak **mandaten** en **verwachtingen** van vertegenwoordigers duidelijk, inclusief hun beslissingsbevoegdheid binnen de eigen organisatie en binnen het netwerk GG.
- Breng **veranderbereidheid** in kaart via gesprekken of bevestigingen.
- Werk actief aan **draagvlak**: waarom is samenwerking belangrijk, wat mogen partners verwachten en wat wordt er van hen verwacht?

Daarnaast is een **gedeelde visie op zorg en zorgcontinuïteit** belangrijk. Bespreek en evalueer regelmatig de volgende vragen:

- Wat mag een jongere of volwassene verwachten, ongeacht waar ze het zorgpad binnenkomen?
- Hoe voorkomen we blinde vlekken en hiaten in het zorgaanbod?
- Hoe vermijden we versnippering en uiteenlopende werkwijzen die samenwerking bemoeilijken?
- Wat verstaan we onder zorgcontinuïteit?

Bespreek ook wat partners kunnen verwachten én wat er van hen verwacht wordt.

Analyse van de huidige situatie

Om goed te kunnen starten, moet de beginsituatie duidelijk zijn. Hiervoor kunnen de resultaten van de evaluatievragenlijst gebruikt worden. Het is belangrijk zicht te krijgen op onderstaande vragen. Een uitgebreidere bevestiging vind je in de bijlage [contextanalyse](#):

- Wat zijn de grootste knelpunten in zorgcontinuïteit?
- Welke zorgnetwerken en/of zorgpaden bestaan al?
- Wat loopt goed en wat niet? Gebruik hierbij tools zoals bevestigingen, interviews of kwaliteitsanalyses.

Communicatie en betrokkenheid

Een goede start vraagt duidelijke communicatie:

- **Hou partners op de hoogte** van het proces.
- Plan **terugkoppelmomenten** tussen werkgroepen.
- Denk na over hoe **zorgvragers en naasten** structureel betrokken worden en maak afspraken over hoe hun feedback wordt teruggekoppeld en vertaald naar netwerkacties.

- Voorzie afspraken over **terugkoppeling naar organisaties**. Heb hierbij aandacht voor hoe deelnemers kunnen terugkoppelen indien ze geen formeel mandaat hebben (verslagen, powerpoints,...).

Werk samen aan een positieve, uitnodigende samenwerkingscultuur.

Good practices

- **Organiseer focusgroepen:** Met hulpverleners, zorgvragers, naasten en/of nabestaanden om hun ervaring en noden in kaart te brengen.
- **Gebruik kwaliteitsdata en audits:** Bijv. via inspectierapporten, interne audits of [VIKZ-indicatoren](#).
- **Voer een bevraging uit van het netwerk:** Gebruik de evaluatiebevraging om bestaande zorgpaden op netwerkniveau en knelpunten in kaart te brengen.
- **Voer een stakeholderanalyse uit:** Zie bijlage: [Stappenplan stakeholder mapping](#).
- **Gebruik een Time Task Matrix (Covey, 1989):** Dit helpt prioriteiten te structureren en acties te plannen.

Time Task Matrix: Prioriteren voor efficiënte implementatie

De **Time Task Matrix**, gebaseerd op de methodiek van **Eisenhower** en uitgewerkt door **Covey (1989)**, helpt bij het structureren van taken op basis van **urgentie** en **belang**. Dit voorkomt dat minder belangrijke, urgente taken alle aandacht opeisen.

De vier kwadranten:

- **Belangrijk & Urgent** – Direct aanpakken (crisis, deadlines).
- **Belangrijk & Niet Urgent** – Proactief plannen (strategie, opleiding).
- **Niet Belangrijk & Urgent** – Delegeren (administratie, communicatie).
- **Niet Belangrijk & Niet Urgent** – Elimineren (onnodige vergaderingen).

Belangrijke documenten en bronnen

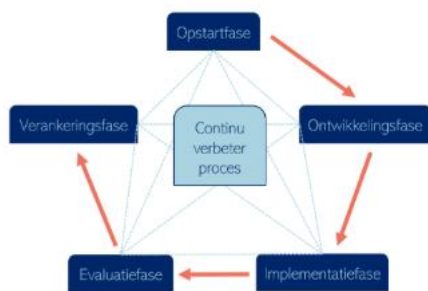
- [Leidraad Zorgcontinuïteit VLESP](#): Een waardevolle bron voor het structureren van samenwerking en continuïteit in de zorg.
- [Zelfmoord1813](#): Biedt tools en ondersteunend materiaal voor suïcidepreventie.
- [Richtlijnen VLESP](#): Voor evidence-based methodieken en goede praktijken.

Checklist

✔ Let op: de checklist bevat aandachtspunten. Niet elke stap is nodig voor elk netwerk GG. Stem af op je eigen context.

Checklist opstartfase cyclisch vijf-fasenproces (project netwerken VAS III)	
Thema	Aandachtspunten
Organisatorische voorbereiding	<ul style="list-style-type: none"> ○ Maak afspraken over rollen (netwerkcoördinator, CGG-SP, participatiecoach, referentiepersoon kwaliteit). ○ Leg overlegstructuren vast en stem ze op elkaar af.
Samenstelling netwerk	<ul style="list-style-type: none"> ○ Identificeer en nodig sleutelfiguren uit. ○ Betrek ervaringsdeskundigen en naasten. ○ Stel een multidisciplinaire werkgroep samen. ○ Creëer draagvlak bij alle partners.
Analyse van de huidige situatie	<ul style="list-style-type: none"> ○ Analyseer huidige knelpunten en goede praktijken in zorgcontinuïteit. ○ Gebruik tools zoals de evaluatievragenlijst of VIKZ-indicatoren om de uitgangssituatie in kaart te brengen.
Visie en engagement	<ul style="list-style-type: none"> ○ Formuleer een gedeelde visie (bv. over zorgcontinuïteit en kwaliteitsnormen voor zorg). ○ Bepaal prioriteiten. ○ Leg frequentie en mandaat van overlegstructuren vast. ○ Zoek creatief naar oplossingen voor de knelpunten. ○ Meld knelpunten aan de bevoegde overheden.
Communicatie en betrokkenheid	<ul style="list-style-type: none"> ○ Maak afspraken over terugkoppeling. ○ Informeer andere netwerkpartners. ○ Zorg voor transparantie over verwachtingen.

Ontwikkelingsfase



De ontwikkelingsfase bouwt voort op de opstartfase en vertaalt de gedeelde visie en doelen naar concrete afspraken, hulpmiddelen en materialen. Hier krijgt het zorgpad op netwerkniveau vorm, aangepast aan de lokale context en afgestemd op de praktijk van zorgverleners, zorgvragers en hun omgeving.

Doel van de ontwikkelingsfase

Het doel van deze fase is om:

- samenwerkingsafspraken concreet te maken;
- zorgcontinuïteit in de praktijk werkbaar te maken;
- ondersteunende tools en materialen te ontwikkelen om deze doelen te bereiken.

De uitgangspunten uit de opstartfase – zoals relationele zorg, gedeelde verantwoordelijkheid en wetenschappelijke onderbouwing – blijven richtinggevend bij elke stap.

Rol van CGG-suïcidepreventiewerker en netwerkcoördinator

De CGG-suïcidepreventiewerker neemt het voortouw in de inhoudelijke ontwikkeling van materialen. De netwerkcoördinator faciliteert het proces, organiseert werkgroepen en bevordert afstemming tussen partners.

1. Concretiseren van samenwerking

- wie welke rol opneemt bij overgangs- of crisismomenten;
- hoe al aanwezige hulpverlening betrokken blijft tijdens crisiszorg, om te vermijden dat het traject volledig doorgeschoven wordt naar crisisaanbod;
- welke en hoe informatie wordt gedeeld tussen netwerkpartners (zoals bijvoorbeeld via gedeelde methodieken zoals LOES, het sjabloon risicoformulering of een Safety Plan);
- wie wat doet bij afwezigheid of wachttijden;
- wie de vaste contactpersoon is er voor de zorgvrager en wat te doen indien deze afwezig is;
- hoe zorgvragers en hun context actief betrokken blijven;
- welke informatie gedeeld wordt met naasten binnen de wettelijke kaders-;
- wie coördineert/ is aanspreekpunt of brugfiguur in het zorgpad op netwerkniveau (liasonfuncties, casemanagers, huisartsen,...).

Bij het concretiseren van afspraken is het essentieel dat de verantwoordelijkheden helder zijn op alle niveaus. Bijvoorbeeld: wie is aanspreekpunt voor zorgvrager en naasten? Wie stuurt organisatie-overstijgende processen aan? En wie signaleert structurele knelpunten aan

overheden? Door deze lagen te verbinden, wordt het zorgpad op netwerkniveau veerkrachtiger én realistischer. Werkgroepen kunnen aandachtspunten van de werkvloer oppikken; stuurgroepen kunnen deze vertalen naar beleid, met steun van de netwerkcoördinator als brugfiguur richting beleidsmakers.

Bij het concretiseren van samenwerking is het zinvol om per zorgniveau **eerstelijng GG** en **gespecialiseerde GG** expliciet te onderscheiden:

- Welke taken nemen basisactoren op bij signalering, bespreekbaar maken en vasthouden tijdens wachttijden?
- Welke taken neemt gespecialiseerde GG op bij diagnostiek, behandeling en crisisopvang?
- Hoe verloopt de communicatie en terugkoppeling tussen beide niveaus?

Een praktisch hulpmiddel is het ontwikkelen van **zorgpaden** waarin de schakelmomenten tussen eerstelijng en gespecialiseerde GG visueel worden weergegeven. Denk aan een stroomdiagram dat weergeeft hoe een jongere doorheen de keten beweegt – en waar de verantwoordelijkheden liggen. Maak duidelijk hoe het opschalen en neerschalen van zorg in elkaar zit en zorg dat alle organisaties vertrouwen hebben op elkaars inschatting.

Extra aandacht is nodig voor jongeren in de **transitieleeftijd (16–23 jaar)**. Zij vallen vaak tussen twee systemen: kinder- en jeugd geestelijke gezondheidszorg enerzijds, volwassenengezondheidszorg anderzijds. Daarnaast hebben verschillende organisaties een andere maximum/minimumleeftijd. Maak hier expliciete afspraken over:

- gedeelde opvolging bij overgang;
- gezamenlijke overlegmomenten tussen beide netwerken GG;
- mogelijke *parallele betrokkenheid* van beide zorgniveaus gedurende een bepaalde periode;
- hoe en in welke mate naasten betrokken blijven, en hoe hun rol kan veranderen tijdens de transitieleeftijd.

Systematische informatie naar huisartsen

Huisartsen spelen een sleutelrol in detectie, doorverwijzing en opvolging van jongeren met suïcidale gedachten. Uit onderzoek blijkt dat zij vaak onvoldoende geïnformeerd worden over de voortgang of uitkomst van hun doorverwijzingen.

Aanbeveling:

- Maak binnen het zorgpad de huisarts **structureel** deel van de communicatielijng.
- Leg in het afsprakenkader vast **wie** verantwoordelijk is voor terugkoppeling en **welke informatie** minimaal wordt gedeeld (binnen de wettelijke kaders).
- Ontwikkel een **standaardmeldings- of feedbackformulier** voor communicatie tussen netwerkpartners en huisartsen.

- Betrek huisartsen actief bij evaluatiemomenten en informeer hen systematisch bij crisissituaties of bij afronding van een traject.

Good practice: Netwerken die met een vaste ‘huisartsenupdate’ of kort schriftelijk terugkoppelingsmoment werken, merken een toename in betrokkenheid en continuïteit van zorg.

2. Aandacht voor kritieke zorgmomenten

Zorgcontinuïteit vraagt specifieke afspraken op gevoelige schakelmomenten zoals:

- **Toegang tot zorg**
 - Breng bereikbaarheid, contactgegevens, aanmeldprocedures, wachttijden en het hulpaanbod (inclusief doelgroep en exclusiecriteria) in kaart.
 - Integreer bestaande hulpkanalen zoals Zelfmoord1813 in de netwerkstructuur.
 - Zorg voor afstemming met andere regio’s of netwerken voor uniforme afspraken.
- **Transfermomenten**
 - Definieer wijze, snelheid en inhoud van informatieoverdracht.
 - Integreer huisartsen in het overdrachtsproces.
 - Ontwikkel strategieën en verantwoordelijkheden voor het overbruggen van wachttijden.
- **Zorgweigerings**
 - Ontwikkel richtlijnen voor outreachende opvolging en behoud van contact.
 - Maak afspraken over welke partner welke vorm van outreach kan bieden.

3. Deskundigheid versterken

De ontwikkelingsfase zet ook in op het verhogen van expertise:

- Organiseer vormingen over suïcidepreventie, afgestemd op doelgroep (bv. eerste versus derde lijn), o.b.v. de SP-reflex en VLESP-richtlijnen.
- Stimuleer gezamenlijke leerprocessen om kennis en goede praktijken uit te wisselen.
- Zorg dat tools zoals LOES en het sjabloon risicoformulering bekend en ingebed raken in de werking van de organisaties.

4. Uitwerken van materialen

Op basis van de vooropgestelde doelen, bepaald in de opstartfase, kunnen er materialen uitgewerkt worden. Zie ook de bijlage [‘Concrete aanbevelingen ter optimalisatie van de zorg\(continuïteit\) voor personen met suïcidale gedachten’](#) die richtinggevende aandachtspunten biedt voor het uitwerken en implementeren van materialen binnen het netwerk.

Denk op voorhand over:

- Wat willen we bereiken?
- Welke acties willen we ondernemen?
- Welke kennis is hiervoor nodig?
- Welke vaardigheden zijn nodig?
- Welke attitudes moeten bijgestuurd worden?

Goede materialen ondersteunen niet alleen hulpverleners, maar ook zorgvragers en naasten. Voorzie dat het zorgnetwerk niet alleen ondersteuning voor zorgvragers, maar ook het ondersteuningsaanbod voor naasten in kaart brengt en toegankelijk maakt. Dit kan gaan om websites, lotgenotengroepen, ondersteuningsorganisaties voor naasten, eerstelijnspsychologische zorg, enzovoort. Het samenbrengen van dit overzicht en het breed verspreiden ervan helpt om sneller de juiste weg naar steun te vinden. Daarnaast is een good practice om naast materialen ook informatiesessies te voorzien voor naasten. Dit kan gaan over psycho-educatie rond suïcidaliteit, wegwijs in het zorglandschap, of handvatten om met crisissituaties om te gaan. De [familiereflex](#) geeft ondersteuning en richtlijnen voor hoe naasten structureel betrokken en ondersteund kunnen worden binnen organisaties.

Maak tenslotte ook afspraken over het betrekken van naasten bij het opstellen van een Safety Plan. Uit interviews met zorgvragers met suïcidale gedachten en hun naasten blijkt dat safety- en crisisplannen onrealistisch worden ervaren wanneer naasten niet mee in het plan zitten of hun rol niet kennen.

Enkele voorbeelden van praktische en bruikbare instrumenten voor zorgcontinuïteit:

Niveau	Tools en toepassingen
Netwerk GG	Afsprakenkaders, stroomdiagrammen, engagementsverklaringen
Hulpverleners	Gebruik bestaande tools: Safety Plan , Sjabloon risicoformulering , LOES , visuals voor kinderen en jongeren
Jongeren	Zelfhulptools, crisiskaartjes
Naasten	Informatie- en ondersteuningsmateriaal voor naasten , overzicht van ondersteuningsaanbod zoals websites zelfhulpgroepen

In [deze bijlage](#) vind je een stappenplan dat kan helpen bij het uitwerken van materialen.

5. Continuïteit op alle vlakken van zorg

De ontwikkelingsfase houdt ook rekening met verschillende aspecten van zorgcontinuïteit:

- **Informatieve zorgcontinuïteit:** Maak heldere afspraken over wanneer en hoe informatie wordt gedeeld, met aandacht voor GDPR en beroepsgeheim.
- **Relationele & ervaren zorgcontinuïteit:** Zorg dat personen altijd een aanspreekpunt hebben (ook bij afwezigheid), ontwikkel alternatieven voor wachttijden en betrek zorgvragers en naasten actief.

- **Management zorgcontinuïteit:** Stel casemanagers aan waar nodig om zorgtrajecten te coördineren en versnippering tegen te gaan. Organiseer multidisciplinair overleg om afstemming te bevorderen.

Afsprakenkaders en visuele hulpmiddelen

Om zorgtrajecten werkbaar, afgestemd en veilig te maken – voor zorgvragers én voor hulpverleners – is het nuttig om afspraken te visualiseren of samen te vatten in een overzichtelijk kader. Dit kan bijvoorbeeld een **stroomdiagram** zijn, maar ook een afsprakenfiche, netwerkkaart of ander schema. Kies een vorm die aansluit bij de realiteit en omvang van het werkveld. Belangrijker dan de vorm is dat de gemaakte afspraken helder, realistisch en breed gedragen zijn.

Gebruik dergelijke hulpmiddelen niet als rigide routes, maar als **gedeelde afspraken** die houvast bieden bij complexe beslissingen. Ze worden pas effectief wanneer ze vertrekken vanuit een realistisch inzicht in de werking van partners, in de **mogelijkheden en beperkingen van het aanbod, en in de verantwoordelijkheden op elk niveau.**

Denk na over wat je toont — en wat dat oproept

Werk niet enkel formele routes uit, maar maak ook duidelijk **welke verwachtingen hulpverleners en partners mogen hebben van bepaalde diensten.** Doorverwijzen naar een spoedgevallendienst is bijvoorbeeld enkel aangewezen bij urgent levensbedreigende situaties en biedt in veel gevallen geen snellere toegang tot gepaste hulpverlening. Een doorverwijzing voor spoed wordt vaak gemaakt in een context van druk, onduidelijke afspraken of angst voor aansprakelijkheid.

Het is belangrijk om ruimte te creëren voor gezamenlijke reflectie over deze dynamieken, zonder schuld of schuldigen. **Complexe situaties vragen gedeelde verantwoordelijkheid,** duidelijke afspraken, en de mogelijkheid om samen op zoek te gaan – ook wanneer er (nog) geen eenvoudige oplossing is.

Handvatten voor het ontwerpen van afsprakenkaders

- **Vertrek vanuit het stepped care-principe:** zo licht als mogelijk, zo intensief als nodig.
- **Wees expliciet over de rol van elk type zorgaanbod:** spoed, mobiel team, consultfunctie, observatiebedden, behandeling, diagnostiek, outreach, enz.
- **Geef aan wie wanneer welke inschatting maakt.** Vertrouw elkaar op de inschatting die gemaakt werd. **Leg afspraken vast over wie risicoformuleringen uitvoert** en wanneer dit formeel moet gebeuren.
- **Zorg voor helderheid over verwachtingen:** weet elke partner wat andere diensten precies doen? Zijn de drempels, doelgroep criteria en bereikbaarheid gekend?
- **Werk het diagram samen met partners uit.** Je kan enkel correct verwijzen als je goed weet hoe de zorg in je netwerk GG is georganiseerd.
- **Voorzie ruimte om misverstanden en aannames te bespreken.** Wat denken hulpverleners dat de ‘veilige keuze’ is? Hoe kunnen we deze aannames gezamenlijk herbekijken?

Aandachtspunt: gedeelde taal over “crisis”

Uit praktijkervaring blijkt dat hulpverleners en diensten soms **verschillend invulling geven aan het begrip “crisis”**. Dit kan leiden tot frustratie of doorverwijzing naar zorgvormen die niet aansluiten bij de vraag of de situatie. Leg hierbij de link met de werkgroep urgentiepsychiatrie binnen het netwerk GG. Bespreek wat voor jullie zorgpad op netwerkniveau als een *crisis* wordt beschouwd, en wat dat betekent voor het aanbod en de inschaling. Geef ook voldoende aandacht aan de eigenheid van de organisaties en de verwachtingen die hieromtrent zijn vanuit de overheid.

Good Practices

- **Good Practices stimuleren.**
 - Stel tijdens het overleg vragen als: “Wat werkt vandaag al goed?”, “Waar botsen we op?”
 - Gebruik bestaande materialen (zoals bijvoorbeeld het [Safety Plan](#) of [sjabloon Risicoformulering](#)) om snel aan de slag te kunnen.
 - Test materialen eerst in een beperkt aantal organisaties.
- Lees de **mogelijke taken** van betrokken hulpverleners na in de [leidraad zorgcontinuïteit van VLESP \(2018, p 8-18\)](#).
- Richt binnen het zorgnetwerk een **centraal aanspreekpunt** in waar organisaties en hulpverleners terecht kunnen met vragen of meldingen rond zorgvragers met suïcidale gedachten. Dit aanspreekpunt fungeert als **link tussen partners**, bevordert informatie-uitwisseling en garandeert dat vragen snel worden opgepikt. Een centraal netwerkpunt vergemakkelijkt samenwerking, voorkomt dubbele aanmeldingen en versterkt de continuïteit van zorg.
- **Praktische tools voor netwerkpartners.**
 - **Netwerkaart:** een overzicht waar het zorgpad op netwerkniveau en gemaakte afspraken op terug te vinden zijn.
 - **Handleidingen:** Werk een overzichtelijk handboek uit met tools, afspraken en procedures.
 - **Aanbodfiches:** korte overzichten met het aanbod dat elke partner aanbiedt voor jongeren met suïcidale gedachten en diens context.
- **Vorming & expertise:** Organiseer workshops of webinars (bijv. via ELZ) over beroepsgeheim, risicoformulering, safetyplanning...
- Infosessies voor naasten: Deze sessies geven uitleg over suïcidaliteit, het beschikbare zorgaanbod, en bieden ruimte voor vragen en uitwisseling. Dit verlaagt de drempel naar steun en geeft naasten meer houvast in moeilijke periodes.
- **Quick Wins:** Introduceer nieuwe methodieken op overlegmomenten. Start met één of twee methodieken per regio en bouw op basis van feedback verder uit.
- **Open teamoverleg met netwerkpartners:** Laat hulpverleners van netwerkpartners geregeld aansluiten op het teamoverleg om af te stemmen, van elkaar te leren en gedeelde verantwoordelijkheid over trajecten te verbeteren. Good practices rond gedeeld beroepsgeheim zijn:
 - Leg aan alle deelnemers bij elk overleg opnieuw uit dat informatie vertrouwelijk is en niet buiten de groep mag worden doorgegeven.

- Bespreek bij de opstart met zorgvragers en hun context dat er binnen het netwerkoverleg kan plaatsvinden met andere organisaties, en licht toe waarom dit belangrijk is voor goede zorg. Sommige netwerken werken met een overkoepelend aanmeldteam dat de samenwerking tussen verschillende diensten structureert. Dit maakt het makkelijker om bij de start van een begeleiding aan jongeren en hun context uit te leggen dat er intensief overleg is tussen partners en dat informatie gedeeld wordt binnen die gezamenlijke werking.
- Vraag expliciet toestemming wanneer gegevens gedeeld of ingezien worden door meerdere teams of diensten. In de praktijk merken netwerken dat zorgvragers en hun context hier vaak positief tegenover staan, zeker wanneer transparant wordt uitgelegd dat dit overleg bedoeld is om de zorg beter op elkaar af te stemmen.
- **Gezamenlijk crisisaanbod beheren** tussen verschillende netwerkpartners.
- **Wachtlijstoverbrugging:** afstemmen wie het traject tijdelijk vastneemt bij wachttijd. Dit zorgt voor korte lijnen en gedeelde verantwoordelijkheid. Zorg ook altijd voor een back-up persoon indien de vaste contactpersoon afwezig is.
- **Afspraken maken tussen jeugd- en volwassenzorg rond transitieleeftijd:** een goede afspraak kan zijn dat -21jarigen die nog thuis wonen of schoollopen ook terecht kunnen in het jeugdaanbod. Dit laat toe gezamenlijke trajecten op te starten en te leren van elkaar. Het helpt om hierbij om ook afspraken te maken rond praktische drempels door verschil in werkwijze, zoals bijvoorbeeld verschillen in screening of medische eindverantwoordelijkheid.
- Ga op werkbezoek op bijvoorbeeld een spoedafdeling of epsie om goed zicht te krijgen op wat het concrete aanbod is voor zorgvragers met suïcidale gedachten.
- Een **gedeeld digitaal dossier zoals Alivia** kan helpen om informatie te delen in een beschermde omgeving, Dit ondersteunt samenwerking, mits duidelijke afspraken over informatiedeling.

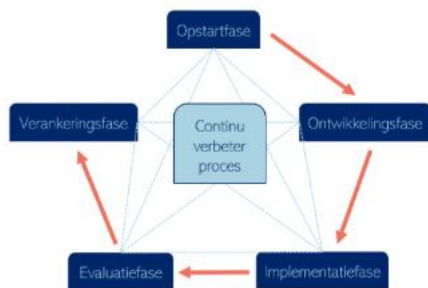
Checklist ontwikkelingsfase

- ✓ Let op: de checklist bevat aandachtspunten. Niet elke stap is nodig voor elk netwerk GG. Stem af op je eigen context

Checklist ontwikkelingsfase cyclisch vijf-fasenproces (project netwerken VAS III)	
Thema	Aandachtspunten
Deskundigheidsbevordering	<ul style="list-style-type: none"> ○ Organiseer netwerkbrede vormingen over suïcidepreventie (bv. SP-reflex, Richtlijnen voor detectie en behandeling van suïcidaliteit, specifieke tools en methodieken zoals het safetyplanning of de Leidraad voor Opvang en Evaluatie bij Suïcidaliteit). ○ Maak methodieken en tools bekend binnen het netwerk GG en maak afspraken over een uniforme benaming.
Toegang tot zorg	<ul style="list-style-type: none"> ○ Breng bereikbaarheid, wachttijden en aanmeldprocedures in kaart. ○ Stem af met hulplijnen (bv. Zelfmoordlijn 1813). ○ Stem af met andere regio's/netwerken voor uniforme afspraken over de toegang tot zorg.

Transfermomenten	<ul style="list-style-type: none"> ○ Definieer informatie-overdracht bij doorverwijzing (vorm, snelheid, inhoud). ○ Betrek betrokken hulpverleners en/of huisarts. ○ Ontwikkel strategieën voor overbrugging van wachtperiodes. ○ Voorzie flexibele overgangen tussen alle modules van zorg – gaande van ambulant tot residentiële en crisiszorg.
Zorgweigering	<ul style="list-style-type: none"> ○ Maak afspraken over outreachende opvolging. ○ Bepaal wie contact houdt en hoe terugkoppeling gebeurt.
Relationele continuïteit	<ul style="list-style-type: none"> ○ Installeer een vaste vertrouwenspersoon, iemand die aanwezig blijft, die de zorgvrager kent en die bereikbaar is. ○ Voorzie opvolging bij afwezigheid van hulpverlener. ○ Onderzoek alternatieve opvangmogelijkheden tijdens wachttijden.
Informationele continuïteit	<ul style="list-style-type: none"> ○ Formuleer afspraken over informatiestroom (bv. Via tool risicoformulering of LOES).
Management continuïteit	<ul style="list-style-type: none"> ○ Leg vast welke partner coördineert, aanspreekpunt of brugfiguur is in het zorgpad (liaisonfuncties, casemanagers, huisartsen, ...). ○ Maak afspraken om tot vlot schakelen te komen (bijschakelen, terugschakelen).
Transitie 16–25 jaar	<ul style="list-style-type: none"> ○ Ontwikkel afspraken over instroom in volwassenenzorg. ○ Werk met transitie-overleg of dubbel betrokken trajecten. ○ Zorg voor continuïteit in contactpersonen.
Ontwikkelen van materialen	<ul style="list-style-type: none"> ○ Werk visuele afsprakenkaders uit zoals aanbodfiches, stroomdiagrammen en netwerkkaarten uit. ○ Verwerk alternatieven voor spoed in afspraken en materialen. ○ Denk na over inschaling van de netwerkpsychiater. ○ Werk visuele ondersteuning uit voor zorgvragers en naasten. ○ Visualiseer verantwoordelijkheden per partner in het zorgpad op netwerkniveau. ○ Leg verantwoordelijkheden per partner duidelijk vast. ○ Bepaal waar al deze afspraken worden verzameld zodat deze geraadpleegd kunnen worden.
Afspraken rond naasten	<ul style="list-style-type: none"> ○ Leg vast hoe naasten worden betrokken en eventuele veranderingen in informatiedeling bij transitieleeftijd. ○ Maak afspraken over het organiseren of doorverwijzen naar informatiesessies voor naasten (bv. psycho-educatie, uitleg over het aanbod, handvatten voor omgaan met crisissituaties).

Implementatiefase



Na de opstart- en ontwikkelingsfase is het tijd om de afspraken en materialen op netwerkniveau ook effectief in de praktijk te brengen. De implementatiefase zorgt ervoor dat het zorgpad op netwerkniveau echt ingebed raakt in het dagelijks handelen van hulpverleners en organisaties. Het is de brug tussen plannen en doen.

Doel van de implementatiefase

- Netwerkafspraken omzetten in praktijk: de gemaakte afspraken concreet uitvoeren binnen de regio.
- Gedeeld engagement creëren: zorgen dat alle partners gemotiveerd zijn en zich engageren, bijvoorbeeld met een engagementsverklaring
- Communicatie stroomlijnen: zorgen voor heldere en regelmatige communicatie binnen het netwerk GG.
- Organisaties ondersteunen: partners helpen om de afspraken in te bedden in hun eigen werking.

Om implementatie succesvol te maken, is een duidelijke strategie nodig op drie vlakken: communicatie, training en evaluatie. Deze richtlijn bespreekt een aanpak voor deze strategieën op netwerkniveau. Voor de aanpak binnen organisaties verwijzen we naar de implementatietool.

Rollen van CGG-suïcidepreventiewerker en netwerkcoördinator

In de implementatiefase werken de CGG-suïcidepreventiewerker en de netwerkcoördinator nauw samen:

- De suïcidepreventiewerker denkt mee over implementatiestrategieën, adviseert over aanpak en kan medewerkers ondersteunen medewerkers bij de toepassing van zorgpaden.
- De netwerkcoördinator faciliteert samenwerking, zorgt dat gemaakte afspraken worden uitgevoerd en bewaakt communicatie en afstemming tussen alle partners.

1. Een gedeelde communicatiestrategie

Goede communicatie is de ruggengraat van een succesvolle implementatie. Alle netwerkpartners moeten weten:

- **waarom** deze veranderingen nodig zijn;
- **wat** er verandert;
- **wie** waarvoor verantwoordelijk is;
- en **hoe** de samenwerking praktisch verloopt.

Daarom wordt binnen het netwerk afgesproken:

- hoe de visie en doelen worden gecommuniceerd;
- welke communicatiekanalen gebruikt worden (bijv. mailings, presentaties, startmomenten);
- wie aanspreekpunt is bij vragen of obstakels;
- hoe taken binnen de werkgroep worden verdeeld.

Daarbij zijn er twee belangrijke aandachtspunten:

- **Interne terugkoppeling binnen het zorgnetwerk.** Maak duidelijke afspraken over hoe partners informatie uit het netwerkoeverleg en de netwerkaafspraken doorgeven aan hun eigen teams. De manier waarop dit gebeurt kan per organisatie verschillen, maar het is cruciaal dat de informatie effectief wordt gedeeld én toegepast in de dagelijkse praktijk.
- **Vergroten van netwerkbekendheid bij bredere partners.** Niet alle betrokken organisaties zitten mee aan tafel in het zorgnetwerk. Het is dus belangrijk om ook deze partners te informeren over wie welke rol heeft, welke afspraken gelden en welke ondersteuning beschikbaar is. Uit de nulmeting van onze evaluatiestudie blijkt dat een groot deel van de personen met een beleidsmatige rol in de netwerken waar al netwerkaafspraken zijn, de gemaakte afspraken niet kent. Een good practice voor netwerkbekendheid zijn 'netwerkuurtjes'. Tijdens deze laagdrempelige sessies kunnen verschillende zorgactoren elkaar beter leren kennen en meer te weten komen over de netwerkaafspraken.

Een sterke communicatiestrategie zorgt ervoor dat iedereen mee is én zich mee verantwoordelijk voelt.

2. Vaardigheden en kennis ontwikkelen

Zorgverleners moeten weten hoe ze het zorgpad op netwerkniveau in de praktijk kunnen toepassen. Daarom voorziet het zorgnetwerk suïcidaliteit ondersteuning via:

- gezamenlijke **informatiesessies** bv Kick-off;
- **interviews** tussen hulpverleners uit verschillende organisaties;
- overleg over het gebruik van gedeelde methodieken en tools.

Zo wordt expertise versterkt, samenwerking bevordert en ontstaat een gedeeld referentiekader.

Ook **casustafels** kunnen hierbij helpen: ze verbinden partners over de grenzen van organisaties heen, bieden een platform voor overleg én maken ruimte voor uitwisseling van good practices.

Vaardigheden en vorming dienen afgestemd te worden op het zorgniveau:

- **Eerstelijns GG:** vorming rond gespreksvaardigheden, detectie van signalen, basisinterventies (bv. psycho-educatie, steun aan naasten).

- **Gespecialiseerde GG:** verdieping in risicoformulering, evidence-based behandelmethodieken, crisisinterventies, safetyplanning en postcrisiszorg.

Door deze differentiatie worden partners niet overvraagd, en weet elke organisatie welke expertise verwacht wordt op haar niveau.

3. Feedback en bijsturing

Implementatie is geen eindpunt, maar een proces in beweging. Regelmatige terugkoppeling en evaluatie zijn nodig om bij te sturen. Dit vraagt een planmatige aanpak.

Een effectieve methode hiervoor is de **PDSA-cyclus (Plan-Do-Study-Act)**:

- **Plan:** bepaal wat je wil verbeteren en hoe je dat test.
- **Do:** voer dit op kleine schaal uit.
- **Study:** verzamel gegevens en analyseer het effect.
- **Act:** pas aan op basis van wat werkt.

Door deze cycli regelmatig te herhalen, wordt stap voor stap geleerd en verbeterd, zonder het hele zorgpad telkens opnieuw te moeten uitvinden.

4. Maatwerk en tempo

Niet elk netwerk werkt op hetzelfde tempo. Randvoorwaarden zoals middelen, cultuur, interne dynamiek en veranderbereidheid verschillen per regio. Het is daarom essentieel om:

- realistische verwachtingen te stellen;
- ondersteuning aan te bieden waar nodig;
- en flexibel om te gaan met timing.

Implementatie vraagt dus maatwerk, met ruimte voor verschillen én aandacht voor gedeelde doelen.

Good Practices

- **Engagementsverklaring:** Vraag organisaties om formeel in te stemmen met het gebruik van het zorgpad. Dit schept duidelijkheid en versterkt betrokkenheid.
- **Kick-offmoment:** Organiseer een gezamenlijke startdag waar het zorgpad, de materialen en de visie worden toegelicht. Werk met actieve formats zoals quizzen of debattafels om het gesprek op gang te brengen.
- **Online platform:** Voorzie een digitale ruimte waar alle tools en documenten terug te vinden zijn, samen met tips en inspiratie.
- **Regionale ontmoetingsdagen:** Laat netwerkpartners elkaar fysiek ontmoeten, kennis uitwisselen en samen oefenen met de materialen.

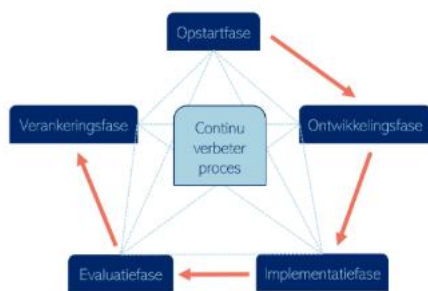
- **Vaste terugkoppelingsmomenten:** Voorzie opvolgoverleg op netwerk- én organisatieniveau. Zorg dat feedbacksystemen duidelijk zijn en dat er afspraken zijn over wat er met feedback gebeurt.
- **Ondersteuning bij obstakels:** Duid per regio aanspreekpunten aan voor vragen of drempels bij de toepassing van het zorgpad op netwerkniveau.
- **Netwerkuurtjes** (online of fysiek): organiseer netwerkbrede laagdrempelige sessies voor zorgactoren die niet (rechtstreeks) betrokken zijn in het netwerkoverleg. In deze netwerkuurtjes kunnen bijvoorbeeld de netwerkafspraken of ontwikkelde materialen worden toegelicht en/of organisaties elkaars werking leren kennen,

Checklist

✓ Let op: de checklist bevat aandachtspunten. Niet elke stap is nodig voor elk netwerk. Stem af op je eigen context.

Checklist implementatiefase cyclisch vijf-fasenproces (project netwerken VAS III)	
Thema	Aandachtspunten
Communicatie	<ul style="list-style-type: none"> ○ Visie en afspraken breed communiceren. ○ Afspraken over rollen en verantwoordelijkheden. ○ Keuze van communicatiekanalen (mail, overleg, infomomenten).
Kennis en vaardigheden	<ul style="list-style-type: none"> ○ Informeren en trainen van netwerkpartners. ○ Organiseren van intervisie of oefensessies op netwerkniveau.
Feedback en bijsturing	<ul style="list-style-type: none"> ○ Gebruik van feedbacktools. ○ Inplannen van PDSA-cycli. ○ Afspraken over wie feedback verzamelt, verwerkt en terugkoppelt.
Opvolging en ondersteuning	<ul style="list-style-type: none"> ○ Aanstelling van aanspreekpersonen. ○ Voorzien in ondersteuning bij obstakels. ○ Terugkoppeling van voortgang naar partners.
Startmoment en engagement	<ul style="list-style-type: none"> ○ Kick-off organiseren. ○ Engagementsverklaringen verzamelen. ○ Materialen breed beschikbaar maken via platform.

Evaluatiefase



Evaluatie is geen eindpunt, maar een continu proces van terugkoppeling en bijsturing, waarbij alle netwerkpartners verantwoordelijkheid dragen.

Zo ontstaat ruimte om gericht stil te staan bij wat goed loopt, waar knelpunten zitten en welke verbeteringen nodig zijn.

Doel van de evaluatiefase

- Inventariseren welke factoren de werking van het zorgpad op netwerkniveau bevorderen of belemmeren, om zo gericht te kunnen optimaliseren.
- Nagaan of jongeren, hun context en hulpverleners de zorg als samenhangend en ondersteunend ervaren.
- Signaleren van knelpunten en groeikansen.
- Versterken van betrokkenheid en gedeeld eigenaarschap binnen het zorgnetwerk suïcidaliteit.

Rol van de CGG-SP medewerker en netwerkcoördinator

De netwerkcoördinator speelt een ondersteunende rol in het coördineren van de evaluatie. Hij zorgt ervoor dat de evaluatie op de juiste momenten wordt uitgevoerd, dat de betrokkenen goed geïnformeerd zijn en dat er effectieve terugkoppeling plaatsvindt naar de netwerkpartners. De verantwoordelijkheid voor de evaluatie ligt echter bij het zorgnetwerk, waarbij de netwerkcoördinator een faciliterende rol vervult om de verbinding tussen de organisaties te waarborgen.

De SP-werker ondersteunt het zorgnetwerk door inhoudelijke expertise te leveren voor de analyse van de verzamelde gegevens. Dit omvat het helpen formuleren van de evaluatiecriteria en -vragen, het interpreteren van de resultaten en het aandragen van inzichten op basis van ervaring in het werken met suïcidale personen. De SP-werker speelt ook een rol in het terugkoppelen van de bevindingen en ondersteunt het zorgnetwerk bij het opstellen van concrete aanbevelingen voor verdere verbeteringen.

Evalueren vanuit drie perspectieven

Een grondige evaluatie houdt rekening met **drie invalshoeken**:

Netwerkperspectief

Hoe werkt de samenwerking tussen de netwerkpartners?

- Zijn de gemaakte afspraken gekend en toegepast bij de verschillende netwerkpartners?
- Zijn rollen, mandaten en communicatie helder?
- Worden partners tijdig en passend betrokken bij kritieke momenten?
- Zijn de ontwikkelde materialen gekend en bruikbaar?

Denk aan evaluatie van overlegstructuren, werkbaarheid van afspraken en ervaren samenwerking.

Hulpverlenersperspectief

Hoe werkbaar en haalbaar is het zorgpad voor hulpverleners?

- Weten hulpverleners wanneer en hoe ze tools zoals het Safety Plan of LOES inzetten?
- Is de informatie-uitwisseling vlot en veilig?
- Wordt de jongere actief betrokken bij beslissingen?
- Hoe ervaren hulpverleners de afstemming bij overdrachten en wachttijden?

Hier kan gebruik gemaakt worden van intervisie, casusevaluaties of korte werkveldbevragingen.

Perspectief zorgvragers en hun naasten

Hoe ervaren zij de zorgcontinuïteit?

- Weten personen met suïcidale gedachten en hun naasten waar ze terecht kunnen?
- Is de zorg gecoördineerd, afgestemd en toegankelijk?
- Voelen cliënten zich betrokken en gehoord?
- Is de communicatie bij crisismomenten helder en gepast?
- Wordt het bredere netwerk (bv. familie, werkcontext, huisarts) actief meegenomen?

Gebruik hiervoor toegankelijke en laagdrempelige evaluatie-instrumenten, aangepast aan de doelgroep.

Evaluatiecriteria

Om effectief te evalueren, leg je best op voorhand duidelijke evaluatiecriteria vast. Zo wordt helder hoe beoordeeld wordt of de doelstellingen zijn behaald.

Enkele tips

- Monitoring aan de hand van indicatoren, zoals de VIKZ-indicatoren (zie bijlage), helpt om de voortgang en kwaliteit van het zorgpad op netwerkniveau systematisch op te volgen.
- Zorg ervoor dat de evaluatiecriteria aansluiten bij de kwaliteitsnormen en accreditatie-eisen van de betrokken organisaties.

Je kan de vier dimensies van zorgcontinuïteit gebruiken als toetsingskader:

Dimensie	Voorbeelden van evaluatievragen
Relationele continuïteit	Is er een vast aanspreekpunt voor de cliënt? Voelt men zich gedragen door het netwerk? Wat gebeurt er bij wissels van hulpverleners?
Informatieve continuïteit	Wordt essentiële info tijdig en veilig gedeeld? Verloopt de informatiedeling op een vlotte manier aan de hand van de gedeelde taal en methodieken? Weten jongeren en ouders waar ze terecht kunnen?
Management continuïteit	Zijn taken, verantwoordelijkheden en schakelmomenten duidelijk? Worden overgangen vlot begeleid? Zijn afspraken over zorgweigerings gekend en gevolgd?
Ervaren continuïteit	Wordt de zorg als logisch, samenhangend en afgestemd ervaren? Is er voldoende participatie?

Evaluatiemethodes

Er werd een nulmeting afgenomen met een evaluatievragenlijst in alle GG-netwerken. Deze evaluatievragenlijst is beschikbaar als monitoringsinstrument om de evolutie in zorgcontinuïteit op te volgen.

Kwalitatieve methodes kunnen daarnaast een waardevolle aanvulling zijn. Denk aan interviews en focusgroepen met jongeren, ouders, hulpverleners, observatie van overlegmomenten, reflectieverslagen na casusopvolging.

Tip: gebruik de vragen uit de "[Vragen voor kwalitatieve evaluatie](#)" om kwalitatief te evalueren.

Opvolging en actie

Evaluatie moet altijd leiden tot concrete acties:

- Bespreek resultaten op de werkgroep.
- Stel verbeteracties op, met duidelijke eigenaars.
- Plan opvolging van actiepunten na 6 maanden.
- Rapporteer terug naar alle betrokkenen, ook jongeren en (hoge)scholen.
- Benoem successen expliciet: toon impact!

Good practices

- **Casustafels organiseren:** Organiseer **casustafels** waarin anonieme casussen besproken worden, met focus op samenwerking en effectiviteit van het zorgpad op netwerkniveau. Dit helpt om zowel inhoudelijke als praktische knelpunten te identificeren.
- **PDSA-cycli** (Plan-Do-Study-Act) op thema's zoals overdracht, postcrisiszorg, transitie.
- **Appreciative Inquiry:** focus op successen en hoe die verder uitgebouwd kunnen worden.
- **Brainstorm en prioriteiten bepalen:** Organiseer een **brainstormsessie** met betrokken partners om te bepalen waar het zorgpad op netwerkniveau goed functioneert en waar

verbeteringen nodig zijn. Gebruik de feedback uit de casustafels en bevestigingen als basis voor deze sessie.

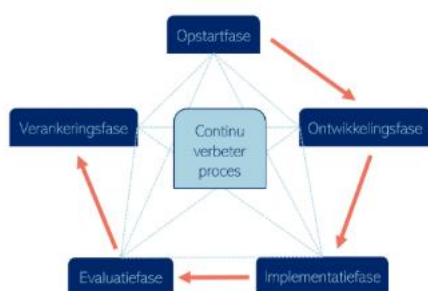
- **Kwaliteit van samenwerking evalueren:** Voer een evaluatie van de **samenwerking** tussen zorgpartners uit. Dit kan bijvoorbeeld aan de hand van de evaluatiebevestiging, [via een reconstructie en evaluatie na een zelfdoding](#), focusgroepen...
- **Evalueren van klinische en organisatorische data:** Verzamel en analyseer **klinische gegevens** (zoals heropnames, doorlooptijden) en **organisatorische data** (zoals de efficiëntie van het zorgproces). Dit geeft inzicht in de effectiviteit van het zorgpad op netwerkniveau op het gebied van zorgresultaten en operationele efficiëntie.
- **Tijdige bijsturing:** Zorg voor mechanismen voor bijsturing wanneer nieuwe knelpunten of uitdagingen opduiken. Gebruik feedbackloops en periodieke evaluaties om te zorgen voor tijdige aanpassingen. Dit voorkomt dat problemen zich opstapelen en zorgt voor een wendbaar zorgpad op netwerkniveau. Plan vaste feedbackmomenten in.
- **Monitoring en rapportage:**
 - Voer regelmatige monitoring van het zorgpad op netwerkniveau uit door gegevens te verzamelen over het gebruik, de patiënttevredenheid en het succes van doorverwijzingen.
 - Stel een transparante rapportageprocedure in die de voortgang en effectiviteit evalueert en terugkoppelt naar de netwerkpartners.

Checklist Evaluatiefase

✔ Let op: de checklist bevat aandachtspunten. Niet elke stap is nodig voor elk netwerk. Stem af op je eigen context.

Checklist evaluatiefase cyclisch vijf-fasenproces (project netwerken VAS III)	
Thema	Aandachtspunten
Doelgericht evalueren	<ul style="list-style-type: none"> ○ Focus op werking van zorgpad op netwerkniveau en samenwerking ○ Invalshoek bepalen (netwerkperspectief, hulpverlenersperspectief, zorgvrager-en contextperspectief)
Leg evaluatiecriteria- en methodes vast	<ul style="list-style-type: none"> ○ Evalueer verschillende dimensies van zorgcontinuïteit (Relationele, informatieve, management- en ervaren continuïteit) ○ Breng evaluatiecriteria in lijn met bestaande kwaliteitsnormen en accreditatievereisten ○ Evaluatiemethode bepalen (gebruik de evaluatievragenlijst en kijk wat aanvullend nodig is).
Participatief werken	<ul style="list-style-type: none"> ○ Betrek zorgvrager en naasten ○ Gebruik toegankelijke tools en formats
Opvolging organiseren	<ul style="list-style-type: none"> ○ Concrete actiepunten opstellen ○ Eigenaarschap vastleggen ○ Successen zichtbaar maken

Verankeringsfase



De verankeringsfase zorgt ervoor dat zorgcontinuïteit structureel ingebed wordt binnen en tussen organisaties. Verankeren betekent dat afspraken en methodieken niet persoonsafhankelijk zijn, maar blijvend opgenomen zijn in werking en beleid.

Verandering bekijft pas als ze breed gedragen én structureel verankerd is.

Doel van de verankeringsfase

- Structurele borging van zorgcontinuïteit in het netwerk GG en de organisaties.
- Afspraken en materialen blijven bruikbaar, ook bij personeelwissels of veranderende omstandigheden.
- Bij nieuwe richtlijnen worden de afspraken en materialen indien nodig geupdated.
- Permanente kwaliteitsverbetering, gedragen door alle netwerkpartners.

Rollen van partners

- **Netwerkcoördinator:** Versterkt samenwerking, bewaakt voortgang, ondersteunt implementatie.
- **CGG-suïcidepreventiewerker:** Biedt inhoudelijke ondersteuning, begeleidt verandertrajecten.
- **Netwerkpartners:** Kunnen actief eigenaarschap opnemen, bv. als voorzitter van overleg.

Strategieën voor verankering

Structurele afspraken vastleggen

- Integreer afspraken over zorgcontinuïteit in samenwerkingsovereenkomsten, draaiboeken of beleidsplannen.
- Voorzie structurele overlegmomenten, ook als projecten aflopen.
- Structurele afspraken dienen ook het onderscheid tussen **eerstelijns- en gespecialiseerde GG** te weerspiegelen. Leg vast:
 - welke verantwoordelijkheden elk zorgniveau heeft in het zorgpad op netwerkniveau;
 - hoe het op- en afschakelen van zorg verloopt;
 - hoe basisactoren betrokken blijven wanneer gespecialiseerde zorg wordt ingeschakeld;
 - hoe gespecialiseerde zorg terugkoppelt naar de basis, zodat jongeren niet uit beeld verdwijnen.
- Door dit onderscheid expliciet op te nemen in samenwerkingsovereenkomsten en beleidsdocumenten, wordt de rol van elk zorgniveau duurzaam geborgd.

Permanente vorming en deskundigheidsbevordering

- Organiseer jaarlijks (inter)netwerkdagen of workshops over zorgcontinuïteit en suïcidepreventie.
- Veranker het gebruik van tools zoals LOES, safetyplanning en tool risicoformulering in interne opleidingen.
- Bij nieuwe richtlijnen of een herwerking van bestaande richtlijnen wordt bekeken of aanpassing van de afspraken nodig is en/of vorming aangewezen is.

Werk met ambassadeurs

- Stimuleer sleutelactoren (zoals CGG-SP's, netwerkcoördinatoren, schoolpsychologen) om het gedachtegoed actief uit te dragen binnen hun sector.
- Maak een werkgroep die het zorgnetwerk warm houdt en wijs aanspreekpunten aan bij verschillende netwerkpartners
- Hou rekening met personeelwissels

Gekozen acties en gemaakte plannen onderhouden en actualiseren

- Maak afspraken over wie deze beheert, actualiseert en verspreidt.
- Voorzie jaarlijkse actualisatie van materialen, visuele hulpmiddelen en afsprakenfiches.

Evaluatie koppelen aan verankering

- Gebruik de resultaten van de evaluatiefase om structurele aanpassingen door te voeren.
- Herbekijk afspraken jaarlijks aan de hand van netwerkfeedback.
- Maak van evaluatie een vast agendapunt in bestaande overlegstructuren.

Good practices

- **Betrokkenheid in bredere zorgstructuren:** CGG-suïcidepreventiewerkers blijven actief in relevante werkgroepen, zoals crisiszorg en acute zorg, om de verbinding tussen zorgprogramma's te versterken en het zorgpad op netwerkniveau te integreren in bredere zorgstructuren.
- **Verankering** kan enkel duurzaam zijn als alle niveaus blijvend verbonden blijven. Structurele overlegmomenten moeten daarom representatief blijven voor alle niveaus: beleidsverantwoordelijken, coördinatoren en teamleiders, én hulpverleners of ervaringsdeskundigen. Installeer vaste schakelmomenten of overlegvormen waarbij deze lagen elkaar ontmoeten, bijvoorbeeld jaarlijkse netwerkdagen of een vaste rapporteringslijn via de netwerkcoördinator naar overheden.
- **Formele verankering in beleid en zorgprocessen:** Neem het zorgpad op netwerkniveau op in standaardwerkwijzen, richtlijnen en protocollen van betrokken organisaties. Dit zorgt voor structurele integratie in de dagelijkse werking.
- **Opleiding en deskundigheidsbevordering:** Organiseer periodieke opleidings sessies en workshops om zorgverleners en netwerkpartners op de hoogte te houden van de nieuwste richtlijnen en best practices.

- **Digitale tools voor continue opvolging:** Gebruik digitale tools, zoals een online platform, om communicatie en samenwerking te vergemakkelijken. Hier kunnen partners ervaringen, knelpunten en best practices delen.
- **Organiseer themavergaderingen** om specifieke onderwerpen te evalueren, zoals vorming, risicoformulering of informatieoverdracht. Ook concrete materialen kunnen daar aan bod komen, zoals het gebruik van een netwerkkaart.

Checklist

✔ Let op: de checklist bevat aandachtspunten. Niet elke stap is nodig voor elk netwerk. Stem af op je eigen context.

Checklist verankeringsfase cyclisch vijf-fasenproces (project netwerken VAS III)	
Thema	Aandachtspunten
Structurele inbedding	<ul style="list-style-type: none"> ○ Afspraken opnemen in samenwerkingsovereenkomsten en beleid. ○ Permanente overlegstructuren voorzien.
Opleiding en vorming	<ul style="list-style-type: none"> ○ Jaarlijks aanbod voorzien rond zorgcontinuïteit. ○ Nieuwe medewerkers actief meenemen in methodieken. ○ Blijvende bekendmaking van de SP-reflex e-learningmodules.
Rolverduidelijking	<ul style="list-style-type: none"> ○ Werk met ambassadeurs of sleutelfiguren. ○ Duid verantwoordelijkheden voor opvolging aan.
Materiaalbeheer	<ul style="list-style-type: none"> ○ Jaarlijkse update en verspreiding van tools. ○ Toegankelijke beschikbaarheid garanderen (online en fysiek).
Cyclische kwaliteitsverbetering	<ul style="list-style-type: none"> ○ Evaluatieresultaten koppelen aan beleidsaanpassingen. ○ Jaarlijkse bijsturing van afspraken.

Contextanalyse

Analyse van de huidige situatie

Een goede start begint met zicht op de beginsituatie. Deze contextanalyse helpt om kansen, uitdagingen en vertrekpunten in kaart te brengen binnen het netwerk GG.

Onderzoek daarbij zowel wat er binnen organisaties leeft, als wat er op netwerkvlak al gebeurt. Gebruik bijvoorbeeld bevragingen, interviews, netwerkanalyses of kwaliteitsmetingen.

Breng in kaart:

- **Welke afspraken rond zorgcontinuïteit bestaan al binnen het netwerk GG?**

Zijn er al werkzame zorgpaden, overlegmomenten of informele samenwerkingen? Welke praktijken zijn inspirerend of succesvol?

- **Wat zijn de grootste knelpunten in zorgcontinuïteit voor personen met suïcidale gedachten?**

Denk aan hiaten in nazorg, versnippering van het aanbod, gebrekkige informatiedoorstroming of moeilijke overgangsmomenten.

- **Hoe is de samenwerking tussen organisaties georganiseerd?**

Zijn er duidelijke aanspreekpunten, gedeelde visies, formele afspraken of net overlappenden, lacunes en visieverschillen?

- **Hoe wordt de samenwerking in het netwerk ervaren?**

Denk aan afstemming bij overdrachten, gezamenlijke inschattingen en beslissingen, overleg, gedeelde verantwoordelijkheid,...

- **Wat loopt goed en wat niet?**

Benoem voorbeelden van succesvolle samenwerkingen of good practices, maar ook zaken die structureel moeilijk blijven.

Bekijk ook:

- **Welke overlegstructuren bestaan er al (bv. crisisnetwerk, casustafels, werkgroepen)?**

Hoe frequent vinden deze plaats? Wie is betrokken? Sluiten deze aan bij het thema zorgcontinuïteit bij suïcidaliteit?

- **Welke partners zijn al betrokken, en wie ontbreekt er nog aan tafel?**

Gebruik eventueel de stakeholderanalyse (zie bijlage) om in kaart te brengen:

- Wie zijn de kernspelers?
- Wat is hun positie, invloed en betrokkenheid?

- Wat zijn hun noden, sterktes, bezorgdheden en verwachtingen?
- **Hoe wordt informatie gedeeld tussen partners?**

Zijn er gedeelde systemen, informele afspraken of knelpunten rond communicatie of GDPR?

- **Wat is de houding tegenover verandering binnen het netwerk GG?**

Zijn er voorbeelden van succesvolle implementaties of net weerstand? Hoe wordt samengewerkt aan vernieuwing?

Stappenplan stakeholder mapping in de GG-netwerken

Zorgvragers met suïcidale gedachten komen vaak in contact met verschillende hulpverleners en organisaties, verspreid over verschillende zorglijnen. Het is dus cruciaal om in kaart te brengen welke actoren betrokken zijn bij de zorg voor suïcidale personen, van toeleiders tot gespecialiseerde zorg.

Suïcidepreventie is een gedeelde verantwoordelijkheid van alle hulpverleners. Het is belangrijk om een brede benadering te hanteren en niet enkel te focussen op specialisten zoals psychiaters, psychologen en psychiatrisch verpleegkundigen. Continuïteit van zorg is belangrijk vanaf het eerste signaal van psychisch lijden of suïcidaliteit, niet alleen in crisissituaties. Dit vraagt dat alle betrokkenen, van nulde tot derde lijn, op de hoogte zijn van de afspraken rond opvang en zorg in hun regio. (Leidraad zorgcontinuïteit, Dumon, Aerts, Verhamme, & Portzky, 2018). Denk dus ruimer dan gespecialiseerde zorg en betrek ook actoren uit de nulde en eerste lijn. Goede zorgcontinuïteit betekent niet alleen dat deze medewerkers signalen kunnen herkennen, maar ook dat ze de nodige ondersteuning krijgen om hiermee om te gaan.

De samenstelling van relevante stakeholders binnen het zorgnetwerk hangt af van de organisatie van de zorg in de regio. Onderstaand stappenplan helpt bij het bepalen van betrokken actoren, met een gefaseerde aanpak: eerst focussen op kernactoren met de grootste impact op zorgcontinuïteit, later uitbreiden naar aanvullende partners.

Stap 1: Maak een inventaris van kernactoren

Identificeer de belangrijkste zorgverleners en organisaties die betrokken zijn bij de zorg en toeleiding van personen met suïcidale gedachten. Overweeg minstens:

- **Spoeddiensten van een algemeen ziekenhuis (AZ):** spoedartsen, spoedverpleegkundigen, en andere specialisten.
- **Huisartsen:** zijn vaak de eerste aanspreekpunten.
- **Mobiele crisisteams:** ambulante teams die intensieve behandeling bieden bij acute psychische problemen (functie 2A).
- **Ambulante en residentiële psychische hulpverlening:** PZ's, PAAZ's, psychiatrische verzorgingstehuizen, CGG's, verslavingszorg, forensische zorg, beschut wonen, revalidatiecentra, privépraktijken van psychologen of psychiaters, mobiele teams langdurige zorg, enzovoort.
- **Urgentiepsychiatrie:** EPSI-teams, crisisopnames of gespecialiseerde psychiatrische diensten.

- **Patiëntenvertegenwoordiging:** ervaringsdeskundigen, lotgenotenorganisaties.
- **Familievertegenwoordiging:** familieverenigingen of mantelzorggroepen.
- **Netwerkspecifieke actoren:** crisismeldpunten, koepelorganisaties, en kennisplatforms.

De keuze van kernactoren hangt af van netwerkspecifieke noden en de focus van het zorgpad dat het zorgnetwerk wil uitwerken. Overweeg ook specifieke doelgroepen of risicogroepen, zoals ouderen, personen met autisme, LGBTQ+, enzovoort.

Stap 2: Zet stappen naar samenwerking

Ga in gesprek met de kernactoren om hun bereidheid tot participatie te peilen. Zorg dat ze betrokken worden vanaf de opstartfase, zodat hun expertise en draagvlak het netwerk mee vormgeven.

Stap 3: Overweeg aanvullende stakeholders

Naast de kernactoren zijn er andere stakeholders die een belangrijke rol spelen:

- **Nooddiensten:** politie, ambulance, brandweer.
- **Eerste professionele opvang:** CAW, studentenbegeleiding, OCMW, thuisverpleging, woonzorgcentra, sociale diensten van bedrijven, enzovoort.
- **Hulplijnen:** bijvoorbeeld Tele-Onthaal, de Zelfmoordlijn.
- **Lokale besturen en eerstelijnszones:** om afstemming met ander regionaal beleid te garanderen.

Stap 4: Plan voor uitbreiding en actualisering

Werk gefaseerd: start met actoren die cruciaal zijn voor de continuïteit van zorg, en breid geleidelijk uit. Houd de mapping levend door deze regelmatig te actualiseren op basis van praktijkervaringen en feedback van jongeren, ouders en professionals. In de opstartfase ligt de nadruk vaak op beleidsverantwoordelijken; bij implementatie en evaluatie is het belangrijk om ook mensen vanop de werkvloer te betrekken. Daarnaast is het een goed idee vanaf de implementatiefase **stafmedewerkers van eerstelijnszones of lokale besturen** te betrekken. Zij kunnen helpen bij het afstemmen van het zorgpad op netwerkniveau op andere regionale initiatieven, ondersteunen bij de implementatie en beleidsmatige verankering en helpen met brede bekendmaking.



Deze afsprakennota legt de visie op zorgcontinuïteit binnen de netwerken GG volwassenen vast en beschrijft het traject evenals de toewijzing van rollen aan zowel netwerkcoördinatoren als CGG SP-medewerkers. De rolverdeling werd in onderling overleg afgestemd. Dit document dient als schriftelijke neerslag van deze afspraken en kan te allen tijde worden geraadpleegd bij onduidelijkheden.

Visie op zorgcontinuïteit suïcidepreventie binnen de netwerken GG volwassenen.

Het Zorgpad Suïcide in de netwerken voor geestelijke gezondheid zorgt ervoor dat patiënten vanaf de eerste signalen van suïcidaliteit tot na een suïcidepoging worden begeleid door een gestructureerd proces. Dit zorgpad omvat crisisinterventie, behandeling, nazorg, preventie en multidisciplinaire samenwerking. Het werkt de zorgcontinuïteit in de hand.

Elk netwerk voor geestelijke gezondheid voor volwassenen dient de oprichting van een Zorgpad Suïcide op te nemen in zijn strategisch plan/ jaaractieplan. Elk netwerk ontwikkelt dergelijk zorgpad volgens eigen snelheid en behoeften in samenwerking met een CGG-suïcidepreventiemedewerker.

Mogelijke topics van dergelijk zorgpad zijn:

1. Screening en Risico-inschatting

- Samenwerkingsafspraken m.b.t. screening: Het eerste deel van een zorgpad richt zich vaak op het vroegtijdig identificeren van suïcidale gedachten en gedrag. In diverse contexten zoals huisartsenpraktijken, ziekenhuizen, of voorzieningen voor geestelijke gezondheid worden mensen gescreend op suïcidaliteit.
- Samenwerkingsafspraken m.b.t. risico-inschatting: Nadat iemand als suïcidaal is geïdentificeerd, wordt een risico-inschatting uitgevoerd door een gekwalificeerde hulpverlener. Deze inschatting houdt rekening met factoren zoals eerdere suïcidepogingen, mentale stoornissen (zoals depressie), psychosociale stressoren en de beschikbaarheid van middelen om suïcide te plegen (zoals medicatie of wapens).

2. Crisisinterventie; Samenwerkingsafspraken m.b.t. acute behandeling: Bij acuut suïciderisico wordt onmiddellijk ingegrepen. Dit kan inhouden dat de persoon naar een spoedeisende hulp wordt verwezen, wordt opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis of intensief wordt opgevolgd door een crisisteam. Vaak zijn er speciale crisisafdelingen in ziekenhuizen en klinieken waar suïcidale patiënten kortdurend intensieve zorg kunnen ontvangen.

3. Samenwerkingsafspraken m.b.t. opvolging

Continuïteit van zorg is cruciaal bij mensen met suïcidegedachten. Vaak worden suïcidale patiënten na hun crisis in een ambulante traject opgevolgd door therapeuten, psychologen of psychiaters. Zorgcoördinatie is belangrijk om te zorgen dat de patiënt niet uit de zorg valt.

4. Ondersteuning van Familie en Naasten

Familieleden en naasten van de suïcidale persoon worden vaak betrokken bij het zorgpad. Ze worden geïnformeerd over hoe ze de patiënt kunnen ondersteunen, waakzaam kunnen zijn voor waarschuwingssignalen en hoe ze zelf met hun eigen stress kunnen omgaan.

5. Multidisciplinaire Aanpak

Suïcidepreventie vereist samenwerking tussen verschillende zorgverleners: huisartsen, psychiaters, psychologen, maatschappelijk werkers en verpleegkundigen. In een zorgpad zou kunnen ingezet worden op de organisatie van multidisciplinaire overlegmomenten om te zorgen voor een gecoördineerde aanpak en goede communicatie tussen alle betrokkenen.

6. Samenwerkingsafspraken m.b.t. nazorgtraject: Mensen die een suïcidepoging hebben ondernomen, hebben een verhoogd risico op herhaling en moeten daarom intensief worden gevolgd. Na een poging worden deze patiënten vaak direct opgevolgd door gespecialiseerde crisisdiensten of suïcidepreventie programma's.

7. Preventie en Educatie

Suïcidepreventieprogramma's richten zich vaak niet alleen op de behandeling van mensen die suïcidaal zijn, maar ook op preventie door middel van opleiding en bewustwording. Dit kan training van zorgverleners omvatten, maar ook voorlichting aan het brede publiek om stigma rond geestelijke gezondheid te verminderen en mensen aan te moedigen hulp te zoeken.

Traject en rollen

De zorgcontinuïteit binnen de netwerken GG kan worden gerealiseerd volgens het stramien uit het draaiboek "Zorgcontinuïteit voor Suïcidale Personen binnen de GGZ-netwerken". Dit draaiboek schetst hoe het ideale proces voor de installatie van zorgtrajecten verloopt en biedt een kader voor een gestructureerde samenwerking. Deze werkwijze zien wij als de meest optimale aanpak, waarbij de netwerkcoördinator en de CGG-preventiewerker in nauwe samenwerking verschillende rollen vervullen om zorgcontinuïteit te waarborgen.

De rol van trekker binnen dit proces varieert afhankelijk van de fase waarin het netwerk zich bevindt. In de beginfase ligt de focus meer op de netwerkcoördinator, terwijl de CGG-SP medewerker een prominentere rol speelt naarmate de inhoud belangrijker wordt. Gedurende het hele proces blijven beide betrokken, wat zorgt voor een goede afstemming tussen proces en inhoud.

Fasespecifieke rollen van netwerkcoördinator en CGG-SP medewerker

De rollen van de netwerkcoördinator en de CGG-SP medewerker variëren afhankelijk van de fase van het proces:

- Opstartfase: De netwerkcoördinator neemt de trekkende rol op zich om de netwerkpartners samen te brengen en de opstart vergaderingen te leiden.

- **Ontwikkelingsfase (inhoudelijk):** De CGG-SP medewerker neemt het voortouw in het ontwikkelen van inhoudelijke materialen en het verder vormgeven van het project. De netwerkcoördinator ondersteunt waar nodig.
- **Implementatiefase:** Beide rollen werken nauw samen om de implementatie van het zorgtraject te begeleiden en te monitoren.
- **Evaluatiefase:** De netwerkcoördinator neemt de leiding in de evaluatie van de behaalde resultaten en de analyse van het proces. De SP-medewerker ondersteunt hierbij door te helpen met de analyses en het terugrapporteren van de resultaten.
- **Verankeringsfase:** De netwerkcoördinator ondersteunt de samenwerking en de verankering binnen de betrokken organisaties. De SP medewerker kan ingeschakeld worden in inhoudelijke momenten/processen.

Door deze fasen af te stemmen op de specifieke expertise van de betrokkenen en hun samenwerking flexibel in te zetten, kan een optimale voortgang en zorgcontinuïteit binnen het netwerk worden gegarandeerd. Om deze samenwerking nog verder te optimaliseren, kan het zinvol zijn om vanaf de evaluatiefase een netwerkpartner te betrekken. In sommige gevallen kan een netwerkpartner vanaf dan zelfs de rol van voorzitter van het overleg vervullen, in afstemming met de netwerkcoördinator en de CGGS-SP medewerker.

Stappenplan per materiaal/methodiek

Stap 1: Doelen en doelgroep bepalen

- **Doelen formuleren (voorbeelden):**
 - Verbeteren van doorverwijzing en communicatie
 - Ontwikkelen van protocollen voor crisisinterventie en nazorg
 - Training en educatie voor zorgprofessionals
 - Ondersteuning bij het signaleren en bespreekbaar maken van suïcidaliteit
 - Verbeteren van crisishantering
 - Informatie en steun bieden aan suïcidale personen en/of hun naasten
- **Doelgroepen:**
 - Zorgprofessionals
 - Beleidsmakers en netwerkcoördinatoren
 - Personen met suïcidale gedachten en/of hun naasten

Stap 2: Inhoud en vorm bepalen

- **Inhoud plannen (voorbeelden):**
 - **Doorverwijsprotocollen:** Stappen voor doorverwijzing en samenwerking
 - **Overzicht zorgketen:** Wie doet wat, wanneer?
 - **Crisisinterventie & nazorg:** concrete acties in acute situaties en opvolging
 - **Communicatieafspraken:** Welke info wordt gedeeld (met toestemming), tussen wie?
- **Vorm bepalen (keuzes voor materialen):**
 - **Visuele tools:** Stroomdiagram, flowchart, netwerkaart

- **Afspraakdocumenten:** Engagementsverklaring, crisiskaart
- **Ondersteunend materiaal:** Visietekst, checklist, draaiboek
- **Vormgeving:** Online vs. gedrukt (poster, flyer, brochure...)
- **Budget opstellen** (*rekening houden met*):
 - **Ontwikkelingskosten:** Layout en vormgeving, digitale tools,...
 - **Productiekosten:** Drukwerk, hosting van online materiaal
 - **Verspreidingskosten:** Logistiek, online platformen

Stap 3: Uitwerken van materialen

- Vorm ad-hoc werkgroepen met zorgpartners en vertegenwoordigers van de doelgroep.

Stap 4: Feedback & Verbetering

- Test de materialen bij een aantal zorginstellingen en bij de doelgroep.
- Verwerk feedback en verbeter de helderheid en bruikbaarheid.

Stap 5: Finaliseren & Implementeren

- **Definitieve goedkeuring** door alle betrokken partijen.
- **Opmaak:** Zorg voor een **heldere, uniforme lay-out** die herkenbaar is binnen het zorgnetwerk.
- **Verspreiding & implementatie:**
 - Stel een verspreidingsplan op
 - Voorzie trainingen of toelichting bij implementatie.

Vragen voor kwalitatieve evaluatie

Deze verdiepende vragen ondersteunen een kwalitatieve evaluatie van het netwerk. Ze bieden aanvullende inzichten naast een bestaande vragenlijst, of kunnen gebruikt worden om verder in te gaan op de resultaten ervan. Ze kunnen ingezet worden tijdens overlegmomenten, interviews, focusgroepen of andere evaluatiemethoden. De vragen zijn thematisch gegroepeerd om het gebruik te vergemakkelijken.

Evaluatie van samenwerkingsafspraken

- Welke factoren spelen een rol bij het naleven van de samenwerkingsafspraken (bijvoorbeeld organisatiecultuur, communicatie, duidelijkheid van afspraken)?
- Hoe ervaren de verschillende netwerkpartners de gemaakte afspraken?
- Worden alle belangrijke netwerkpartners betrokken in de afspraken?
- Voelen alle netwerkpartners zich voldoende betrokken bij de beslissingen en activiteiten van het netwerk?
- Hoe worden samenwerkingsafspraken aangepast of bijgesteld wanneer ze niet blijken te werken in de praktijk?
- Hebben ook niet-gespecialiseerde diensten die frequent of intensief in contact komen met suïcidaliteit voldoende kennis, ondersteuning en tools om hun rol op te nemen?

Gebruik en effectiviteit van materialen

- Wat ontbreekt er aan de bestaande materialen om ze beter te laten aansluiten bij de behoeften van het netwerk?
- Zijn er aanpassingen of aanvullende materialen nodig om knelpunten in de samenwerking aan te pakken?

Samenwerking binnen het netwerk

- Hoe goed functioneren de overlegstructuren binnen het zorgnetwerk, zoals casustafels, werkgroepen en netwerkoverleggen? Wat werkt en wat kan beter?
- Welke bijkomende thema's vinden betrokken partners belangrijk voor de evaluatie?
- Worden er bepaalde netwerkpartners gemist om afspraken te maken over goede zorgcontinuïteit?

Kwaliteit van zorg binnen het netwerk

- In welke mate worden de door het netwerk vooropgestelde doelstellingen (met betrekking tot kwaliteit van zorgverlening aan personen met suïcidaal gedrag) momenteel behaald?
- Hoe meten netwerkpartners zelf of de zorgkwaliteit voor suïcidale personen verbeterd is? Welke indicatoren gebruiken ze hiervoor?
- Welke voorbeelden van goede samenwerking hebben geleid tot verbeterde zorg voor suïcidale personen, en hoe kunnen deze good practices duurzaam verankerd worden?
- Wat zijn helpende factoren en knelpunten in doorverwijzing en informatieoverdracht tussen de organisaties? Hoe kunnen zorgpaden hieraan worden aangepast?

Implementatie van zorgpaden binnen organisaties

- Bij welke zorgactoren zijn medewerkers niet of weinig op de hoogte van de gemaakte afspraken en materialen? Wat kan helpen om afspraken en materialen beter bekend te maken bij deze zorgactoren?
- Welke aanpassingen zijn er nodig in de implementatie op netwerkniveau om barrières weg te werken die medewerkers ervaren bij de implementatie van zorgpaden in hun dagelijkse werk?
- Welke trainingen of ondersteuning hebben medewerkers nodig om zorgpaden effectiever te gebruiken?
- Hoe worden good practices gedeeld tussen organisaties in het netwerk, en wat kan hierin beter?

Verankering van het netwerk en het thema

- Zijn organisaties overtuigd van het nut van de netwerkformule? Waarom wel/niet?
- Voelen organisaties zich (nog) verbonden met het thema suïcidepreventie? Hoe kan hierop worden ingezet?

Perspectief van zorgvragers en naasten

- In welke mate ervaart de zorgvrager/naaste de zorg als gecoördineerd, continu en verbonden? Wat is hierbij helpend en wat kan er beter?

- Hoe kan de nazorg na ontslag beter afgestemd worden op de specifieke behoeften van zorgvragers en naasten?
- Wat zijn concrete voorbeelden van hoe zorgvragers of naasten zich geholpen of juist niet gehoord hebben gevoeld? Hoe kunnen zorgpaden hieraan worden aangepast?
- Voelen naasten zich voldoende betrokken en hoe ervaren zij de samenwerking met hulpverleners?

VIKZ-indicatoren 2025

Het Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg (VIKZ) heeft specifieke indicatoren ontwikkeld om de zorgcontinuïteit voor suïcidale personen te monitoren en te verbeteren. Deze indicatoren richten zich op essentiële aspecten van suïcidepreventie en zorgverlening.

- DIMENSIE 1: ALERTHEID VOOR SUÏCIDALITEIT BIJ DE START VAN HET ZORGTRAJECT
 - % zorgvragers waarbij suïcidaliteit werd bevestigd bij de start van het zorgtraject.
- DIMENSIE 2: FORMELE RISICO-INSCHATTING NA DE BEVRAGING
 - % zorgvragers met een tijdige formele risico-inschatting van de suïcidaliteit.
- DIMENSIE 3: HEREVALUATIE BIJ KRITISCHE MOMENTEN TIJDENS HET ZORGTRAJECT
 - % zorgvragers die een eerste transfer meemaakten tijdens hun zorgtraject waarbij een herevaluatie van het suïciderisico werd uitgevoerd binnen 7 dagen na de transfer.
 - % zorgvragers waarbij in de 7 dagen vóór het beëindigen van het zorgtraject een herevaluatie van het suïciderisico werd uitgevoerd.
- DIMENSIE 4: OPMAAK OF HERZIENING VAN HET SAFETY PLAN
 - % zorgvragers met een risico op suïcide waarbij er een Safety Plan werd opgesteld of herzien.
 - Mediane tijd tussen de eerste formele risico-inschatting met risico op suïcide en opmaak of herziening van het Safety Plan.
 - % zorgvragers met een risico op suïcide waarbij naasten werden betrokken en/of op de hoogte werden gebracht bij het opstellen of herzien van een Safety Plan.
- DIMENSIE 5: OPVOLGING SUÏCIDERISICO BIJ BEËINDIGEN VAN HET ZORGTRAJECT
 - % zorgvragers met suïciderisico tijdens het zorgtraject met een follow-up contact binnen 7 dagen.
 - % zorgvragers met suïciderisico tijdens het zorgtraject waarbij er in de ontslag- of afsluitbrief een vermelding wordt gemaakt van het Safety Plan, het suïciderisico of de opvolging ervan

Concrete aanbevelingen ter optimalisatie van de zorg(continuïteit) voor personen met suïcidale gedachten

De resultaten tonen duidelijk aan dat er in Vlaanderen en Brussel sterke bouwstenen aanwezig zijn voor goede zorgverlening bij suïcidaliteit, maar dat de implementatie, afstemming en structurele verankering ervan onvoldoende gerealiseerd zijn. De volgende aanbevelingen hebben tot doel de structurele en inhoudelijke verbetervoorstellen te concretiseren die nodig zijn om de zorgcontinuïteit voor personen met suïcidale gedachten duurzaam te verbeteren.

- Patiënten/naasten verbinden
 - Verbinden van patiënten met hun naasten
 - Ontwikkel een uniform beleid rond contextgericht werken, waarbij naasten — zoals familieleden, vrienden, of andere belangrijke steunfiguren — systematisch betrokken en ondersteund worden in de zorg, met expliciete aandacht voor vaak vergeten groepen zoals broers en zussen.
 - Zorg voor een gefaseerde en goed ondersteunde verankering van dit beleid in de dagelijkse praktijk, afgestemd op sector, organisatie en context.
 - Ondersteuning voor naasten en nabestaanden
 - Voorzie een structureel en laagdrempelig aanbod voor naasten en nabestaanden (bv. psycho-educatie, individuele en groepsbegeleiding, lotgenotengroepen), zodat hun eigen emotionele belasting, vragen en ondersteuningsnoden expliciet erkend en opgevangen worden.
 - Verbinden van patiënten en naasten met lotgenoten en ervaringsdeskundigen
 - Professionaliseer en ondersteun integratie van ervaringsdeskundigheid en lotgenoteninitiatieven in zorgtrajecten, met duidelijke kwaliteitskaders en omkadering.
- Zorgactoren verbinden
 - Versterken van samenwerking en coördinatie
 - Zet in op samenwerking op netwerkniveau door middel van het opbouwen van een zorgnetwerk suïcidepreventie. Gebruik hierbij de praktische richtlijnen voor samenwerking binnen zorgnetwerken suïcidaliteit netwerken GG volwassenen en kinderen en jongeren.
 - Definieer en verduidelijk rollen (met bijzondere aandacht voor nuldelijnsactoren en huisartsen) en afspraken over samenwerking, communicatie, informatieoverdracht, registratie en opvolging (met bijzondere aandacht voor transitie momenten).
 - Bevorder de uitwerking en implementatie van de bestaande methodieken en tools voor samenwerking binnen de netwerken, afgestemd op lokale noden.
 - Introduceer casemanagement als centrale functie binnen trajectcoördinatie en veranker deze op structurele wijze.
 - Ontwikkel en implementeer een gedeeld, veilig platform voor informatie-uitwisseling tussen zorgactoren.
 - Faciliteer regelmatige intervisie en netwerkoeverleg, en werk met vaste aanspreekpunten op netwerkniveau.
 - Versterk de samenwerking binnen de acute keten (Zelfmoordlijn 1813, noodcentrale 112, politie, ambulance, spoeddiensten, slachtofferhulp, mobiele crisisteams) via gezamenlijke afspraken, opleiding en evaluatie,

met expliciete aandacht voor menswaardige, niet-stigmatiserende interventies.

- Waarborg de continuïteit van zorg met vaste hulpverleners aan de hand van casemanagement, een uitgewerkt protocol voor transitiemomenten en verduidelijking van de rollen.
- Werk duidelijke zorgpaden binnen alle netwerken GG uit, maak de betrokken zorgactoren hiermee vertrouwd en investeer in een goede implementatie van de zorgafspraken.
- Netwerken verbinden
 - Integreer bestaande kennis over kwaliteitsvolle zorg in netwerkafspraken, met aandacht voor netwerkoverschrijdende samenwerking
 - Versterken van communicatie en samenwerking tussen de netwerken
 - Voorzie een overkoepelend en systematisch GG-overleg
 - Voorzie een digitaal platform dat netwerkoverschrijdend kan gebruikt worden voor samenwerking en communicatie
 - Creëren van meer overzichtelijkheid
 - Ontwikkel en verspreid actuele netwerkkaarten (met overzicht aanbod en doorverwijsmogelijkheden per doelgroep)
- Patiënten en zorgactoren verbinden
 - Verbeteren van doorverwijzing en toegankelijkheid
 - Registreer wachttijden, met het oog op beheersing en capaciteitsplanning, en breidt crisis- en opnamecapaciteit uit, met bijzondere aandacht voor minderjarigen
 - Werk afspraken rond overbruggingszorg uit en veranker ze in de routinepraktijk, zodat ze breed gekend en toegepast worden.
 - Creëer een centraal aanspreekpunt voor patiënten tijdens wachtperiodes en maak deze bekend onder patiënten en naasten.
 - Werk aan meer uniformiteit en eenvoud in aanmeldingsprocedures, met bijzondere aandacht voor crisissituaties en minderjarigen.
 - Veranker de rol van school en CLB expliciet in zorgpaden rond suicidaliteit bij kinderen en jongeren, via duidelijke afspraken over signalering, doorverwijzing, terugkoppeling en nazorg.
 - Verbeter de bereikbaarheid van zorgactoren.
 - Creëer meer duidelijkheid over de verantwoordelijkheden en rol van zorgactoren naar hun patiënt.
 - Vergroot de toegankelijkheid voor kwetsbare groepen door in kaart brengen van hun noden en hierop af te stemmen.
 - Versterken van de therapeutische relatie
 - Ondersteun zorgverleners zodat tijd, nabijheid, empathie en authenticiteit in de zorgverlening gewaarborgd blijven.
 - Zet in op regie en autonomieondersteunend werken en vermijd het rigide volgen van protocollen en vooroordelen.
 - Stimuleer een geïntegreerde benadering van lichamelijke en psychische gezondheid (bv. liaison-psychiatrie, gezamenlijke consultaties, gedeelde

- zorgplannen), zodat somatische klachten niet geminimaliseerd worden zodra suïcidaliteit of psychische problematiek op de voorgrond staat.
- Herbekijk het gebruik van ingrijpende veiligheidsmaatregelen (zoals isolatie, fixatie en strikte beperkingen op persoonlijke spullen) en investeer in alternatieven zoals prikkelarme, mensvriendelijke ruimtes en voorzieningen die veiligheid combineren met nabijheid, comfort en behoud van waardigheid.
 - Versterk het beleid rond continuïteit in zorgverleners
- Verbinden met kennis
 - Verhogen van bekendheid van netwerkstructuren en -overleg
 - Verhogen van bekendheid en toepassing van samenwerkingsafspraken en VLESP-richtlijnen/methodieken/tools, met bijzondere aandacht voor de implementatie ervan op de werkvloer en binnen de eerste lijn
 - Optimaliseer huidige VLESP-methodieken/tools/richtlijnen op basis van ervaringen van patiënten, naasten en zorgactoren
 - Zorg voor systematische communicatie en vorming over netwerkafspraken en VLESP-richtlijnen/methodieken/tools voor zowel zorgverleners als personen met een beleidsrol in de zorg, met bijzondere aandacht voor eerstelijnsactoren.
 - Creëer en implementeer duidelijke protocollen over registratie, informatie-uitwisseling en veiligheidsinterventies.
 - Zorg voor een duurzame inbedding van VLESP-richtlijnen en tools in de dagelijkse zorgpraktijk.
 - Monitor de toepassing van richtlijnen en methodieken op de werkvloer aan de hand van implementatieonderzoek.
 - Structureel uitwisselen van expertises en kennis tussen sectoren
 - Wissel expertises uit tussen bijzondere jeugdzorg en psychiatrie om gezamenlijke kennisontwikkeling en zoektocht naar gepaste hulp te bevorderen.
 - Uitwerken van duidelijke richtlijnen en protocollen in verband met het delen van informatie in kader van beroepsgeheim en verhoog de kennis hierover bij de zorgactoren
 - Bevorderen van deskundigheid en aanbieden van training
 - Zet in op een basisopleiding voor elke zorgverlener.
 - Bied gespecialiseerde vorming aan rond langdurige suïcidaliteit (bv specifieke modules rond euthanasievragen).
 - Integreer in vormingen expliciet aandacht voor taalgebruik, houding en gesprekstechnieken rond suïcidaliteit (rechtstreeks, normaliserend en niet-veroordelend vragen), om stigma te verminderen en openheid bij patiënten en naasten te bevorderen.
 - Voorzie een digitaal leerplatform voor vormingen.
 - Monitor de toepassing van richtlijnen en methodieken op de werkvloer aan de hand van implementatieonderzoek.

- Gebruik onderzoeksresultaten om beleid en richtlijnen iteratief bij te sturen, zodat nieuwe regelgeving en handvatten niet enkel worden uitgerold, maar ook evidence-informed worden geëvalueerd en aangepast wanneer knelpunten zichtbaar worden.
- Voorzie structurele middelen om monitoring en bijsturing te verankeren binnen implementatieprocessen
- Bestaande therapievormen evalueren en vernieuwen op basis van wetenschappelijke evidentie en praktijkervaring.

Bronnen

Aeyels, D., Van der Veken, L., & Vanhaecht, K. (2016). *7-fasenmodel voor de ontwikkeling, implementatie, evaluatie en opvolging van zorgpaden: Uitdieping voor transmurale zorg*. Netwerk Klinische Paden.

Carroll, R., Metcalfe, C., & Gunnell, D. (2014). Hospital presenting self-harm and risk of fatal and non-fatal repetition: Systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 9(2), e89944.

Covey, S. R. (1989). *The 7 habits of highly effective people*. Free Press.

Dumon, E., Aerts, S., Verhamme, N., & Portzky, G. (2018). *Zorgcontinuïteit voor personen met suïcidale gedachten: Leidraad en tools*. Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie (VLESP); Politeia.

Dumon, E., Cornelis, E., Aerts, S., & Portzky, G. (2023). *Detectie en interventies bij suïcidale personen: Multidisciplinaire richtlijn voor hulpverleners in de gezondheidszorg*. Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie (VLESP); Politeia.

Freeman, G., & Hughes, J. (2010). *Continuity of care and the patient experience: An inquiry into the quality of general practice in England*. The King's Fund.

Hawton, K., Bergen, H., Cooper, J., Turnbull, P., Waters, K., Ness, J., & Kapur, N. (2015). Suicide following self-harm: Findings from the Multicentre Study of self-harm in England, 2000–2012. *Journal of Affective Disorders*, 175, 147–151.

Hermens, M., van Wetten, H., & Sinnema, H. (2010). *Kwaliteitsdocument Ketenzorg bij suïcidaliteit: Aanbevelingen voor zorgvuldig samenwerken in de keten*. Trimbos-instituut. <https://assets.trimbos.nl/docs/50e2705a-07bf-465f-89f6-91a8078f3a29.pdf>

Hiatt, J. (2006). *ADKAR: A model for change in business, government and our community*. Prosci Learning Center.

Hunt, I. M., Kapur, N., Webb, R., Robinson, J., Burns, J., Shaw, J., & Appleby, L. (2009). Suicide in recently discharged psychiatric patients: A case-control study. *Psychological Medicine*, 39(3), 443–449.

Knesper, D. J., American Association of Suicidology, & Suicide Prevention Resource Center. (2010). *Continuity of care for suicide prevention and research*. Education Development Center. <http://www.sprc.org>

Kotter, J. P. (1996). *Leading change*. Harvard Business Review Press.

Maurer, R. (2010). *Beyond the wall of resistance*. Bard Press.

Sanddal, N. D., Sanddal, T. L., Berman, A. L., & Silverman, M. M. (2003). A general systems approach to suicide prevention. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 33(4), 341–352.

VLESP. (2018). *Leidraad zorgcontinuïteit voor suïcidale personen*.

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.

Zahl, D. L., & Hawton, K. (2004). Repetition of deliberate self-harm and subsequent suicide risk. *The British Journal of Psychiatry*, 185(1), 70–75.