

Dr. C.W. Slotema
Psychiater Parnassia Groep
mei 2019

Methodiek Handleiding Suïcidepoging Nazorg (SuNa)

Inhoudsopgave

Inleiding	6
1. Beschrijving interventie	7
1.1. Doelgroep	7
1.2. Steunsysteem	7
1.3. Indicaties en exclusiecriteria	7
1.4. Doel	8
1.5. SuNa Casemanagement	8
1.5.1. Casemanagement	8
1.5.2. Vormen van casemanagement	8
1.5.3. Kern van casemanagement	9
1.5.4. Bemoeizorg	9
1.6. Uitgangspunten SuNa	10
1.6.1. Het uitgaan van leven	10
1.6.2. Het vrijwillige kader van SuNa	11
1.6.3. Het bieden van laagdrempelige ondersteuning	11
1.6.4. Het behouden van zelfregie	11
1.6.5. Een neutrale positie van de casemanager	11
2. Uitgebreide omschrijving van de SuNa methodiek	12
2.1. Stap 1: Aanmelding bij SuNa	12
2.2. Stap 2: Verwerken van een aanmelding	12
2.3. Stap 3: Eerste contact	13
2.4. Stap 4: Het kennismakingsgesprek	13
2.5. Stap 5: Vervolgcontact	14
2.5.1. Motiveren	14
2.5.2. Exploreren	14
2.5.3. Coördineren	15
2.5.4. Bemiddelen	15
2.5.5. Bieden van een luisterend oor	15
2.6. Stap 6: Afsluiten	15
3. Belangrijke elementen binnen de interventie	17
3.1. Betrekken van het steunsysteem	17
3.2. Huisbezoeken	17
3.3. Rol van behandelaren en consultatie psychiater	18
3.4. Ketenzorg	18
3.5. Samenwerking met ketenpartners	18
4. Procesomschrijvingen	21
4.1. Hoe te handelen bij crisissen	21
4.2. Hoe te handelen bij de vraag naar hulp bij zelfdoding en/of een ingewilligd euthanasie verzoek	21
4.3. Hoe te handelen bij een suïcide	21
4.4. Kindcheck en Meldcode Kindermishandeling en Huiselijk Geweld	22

Dankwoord	23
Literatuurlijst	24
Bijlagen	
Bijlage 1: Casussen SuNa	25
Bijlage 2: Stroomschema SuNa	28
Bijlage 3: Aanmeldformulier verwijzers	29
Bijlage 4: Convenant SuNa Volwassenen	30
Bijlage 5: Meldcode Huiselijk geweld en Kindermishandeling Thuis en Kindcheck	39
Bijlage 6: Handelen bij Suicide en suïcidepoging	40

Inleiding

In navolging op het succes van SuNa jongeren is in 2017, vanuit Indigo Preventie, het project SuNa+, tevens bekend als SuNa volwassenen, gestart. Het project heeft, met ondersteuning van een subsidie van ZonMw, als doel een innovatieve werkwijze te ontwikkelen. Bij SuNa zien we jongeren t/m 27 jaar en volwassenen vanaf 28 jaar, die een poging tot zelfdoding hebben ondernomen en via de Spoedeisende Hulp zijn aangemeld. SuNa ondersteunt op vrijwillige basis in het vinden van passende zorg.

Deze methodiek is ontwikkeld voor casemanagers die hulp bieden aan personen die een suïcidepoging hebben ondernomen. Daarnaast heeft deze methodiek toegevoegde waarde voor professionals die meer inzicht willen krijgen in de hulpverlening en nazorg voor personen die een suïcidepoging hebben ondernomen. De einddoelgroep van deze methodiek zijn de betrokkenen zelf.

Deze methodiekschrijving dient als een leidraad gebruikt te worden. Het doel van het vastleggen van de werkwijze van SuNa is om bij te dragen aan meer eenheid in de uitvoering en de werkwijze ook elders toepasbaar te maken.

Deze methodiek is een dynamisch document, welke in de loop van de tijd kan worden gewijzigd en aangepast naar gelang van de toekomstige ervaringen en rekening houdend met interne en externe ontwikkelingen.

1. Beschrijving interventie

1.1. Doelgroep

SuNa casemanagement richt zich op cliënten die gezien zijn op de spoedeisende hulp (SEH) ten gevolge van een suïcide poging of suïcide ideatie in combinatie met het maken van concrete plannen. Hierbij wordt de definitie van suïcidaal gedrag zoals omschreven in de Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag (2012) gehanteerd, waarbij de term suïcidaal gedrag verwijst naar:

*“Het geheel aan gedachten, voorbereidingshandelingen en pogingen die een zekere intentie uitdrukken om zichzelf te doden.
De term ‘gedrag’ verwijst zowel naar handelingen als naar gedachten.”¹*

1.2. Steunsysteem

Onder steunsysteem wordt begrepen de familieleden, vrienden of kennissen van een cliënt. Vanuit meerdere opzichten wordt het betrekken van naasten geadviseerd. Niet alleen zijn naasten een bron van informatie bij de diagnose van suïcidaal gedrag, maar ook kunnen zij één van de beschermende factoren tegen suïcidaal gedrag zijn.² Aan de basis van de hulpverlening vanuit SuNa ligt de Wet op de Geneeskundige Behandeling Overeenkomst (WGBO). Conform deze wet verstrekt de SuNa casemanager geen informatie aan de naasten van een cliënt zonder toestemming van de cliënt.

1.3. Indicaties en exclusiecriteria

In de bepaling van de indicaties en exclusiecriteria is zorgvuldig gekeken naar de verschillende kenmerken van suïcidaal gedrag. Hierin is een onderscheid gemaakt tussen gedachten, voorbereidingshandelingen en pogingen die een zekere intentie uitdrukken om zichzelf te willen doden.

Hieruit afgeleid worden de volgende inclusiecriteria gehanteerd:

- Cliënt heeft een suïcidepoging gedaan, hieronder wordt verstaan elke handeling met een niet fatale afloop, waarbij betrokkene de intentie heeft tot zelfdoding.
- Cliënt uit suïcidaal gedrag waarbij er sprake is van een combinatie tussen gedachten aan suïcide en het maken van concrete plannen. Een voorbeeld hiervan zijn onder andere spoorlopers.
- Cliënt is naar aanleiding van suïcidaal gedrag gezien op de spoedeisende hulp en/of crisisdienst van verwijzende instanties.
- Cliënt of indien sprake van voogd, toezichthouder, mentor of curator geeft toestemming voor de melding bij SuNa.

SuNa is toegepast bij cliënten van verschillend geslacht, sociaaleconomische status, leeftijd en etnische, culturele en religieuze achtergrond waarbij geen aanwijzingen zijn gevonden dat een van deze factoren een contra-indicatie vormt.

De volgende contra-indicaties zijn van toepassing:

- Cliënt toont non-suïcidaal zelfbeschadigend gedrag als een manier om met ondragelijke gevoelens om te gaan (affect regulatie), zelfbeschadiging als een middel om een negatief zelfbeeld of hopeloosheid te communiceren en zelfbeschadiging als een poging tot zelfcontrole. Deze vorm van non-suïcidale zelfbeschadiging uit zich meest voorkomend in het snijden, krassen of branden in en van de huid en het hoofdbonken.³

¹ Hemert, van A.M. et al. (2012). Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. De Tijdstroom uitgeverij: Utrecht, pg. 12.

² Als boven.

³ Nock, M.K. (2010). Self-Injury. The Annual Review of Clinical Psychology. 6: 339-363.

- Cliënt heeft een ernstig psychiatrische aandoening (EPA) en is langdurig klinisch/intern opgenomen. Er is sprake van een EPA wanneer betrokkene langer dan twee jaar lijdt aan een psychiatrische stoornis, niet klachtenvrij is en daardoor ook ernstige beperkingen in het sociaal en/of maatschappelijk functioneren heeft.⁴
- Cliënt is woonachtig buiten Den Haag.

1.4. Doel

Het hoofddoel van SuNa is het aanbieden van laagdrempelige zorg op maat voor betrokkenen na een suïcidepoging. Hiermee willen we een afname van cijfers van recidieven bereiken onder zowel jongeren als volwassenen. We zetten in op het ondersteunen en begeleiden van cliënten bij het vinden van passende professionele hulp en zich te committeren aan de behandeling.

Hieronder zijn de volgende subdoelen gedefinieerd:

- Een afname van suïcidaal gedrag bij cliënten waardoor het risico op recidief verlaagd wordt.
- Een afname van het aantal drop-outs in een behandeling door het inschakelen van een casemanager en het faciliteren van de stap om hulp te zoeken en de behandeling aan te gaan.
- Het verbeteren van de kwaliteit van leven van een cliënt.
- Het verminderen van de belasting van het steunsysteem van betrokkenen met suïcidaal gedrag.
- Het bewerkstelligen van een netwerk van ketenpartners waarmee toeleiding naar passende zorg gewaarborgd wordt.

1.5. SuNa casemanagement

Er is geen passende definitie van casemanagement in de literatuur te vinden zoals deze wordt geïmplementeerd binnen de SuNa methodiek. De onderstaande omschrijving van het SuNa casemanagement is dan ook afgeleid uit een combinatie van de definities van bemoeizorg en casemanagement.

1.5.1. Casemanagement

Er is geen sprake van één beste manier van casemanagement. Casemanagement is altijd een mix van een aantal van elementen. Welke elementen zijn samengebracht, wie de uitvoerder is en hoe de functie is ingebed in de zorgstructuur hangt af van de doelgroep, bestaande ondersteuningsstructuren en de lokale zorginfrastructuur. De volgende elementen zijn van toepassing voor SuNa; zorg inventarisatie, coördinatie, zorgtoeleiding, monitoring/ evaluatie/ bijstellen van het plan van aanpak en belangenbehartiging.

Toch is casemanagement meer dan een som van delen. Het gaat ook om het aanbieden van de elementen vanuit een integraal pakket, met één aanspreekpunt, vanuit één organisatie en de pro-actieve opstelling van de casemanager.

1.5.2. Vormen van casemanagement

Casemanagement wordt op veel verschillende manieren vormgegeven en aangeboden.

Casemanagement wordt gezien als een vorm van organisatieontwikkeling om versplintering in het zorgaanbod tegen te gaan. Ook staat de beheersing van het (keten)proces voorop. Soms komt een specifieke doelstelling zoals bevordering van de autonomie en zelfredzaamheid van de cliënt naar voren.

De volgende twee vormen lijken toepasbaar bij SuNa, het makelaarsmodel (zorgcoördinator) en het intensive casemanagement model. Het makelaarsmodel is bedoeld om verbindingen te leggen tussen zorgverleners onderling en cliënten. In het intensive case management model worden diensten voor cliënten met complexe problematiek gecoördineerd. Het casemanagement wordt aangeboden vanuit één organisatie of samenwerkingsverband.

⁴ Delespaul, Ph. & consensusgroep EPA (2013). Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychiatrische aandoening (EPA) en hun aantal in Nederland. Tijdschrift voor de Psychiatrie, 55, 427-438.

1.5.3. Kern van casemanagement

Een kernfunctie van het casemanagement is die domeinen met elkaar te verbinden en af te stemmen zodat een integraal en op maat gesneden aanbod ontstaat.

Zorgdiagnostiek/ zorg inventarisatie

Zorgdiagnostiek of inventariseren van de benodigde zorg is het onderzoeken en vaststellen van de problemen van de cliënt op verschillende levensterreinen, de mogelijkheden en belastbaarheid van het informele systeem, en andere oplossingen. De inventarisatie zal leiden naar een plan van aanpak. Zorgdiagnostiek richt zich niet alleen op de medische problematiek, maar op het functioneren van de cliënt in zijn totaliteit.⁵

Coördinatie

In complexere en instabieler situaties kan het nodig zijn de samenhang en afstemming in de zorg (pro) actief te organiseren. Daarbij neemt de casemanager het voortouw en is eerste aanspreekpunt. Als dat nodig is, benadert de casemanager andere hulpverleners, regelt actief de onderlinge afstemming (organiseren van overleg, plannen van de zorgverlening en dergelijke).⁶

Monitoring/ evaluatie/ bijstellen van het plan van aanpak

Actieve monitoring houdt in dat de casemanager de situatie niet alleen in het oog houdt, maar ook intervenueert als dat nodig is, of in ieder geval de passende interventie in gang zet. Naast het vrijwel continu monitoren, plannen en bijsturen van de zorg, kan ook een periodieke evaluatie nodig zijn, aan de hand waarvan het plan van aanpak wordt bijgesteld.

1.5.4. Bemoeizorg

Bemoeizorg wordt omschreven als het aanbieden van ongevraagde hulp aan mensen die zelf geen hulp zoeken, maar wel leven in zorgwekkende omstandigheden. De bemoeizorger zoekt contact met deze mensen en bereidt hen voor op een traject binnen de reguliere of specialistische hulpverlening.⁷

Dit contact zoeken met mensen die ambivalent over hulpverlening zijn komt overeen met het werk van de SuNa casemanager. De SuNa casemanager ziet regelmatig betrokkenen die wel toestemming hebben gegeven voor het contact met SuNa, maar niet bereid zijn om verdere hulpverlening aan te gaan. Het is hierin de taak van de SuNa casemanager om de betrokkene te motiveren tot het gebruik maken van het reguliere of specialistische hulpaanbod.

Afgeleid uit de verschillende modellen voor casemanagement, waar er een onderscheid gemaakt wordt tussen de onderstaande vormen van casemanagement, heeft het SuNa casemanagement de meeste overeenkomsten met het derde model.

1. Minimaal model: het regelen en coördineren van hulp.
2. Coördinatie model: het coördineren en regelen van hulp plus directe begeleiding van cliënten.
3. Uitgebreid model: het coördineren en regelen van hulp inclusief het direct werken met de betrokkene waarbij de casemanager functioneert als schakel tussen instellingen en cliënten en de casemanager vooral degene is die het contact met de betrokkene onderhoudt.⁸

5 Van der Stel, J. (2002, december). De effectiviteit van casemanagement voor de rehabilitatie van psychiatrische patiënten. Geraadpleegd op 19 juli 2018, van http://jaapvanderstel.nl/wp-content/uploads/Casemanagement_psychiatrie_2002.pdf

6 Van Riet, N., & Wouters, H. (2010). Casemanagement, een leer-werkboek over de organisatie en coördinatie van zorg- hulp- en dienstverlening. Assen, Nederland: Van Gorcum.

7 Roeg, D. et al (2012). De effecten van bemoeizorg: De resultaten van een onderzoek bij Nederlandse bemoeizorgteams. Tilburg Universiteit: Tilburg.

8 Riet, N. van & Bruijn, J. (2016). Casemanagement: de methodiek van interdisciplinair samenwerken. Assen: Koninklijke van Gorcum.

De SuNa casemanager biedt tot aan het moment dat een cliënt goed in beeld is, in de reguliere of specialistische hulpverlening, zelf begeleiding aan de cliënt. Dit kan zich uiten in verschillende vormen, zoals tijdelijke praktische begeleiding en wekelijkse gesprekken waarin de casemanager een luisterend oor biedt. Ook nadat een betrokkene in beeld is in de zorg, blijft de casemanager nog enige tijd monitoren totdat betrokkene aangeeft voldoende ondersteuning vanuit de reguliere/specialistische hulpverlening te ontvangen (voorbeeld casus SuNa: zie bijlage 1).

Afgeleid uit bovenstaande hanteert SuNa de volgende definitie voor casemanagement:

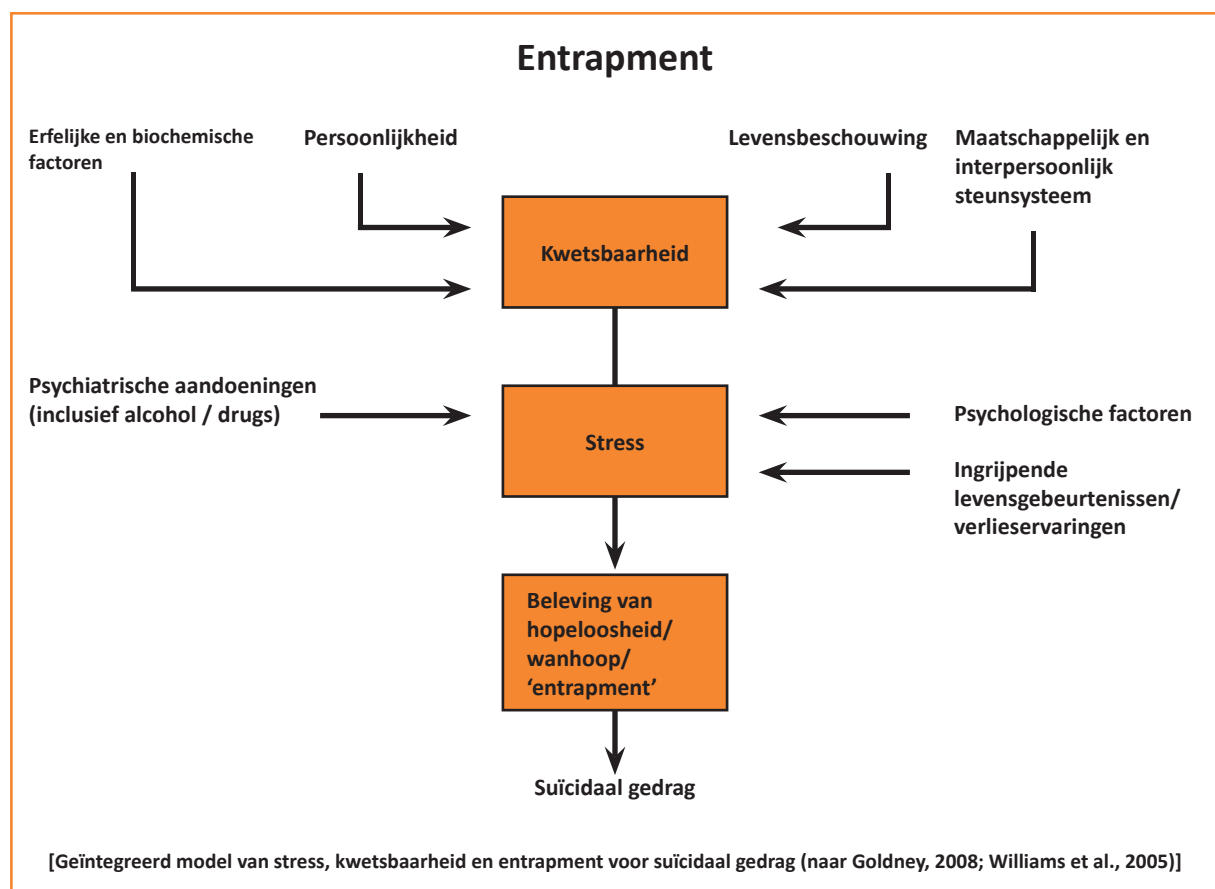
“Het bieden van nazorg en ondersteuning aan cliënten die een suïcidepoging hebben ondernomen, waarbij de nadruk ligt op het begeleiden en motiveren naar passende zorg of het coördineren van bestaande zorg.”

1.6. Uitgangspunten SuNa

Belangrijke uitgangspunten binnen SuNa casemanagement zijn het uitgaan van leven, het vrijwillige kader van het casemanagement, het bieden van laagdrempelige ondersteuning, het behouden van zelfregie en een neutrale positie van de casemanager.

1.6.1. Het uitgaan van leven

Hoewel cliënten onderling verschillen qua specifieke problematiek is er in suïcidaal gedrag sprake van een combinatie van meerdere sociale, biologische en/of psychologische achterliggende factoren die bijdragen aan het ontstaan en in stand houden van suïcidaliteit. Binnen de literatuur wordt hierbij regelmatig verwezen naar het geïntegreerde model van stress, kwetsbaarheid en entrapment.⁹ Dit model gaat uit van verschillende factoren die de kwetsbaarheid van cliënten verminderen of versterken, gecombineerd met stressoren die leiden tot suïcidaal gedrag.



⁹ Slinkman, A. (z.d.). Suïcidaliteit POH-GGZ De nieuwe Multi Disciplinaire Richtlijn Do' en don'ts bij suïcidaliteit - ppt download. Geraadpleegd op 30 juli 2018, van <http://slideplayer.nl/slide/2006284/>

1.6.2. Het vrijwillige kader van SuNa

SuNa casemanagement gaat uit van een vrijwillig kader. Cliënten moeten toestemming geven voor een zorgmelding bij SuNa aan de hulpverlener op de SEH. Indien een cliënt geen toestemming geeft en de hulpverlener meent dat cliënt zich in een zeer ernstige/levensbedreigende situatie bevindt, kan de hulpverlener bij het ontbreken van toestemming een crisistrace inzetten. Dat bestaat uit het melden van de cliënt bij de crisisdienst. Cliënten zijn vrij om elk moment te stoppen met de ondersteuning vanuit SuNa, echter wanneer er sprake is van een levensbedreigende situatie op het moment van stoppen, zal de SuNa casemanager in overleg gaan met de behandelaar om via deze weg een crisistrace in te zetten. Wanneer er geen behandelaar betrokken is zal dit via de huisarts dan wel de SMASH (dienstdoende huisartsenpost) gaan.

1.6.3. Het bieden van laagdrempelige ondersteuning

SuNa casemanagement gaat uit van laagdrempelige hulpverlening. Binnen de SuNa werkwijze betekent dit dat de hulp makkelijk toegankelijk is, via meerdere kanalen. Zo kunnen cliënten contact opnemen met de casemanager via telefoon, mail en/of app. De ondersteuning die aangeboden wordt is flexibel en cliëntgericht. Dit betekent dat SuNa casemanagement niet in één methodiek te vangen is, maar casemanagers de ondersteuning inzetten naar de behoefte van de individuele cliënt. De casemanager werkt outreachend waarbij hij/zij aanwezig is daar waar de cliënt is. Als het contact is gelegd wordt het perspectief van de cliënt centraal gesteld en samen gezocht naar de aard van het probleem en passende nazorg.

1.6.4. Het behouden van zelfregie

Casemanagement binnen SuNa gaat uit van zelfregie van de cliënt. SuNa verstaat hieronder dat de cliënt zelf kan beslissen over hoe zijn/haar leven eruit ziet en hoe de professionele ondersteuning hierin vormgegeven wordt. De cliënten houden, binnen de grenzen van wat er mogelijk is, eigenaarschap en de casemanager en hulpverlening sluiten hier zoveel mogelijk bij aan. Hierin hecht de SuNa casemanager er waarde aan om met de cliënt te ontdekken wat hij of zij belangrijk vindt in het leven. Methoden die gehanteerd worden bestaan onder andere uit het inzetten van zelfhulporganisaties en ervaringsdeskundigen waar gepast, motiverende gespreksvoering en oplossingsgericht coachen.¹⁰

1.6.5. Een neutrale positie van de casemanager

De SuNa casemanager heeft een onafhankelijke positie naar de cliënt, zijn of haar naasten en betrokken instanties of hulpverleners. De casemanager heeft geen toegang tot het elektronisch patiëntendossier van een cliënt en weet, op het moment dat een zorgmelding SuNa gedaan wordt, niet meer dan de volgende gegevens; naam, leeftijd, adres, contactgegevens, huisarts en methode van de suïcidepoging/ernstig zelfbeschadigend gedrag. Deze onafhankelijke positie is essentieel in het kunnen bieden van laagdrempelige ondersteuning aan cliënten.

¹⁰ Brink, C. (2015). Werken vanuit zelfregie: wat houdt het in? MOVISIE, kennis en aanpak van sociale vraagstukken.

2. Uitgebreide omschrijving van de SuNa methodiek

Onderstaand wordt de werkwijze volgens SuNa casemanagement omschreven. Deze werkwijze is gebaseerd op onderzoeken binnen zowel Europa, de Verenigde Staten als Azië en op de praktijkervaring van het SuNa casemanagement zoals deze ondergebracht was bij de GGD Den Haag. De werkwijze beschrijft welke acties wanneer ondernomen moeten worden om het doel, zoals omschreven in deze methodiek, te bereiken. Tevens bevat het een overzicht van de middelen die binnen casemanagement ingezet kunnen worden. Deze middelen zijn te vinden in de bijlagen. De methodiek handleiding beschrijft een stappenplan waarbij kort weergegeven wordt welke stappen wanneer ondernomen moeten worden.

SuNa werkt vanuit een herstelgerichte visie, waarin zelfregie van de cliënt een primair element is. Per cliënt wordt op het moment van kennismaking een casemanagementtraject ingezet. Dit kan per individu verschillen. Onderstaand volgt echter een beschrijving van het verloop van een casemanagementtraject zoals dit in de praktijk meestal wordt gezien. Voor een stroomschema casemanagement (zie bijlage 2.)

2.1. Stap 1: Aanmelding bij SuNa

Wanneer een cliënt voldoet aan de indicaties zoals eerder omschreven, meldt een hulpverlener van de spoedeisende hulp cliënt, met toestemming van de cliënt, aan bij SuNa. De hulpverlener wiens hulp wordt ingezet in verband met een recent ondernomen poging tot zelfdoding en/of ernstig zelfbeschadigend gedrag legt cliënt, alvorens om toestemming te vragen, uit wat de zorgmelding inhoudt, aan wie deze is gericht en welke gegevens daarbij worden verstrekt.

De zorgmelding wordt over het algemeen per mail verzonden aan het algemene SuNa mailadres, na het invullen van het aanmeldformulier (zie bijlage 3). Op dit aanmeldformulier worden de volgende gegevens geregistreerd:

- de naam en de functie van de hulpverlener die de melding doet en de instelling waar hij/zij werkzaam is
- persoonsgegevens van betrokkene, welke naam, adres, telefoonnummer, geboortedatum, huisarts betreffen
- of het om een TS en/of ernstig zelfbeschadigend gedrag gaat en welke methode gebruikt is
- gegevens waaruit blijkt dat de zorgmelding met toestemming van betrokkene is gedaan en indien betrokkene jonger is dan 16 jaar of wilsonbekwaam (tevens) met toestemming van zijn ouder(s)/voogd of vertegenwoordiger is gedaan
- gegevens waaruit blijkt of er toestemming gegeven is om de huisarts in te lichten betreffende melding SuNa.

2.2. Stap 2: Verwerken van een aanmelding

Nadat een melding terecht is gekomen bij de SuNa casemanagers wordt er aan de aanmelder een bevestiging van de ontvangst van de zorgmelding verstuurd, waarin de casemanager aangeeft contact te gaan zoeken met de cliënt.

Het cliëntdossier dat de casemanager na ontvangst van de zorgmelding aanlegt, omvat:

- een kopie van de zorgmelding
- een afschrift van de ontvangst melding die aan de melder is verstuurd
- een contactjournaal waarin de uitkomsten van de contacten die de casemanager, naar aanleiding van de zorgmelding, met de cliënt heeft gehad over de gewenste vormen van de in gang te zetten hulp
- de stappen die door de casemanager zijn ondernomen om de door cliënt gewenste vorm(en) van hulp in gang te zetten; dit wordt verwerkt in het contactjournaal
- indien er contact is geweest met ouder(s)/voogd of vertegenwoordiger van betrokkene, de uitkomsten van deze contacten; dit wordt verwerkt in het contactjournaal

- ingaande en uitgaande correspondentie.

2.3. Stap 3: Eerste contact

De cliënt wordt binnen zeven dagen na aanmelding telefonisch benaderd door de SuNa casemanager. Indien er geen gehoor is, probeert de SuNa casemanager op een ander tijdstip terug te bellen. Wanneer er na drie telefonische contactpogingen geen contact tot stand is gekomen, gaat de SuNa casemanager samen met een collega op huisbezoek. Alleen wanneer er met zekerheid gezegd kan worden dat de cliënt op het huisadres dat bekend is woont, wordt er bij afwezigheid van cliënt een brief verzonden met het verzoek tot het opnemen van contact (zie stap 6 voor het afsluiten van een casus waarbij geen contact tot stand is gekomen).

De casemanager gaat met een open houding het eerste contact aan en ieder eerste contact kan een ander verloop hebben. Het doel van het gesprek is echter in alle gevallen hetzelfde: het maken van contact en het beoordelen, samen met cliënt, of SuNa cliënt kan ondersteunen. Punten die aan bod komen tijdens het eerste contact zijn: een korte uitleg over SuNa, hoe het op dit moment met de cliënt gaat en of er contact is met de hulpverlening. In de meeste gevallen wordt er een afspraak voor een kennismakingsgesprek in persoon gemaakt. Wanneer de cliënt er voor kiest om geen afspraak in persoon te maken en geen gebruik te maken van het aanbod van SuNa, wordt cliënt gevraagd het telefoonnummer van SuNa in zijn of haar telefoon op te slaan en contact op te nemen wanneer hier behoefte aan is.

Wanneer een cliënt afhoudend is maar niet expliciet aangeeft geen gebruik te willen maken van SuNa casemanagement, vraagt de casemanager of hij/zij cliënt na een week of enkele weken weer mag bellen om te kijken hoe het met cliënt gaat. In de praktijk blijkt, dat wanneer de casemanager dit doet, dit uiteindelijk leidt tot contact in persoon.

NB: indien geen contact met jongeren (12-16 jaar) verkregen is na aanmelding, dan zullen, indien gegevens bekend, de ouders worden benaderd.

2.4. Stap 4: Het kennismakingsgesprek

Hoewel het per cliënt verschilt, wordt doorgaans in het kennismakingsgesprek globaal ingegaan op de crisisperiode die cliënt heeft doorgemaakt. Het gesprek dient meer als een exploratie om samen met cliënt te kijken waar de SuNa casemanager kan ondersteunen en hoe het vervolgtraject er uit komt te zien. Tijdens het kennismakingsgesprek wordt een inschatting van de behoefte aan nazorg uitgevoerd. Hiertoe stelt de casemanager verkennende vragen om de situatie van de cliënt beter in beeld te krijgen. Een uitkomst van de analyse kan zijn dat een cliënt voldoende in zorg is en de casemanager weinig voor cliënt kan betekenen hierin. Na overeenstemming met cliënt zal dan het casemanagement afgerond worden en het dossier bij SuNa worden gesloten.

Er wordt in overleg met de cliënt een kennismakingsgesprek ingepland. Hoewel elk kennismakingsgesprek anders verloopt, komen de volgende punten in elk kennismakingsgesprek naar voren:

- Aanbod vanuit SuNa, waarin wordt benadrukt dat SuNa geen behandeling aanbiedt, maar begeleiding en ondersteuning waar nodig. De behandelaar of (bij afwezigheid van een behandelaar) de huisarts, zal altijd de eindverantwoordelijkheid dragen over een cliënt. De casemanager is verantwoordelijk voor het coördineren en afstemmen van de hulpverlening rondom een cliënt, wanneer dit vooraf afgesproken is met de cliënt en wanneer hier toestemming voor is gegeven.
- Uitleg over de gegevens die vastgelegd worden, en hierbij specifiek benoemen dat de casemanager niet in het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) van een cliënt kan. Doordat de SuNa casemanager niet in het EPD kan, wordt de onbevangen houding van de casemanager versterkt, aangezien er geen voorkennis van de cliënt is. Dit helpt de casemanager om de eerste kennismaking open in te gaan en samen met de cliënt te exploreren waar er behoefte aan ondersteuning is en hoe casemanagement ingezet kan worden.

- In kaart brengen van het steunsysteem van de cliënt. De SuNa casemanager vraagt in het eerste kennismakingsgesprek altijd of de cliënt mensen om zich heen heeft die hem of haar kunnen steunen
- Ondertekenen van een toestemmingsverklaring. De cliënt wordt gevraagd toestemming te geven aan de casemanager om contact op te nemen met alle hulpverleners die betrokken zijn, zonder deze toestemming mag de casemanager geen gegevens uitwisselen met betrokken hulpverleners. Mondelinge toestemming is ook afdoende.

NB: jongeren tot 12 jaar worden altijd samen met ouders gesproken. Jongeren tussen de 12 en 16 jaar, worden afhankelijk van de situatie alleen of met ouders gesproken, waarbij geldt dat er nimmer zonder toestemming van ouders/ voogd/ verzorgers, op behandelniveau gesproken mag worden met de jongeren.

2.5. Stap 5: Vervolgcontact

Het vervolgcontact en hoe dit vormgegeven wordt is afhankelijk van de individuele situatie van de cliënt. De SuNa casemanager biedt maatwerk aan, een vervolgtraject toegesneden op de behoefte van de cliënt. Dit maatwerk kan verschillende vormen aannemen.

2.5.1. Motiveren

In de praktijk zijn er binnen de SuNa doelgroep verschillende aanleidingen te identificeren waarbij motiverende gespreksvoering ingezet kan worden door de casemanager.

1. Begeleiden naar de zorg: in gevallen waar een cliënt niet in beeld is en er gegronde vrees bestaat dat de cliënt niet aan zal komen bij de behandelaar wegens gebrek aan motivatie of inzicht in de noodzaak. De casemanager speelt een belangrijke rol om de cliënt te motiveren om behandeling aan te gaan. Hiertoe past de casemanager motiverende gespreksvoering toe, een methode van gespreksvoering waarin het centraal staat om de cliënt in beweging te brengen zijn/haar leven te veranderen. De casemanager werkt samen met de cliënt en past principes toe zoals het tonen van empathie, het ontwikkelen van discrepantie, het vermijden van discussie, het omgaan met weerstand en het ondersteunen van zelfredzaamheid.¹¹
2. In zorg blijven: dat casemanagement effectief is voor het stimuleren van cliënten om in zorg te blijven wordt in verschillende onderzoeken aangetoond. Doordat de casemanager flexibel is heeft hij/zij de ruimte om een cliënt te begeleiden naar de afspraken met een behandelaar/hulpverlener, een interventie die effectief is.¹²

2.5.2. Exploreren

De casemanager kijkt samen met de cliënt waar er behoefte aan is. Dit middels het uitvragen van de verschillende leefgebieden, maar niet volgens een vast patroon. Er wordt bij het SuNa casemanagement geen gebruik gemaakt van formulieren en/of vragenlijsten. Dit draagt bij aan de laagdrempeligheid van het SuNa casemanagement.

In veel gevallen leidt de analyse tot een besluit dat er meer of andere hulpverlening ingezet moet worden. In dit geval ondersteunt de casemanager de cliënt in het vinden van deze passende hulp. Belangrijk om hierbij op te merken is dat de casemanager geen verwijzer is. Verwijzingen zullen door de betrokken behandelaar of de huisarts ingezet worden. De casemanager kan echter contact opnemen met de behandelaar of huisarts om te adviseren.

Om de cliënt succesvol te kunnen ondersteunen met het vinden van passende hulpverlening is het van belang dat de casemanager goede kennis van de sociale kaart heeft. Dit houdt in dat de casemanager:

¹¹ Bartelink, C. (2013). Wat werkt: Motiverende gespreksvoering. Utrecht: Nederlands Jeugd Instituut.

¹² Morthorst, B. et al. (2012). Effect of assertive outreach after suicide attempt in the AID (assertive intervention for deliberate self harm) trial: randomised controlled trial. BMJ. 345.

- weet in hoeverre de instellingen en organisaties in de omgeving van de cliënt geschikt en toegankelijk zijn
- goede relaties onderhoudt met de verwijzers, in de meeste gevallen zijn dit de behandelaar van een cliënt en/of de huisarts
- zijn/haar professionele netwerk uitbreidt door goed contacten op te bouwen en te onderhouden met verschillende instellingen en collega casemanagers om zo de lijnen tussen instanties kort te houden.¹³

2.5.3. Coördineren

In de praktijk wordt veelal gezien dat meerdere hulpverleners een cliënt ondersteunen, met name wanneer er sprake is van multiproblematiek. Omdat de problemen die cliënten ervaren veelal met elkaar samenhangen, is het van belang dat zij in samenhang worden aangepakt. Hierbij is een integrale aanpak gepast. Deze ketenaanpak dient goed gecoördineerd te worden waarbij cliënt en hulpverleners goed van elkaar op de hoogte zijn wie welk probleem aanpakt. SuNa casemanagement is dan ook vraag gestuurd. Dit houdt in dat de casemanager samen met de cliënt de behoeften van de cliënt in beeld brengt door middel van een gerichte analyse. De casemanager kijkt naar aanleiding van deze analyse samen met de cliënt naar het “wie doet wat”. Hierin wordt eerst gekeken wat de cliënt zelf kan doen en wat bijvoorbeeld het systeem van een cliënt kan betekenen. Vervolgens wordt er ingegaan op wat de behandelaar of andere hulpverleners kunnen doen en waar de casemanager eventueel kan aanvullen. Belangrijk om hierbij te benoemen is dat de casemanager uitgaat van de eigen kracht van de cliënt.

De SuNa casemanager is een bemiddelaar tussen betrokken partijen en instanties en vertegenwoordigt hierin de belangen van de cliënt. Een methodiek die hierbij gebruikt kan worden is het organiseren van een afstemmingsoverleg, waarbij partijen samenkomen om afspraken te maken en de hulpverlening af te stemmen op de behoefte van de cliënt. De SuNa casemanager gaat na het afstemmingsoverleg na of betrokken instanties zich houden aan de gemaakte afspraken of dat deze afspraken bijgesteld moeten worden. Het afstemmingsoverleg vindt zo snel mogelijk na het kennismakingsgesprek plaats. De cliënt is altijd aanwezig bij het afstemmingsoverleg en zowel de hulpverleners als cliënt ontvangen een verslag van het afstemmingsoverleg, welke zo nodig door de SuNa casemanager wordt opgesteld.

2.5.4. Bemiddelen

Het kan zijn dat de cliënt al in beeld is bij een zorginstantie, maar aangeeft dat de hulpverlening niet voldoende is, of niet past bij wat hij/zij op het moment nodig heeft. Wanneer dit het geval is, is het risico op afhaken of drop-out tijdens een behandeling verhoogd. De casemanager neemt dan de rol van bemiddelaar aan en kijkt samen met de cliënt hoe de huidige hulpverlening verbeterd kan worden. Dit kan inhouden dat de casemanager samen met cliënt en de huidige behandelaar meedenkt hoe de zorg beter passend gemaakt kan worden, of eventueel bemiddelt naar andere vormen van hulpverlening.

2.5.5. Bieden van een luisterend oor

In alle gevallen biedt de casemanager een luisterend oor. De casemanager is een laagdrempelige, flexibele toegang voor de cliënt. Casemanagement binnen SuNa kan in sommige gevallen alleen eruit bestaan dat de cliënt een extra moment in zijn/haar hulpverleningstraject heeft waarin de cliënt zijn of haar hart kan luchten. De SuNa casemanager draagt door het bieden van een luisterend oor bij aan het herstellen van evenwicht.

2.6. Stap 6: Afsluiten

Alle afsluitingen worden besproken in het casuïstiek overleg van het SuNa team. Wanneer een casus afgesloten wordt, onderneemt de casemanager de volgende stappen:

- De casemanager voert een afsluitend gesprek met cliënt waarin aandacht wordt geschonken aan de voortgang van cliënt, de afspraken die er gemaakt zijn en de ervaring van de cliënt met het casemanagement.

¹³ Riet, N. van & Bruijn, J. (2016). Casemanagement: de methodiek van interdisciplinair samenwerken. Assen: Koninklijke van Gorcum.

- Het afsluitende gesprek en de voortgang worden gerapporteerd in het contactjournaal in het dossier van de cliënt.
- Indien toestemming verkregen is van cliënt, verstuurd de casemanager een afsluitende brief naar de huisarts en andere betrokken hulpverleners. In deze brief wordt een korte samenvatting van het casemanagementtraject tezamen met de gemaakte afspraken vermeld. Op verzoek van cliënt kan deze brief ook naar cliënt gestuurd worden.
- Wanneer alles in het dossier verwerkt is, wordt het dossier afgesloten.

NB: wanneer het een jongere betreft (tot 18 jaar) wordt er structureel, bij afsluiting SuNa, een kopie van de huisartsbrief naar de jeugdarts van het CJG verstuurd. Dit nadat toestemming is gegeven.

Het moment van afsluiten van een casus is afhankelijk van de cliënt. Er zijn verschillende redenen van afsluiting van casemanagement:

- Cliënt is in zorg en er is geen behoefte aan casemanagement vanuit SuNa meer: de SuNa casemanager heeft het nazorgtraject gecoördineerd en er zijn duidelijke afspraken gemaakt over de vervolgbehandeling van de cliënt. In overleg met cliënt en behandelaar sluit de SuNa casemanager het casemanagement af. Gemaakte afspraken worden genoteerd in het contactjournaal in het dossier en, indien van toepassing, in een verslag van een afstemmings-overleg.
- Er is behoefte aan langdurig casemanagement wat niet door het SuNa team geboden kan worden (SuNa zet in op een maximale duur van zes maanden casemanagement).
- Cliënt trekt de toestemming tot aanmelding SuNa in. In sommige gevallen kan het voorkomen dat een cliënt de gegeven toestemming voor aanmelding intrekt. De SuNa casemanager zal dan het dossier afsluiten. Er wordt geen brief naar de huisarts gestuurd, gezien het ontbreken van toestemming.
- Er is geen contact tot stand gekomen: het kan voorkomen dat de SuNa casemanager geen contact krijgt met de cliënt. Dit bijvoorbeeld wanneer er geen telefoonnummer bekend is, of wanneer na meerdere huisbezoeken en afspraken de cliënt niet bereikt is. De SuNa casemanager blijft via verschillende wegen pogingen ondernemen om het contact tot stand te brengen en kan huisbezoeken, brieven en telefonisch contact inzetten. Brieven worden echter alleen gestuurd wanneer het zeker is dat de cliënt op het bekende adres woont. Wanneer er na herhaalde pogingen geen contact tot stand is gekomen, sluit de SuNa casemanager in overleg met het SuNa team de casus af.
- In uitzonderlijke situaties, zoals wanneer de betrokkene agressie heeft getoond naar de SuNa casemanager wordt het contact beëindigd. Dit is in de looptijd van SuNa nog niet voorgekomen.

3. Belangrijke elementen binnen de interventie

3.1. Betrekken van het steunsysteem

De meeste cliënten maken deel uit van een sociaal netwerk van familie, vrienden en kennissen. Zoals omschreven in de multidisciplinaire richtlijn¹⁴ is het van belang het steunsysteem van een cliënt te betrekken in de hulp die aan een cliënt wordt geboden. Niet alleen tijdens de behandeling van de suïcidaliteit kan het steunsysteem een waardevolle bron van informatie zijn, maar ook bij het ondersteunen van een cliënt. Het steunsysteem kan dan fungeren als één van de beschermende factoren. Aandacht voor de rol van het steunsysteem, maar met name ook voor de emoties en ervaringen van een naaste zijn dan van belang.¹⁵ Ook al biedt de SuNa casemanager geen behandeling aan, de casemanager zal wel, wanneer hier toestemming voor is, het steunsysteem betrekken in het casemanagement.

Het betrekken van het steunsysteem wordt gedaan voor zover dit binnen de grenzen van het beroepsgeheim te verantwoorden is. Alles gaat in overleg met de cliënt. Ook wordt door de SuNa casemanager rekening gehouden met het gegeven dat het niet altijd mogelijk is het steunsysteem van een cliënt te betrekken. Sommige cliënten kampen met een onveilige thuissituatie of een onstabiel netwerk.

In alle gevallen van het betrekken van het steunsysteem, wordt eerst de cliënt alleen gesproken om vertrouwelijke zaken te kunnen bespreken. Omdat er door de SuNa casemanager geen behandeling aangeboden wordt, zal de casemanager het steunsysteem motiveren om contact op te nemen met bijvoorbeeld systeemtherapie, de familie vertrouwenspersoon of stichting Korrelatie. Ook binnen Indigo worden workshops aangeboden voor het sociale netwerk, zoals Kinderen van Ouders met Psychische Problemen (KOPP) of Kinderen van Verslaafde Ouders (KVO).

3.2. Huisbezoeken

Een huisbezoek kan ingezet worden in overleg met de cliënt. De voordelen van een huisbezoek zijn onder andere dat er meer persoonlijke aandacht aan een cliënt geschonken kan worden. Tevens biedt het huisbezoek meer inzicht in de situatie van een cliënt: hoe is de staat van het huis, zijn er tekenen van verwaarlozing, zijn er zaken die opvallen zoals gordijnen die dicht zijn, zijn er meerdere bewoners en hoe is de interactie tussen cliënt en gezin/familie als deze aanwezig zijn? Observaties vanuit het huisbezoek kunnen op die manier leiden tot een betere inschatting van de situatie waarin een cliënt zich bevindt.

Het huisbezoek van de casemanager heeft uitsluitend betrekking op de gesteldheid en het welzijn van de cliënt en kan om verschillende redenen ingezet worden:

1. Wanneer er geen contact met cliënt is geweest: twee SuNa casemanagers zullen op huisbezoek bij cliënt gaan, wanneer er geen telefonisch contact tot stand is gekomen. Het huisbezoek wordt dan ook ingezet als methode om een cliënt te bereiken en zo het contact tot stand te brengen.
2. Wanneer er contact met cliënt is: wanneer de cliënt aangeeft het prettig te vinden om de casemanager thuis te ontvangen. In deze situatie kan de casemanager ervoor kiezen om dit alleen te doen. Dit echter alleen wanneer casemanager de cliënt al kent en het eerste kennismakingsgesprek al is geweest.

¹⁴ Hemert, van A.M. et al. (2012). Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. De Tijdstroom uitgeverij: Utrecht.

¹⁵ Hemert, van A.M. et al. (2012). Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. De Tijdstroom uitgeverij: Utrecht.

Bij het afleggen van huisbezoeken is er een aantal veiligheidsafspraken dat ervoor moet zorgen dat de veiligheid van de medewerkers en de cliënt gewaarborgd blijft. Omdat de SuNa casemanager vaak zonder, of met minimale voorkennis over een cliënt het huisbezoek ingaat, is het vooraf invullen van een risico inschatting moeilijk en is ervoor gekozen om het eerste huisbezoek altijd met twee casemanagers te doen. Uitzonderingen hierop, zoals wanneer er regelmatig face-to-face contact is geweest, worden vooraf in het team besproken.

3.3. Rol van behandelaren en consultatie psychiater

De behandelaar of (bij afwezigheid van een behandelaar) de huisarts, zal altijd de eindverantwoordelijkheid dragen over een cliënt. Deze regiebehandelaar zal dan ook verantwoordelijk zijn voor het opstellen, vaststellen, uitvoeren en evalueren van het behandelplan. De SuNa casemanager als coördinator is verantwoordelijk voor het coördineren en afstemmen van de hulpverlening rondom een cliënt.

De SuNa casemanager zal situaties tegenkomen waarbij advies van een behandelaar of psychiater gewenst is, zoals bijvoorbeeld bij cliënten waarbij sprake is van multiproblematiek. Om dit te faciliteren, is er een vaste psychiater die kan dienen als achterwacht voor de SuNa casemanager. Daarnaast sluit er elke twee weken een psychiater aan bij het casuïstiek overleg. Indien er een beoordeling op de suïcidaliteit zal moeten plaatsvinden, schakelt de SuNa casemanager de behandelaar van de cliënt in. Bij afwezigheid van de behandelaar zal de vervangend behandelaar ingeschakeld worden.

Andere consultatiemogelijkheden die de casemanager heeft, zijn onder andere de bureaudiensten van de verslavingszorgafdeling, de bureaudienst van de jeugdcrisisdienst en spoedzorg. Deze organisaties mogen alleen ingeschakeld worden wanneer er toestemming door de cliënt is gegeven of wanneer er anoniem wordt overlegd.

3.4. Ketenzorg

Het waarborgen van continuïteit is essentieel bij de hulpverlening aan suïcidale cliënten. Duidelijkheid over de verschillende professionele rollen en afspraken binnen de zorgketen is belangrijk en het samenwerken in een keten van zorg is dan ook onmisbaar wanneer er verschillende hulpverleners/ disciplines of organisaties betrokken zijn.¹⁶ Bij het opzetten van de ketenaanpak in het SuNa programma is rekening gehouden met de aanbevelingen zoals deze omschreven zijn in het Kwaliteitsdocument Ketenzorg bij suïcidaliteit (Hermens et al. 2010).

De afspraken binnen de ketenaanpak SuNa staan beschreven in het convenant, ondertekend door betrokken ketenpartners (zie bijlage 4). Deze afspraken worden elke drie maanden tijdens een stuurgroep overleg geëvalueerd. Het borgen van de afspraken binnen de individuele organisaties is de verantwoordelijkheid van de ketenpartner.

3.5. Samenwerking met ketenpartners

De SuNa casemanager werkt samen met verschillende zorgaanbieders. Hierin is de casemanager geen officiële verwijzer, maar motiveert de casemanager de cliënt om via officiële verwijzers zoals de huisarts toegang tot zorg te krijgen. Voorbeelden van organisaties waar de SuNa casemanager mee samenwerkt zijn:

Parnassia Groep Crisisdienst

De crisisdienst van de Parnassia Groep wordt veelal ingeschakeld voor een beoordeling op suïcidaliteit door huisartsen, het ziekenhuis of de politie. De crisisdienst is beschikbaar voor consult en overleg

¹⁶ Hemert, van A.M. et al. (2012). Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. De Tijdstroom uitgeverij: Utrecht.

Spoedzorg

Het komt regelmatig voor dat een cliënt aangemeld wordt bij spoedzorg voor een adviesconsult. De SuNa casemanager werkt samen met Spoedzorg om een cliënt te ondersteunen waar nodig.

Intensieve Behandeling Thuis (IBT)

Het IBT team biedt zeven dagen per week behandeling bij cliënten thuis om een opname te verkorten of te voorkomen.

PsyQ

Cliënten worden vaak door de crisisdienst of de huisarts aangemeld bij verschillende afdelingen binnen PsyQ zoals het Centrum Persoonlijkheidsproblematiek (CPP) en afdeling Depressie

Indigo Preventie

De casemanager werkt samen met Indigo Preventie en kan de cliënt motiveren om zich aan te melden voor bijvoorbeeld Running therapie, of een cursus Vrienden maken.

Brijder

Brijder is specialist in Verslavingszorg en richt zich op het voorkomen en behandelen van verslaving met bijkomende problematiek en op het verbeteren van de kwaliteit van leven.

Fivoor

Fivoor is gespecialiseerd in psychiatrische zorg voor enerzijds patiënten met een forensische indicatie en anderzijds patiënten die een heel specifieke behandeling nodig hebben vanwege een hoog intensieve zorgbehoefte.

Youz

Specialistische Jeugd GGZ, wanneer er sprake is van jeugdigen, kan het voorkomen dat de SuNa casemanager samenwerkt met Youz, omdat of Youz Preventie ingeschakeld dient te worden, of omdat de jeugdige in behandeling is/komt bij Youz.

CIT (crisis interventie team)

Hulpverlening van het crisisinterventieteam (CIT) is kortdurend, intensief en desgewenst op locatie met als doel om samen met het gezin tot (praktische) oplossingen te komen. De hulpverlening geschiedt op vrijwillige basis.

Wijkteams GGZ

Wanneer er sprake is van een ernstige psychiatrische aandoening (EPA) wordt het wijkteam GGZ ingezet.

Huisarts / POH GGZ / SMASH

De huisarts wordt, daar waar toestemming is, betrokken in het casemanagement traject. Dit omdat de huisarts in de meeste gevallen een centrale rol speelt in de zorg voor cliënten met suïcidaal gedrag. De huisarts is degene die de eerste diagnostiek doet, die signaleert of er sprake is van suïcidaliteit en de cliënt verwijst naar bijvoorbeeld de specialistische GGZ. Hemert, van A.M., et al (2010). Kwaliteitsdocument Ketenzorg bij suïcidaliteit. Trimbos: Utrecht.¹⁷

113

De SuNa casemanager heeft de mogelijkheid om cliënten te wijzen op 113. 113 biedt laagdrempelige hulp met online en telefonische hulpverlening door professionals, vrijwilligers en stagiairs. Mensen met suïcidale gedachten of gevoelens en hun naasten kunnen hier 24/7 anoniem gebruik van maken.

¹⁷ Hemert, van A.M., et al (2010). Kwaliteitsdocument Ketenzorg bij suïcidaliteit. Trimbos: Utrecht.

Jeugd en Maatschappelijke Ondersteuning (JMO)

Het SWT kan worden ingezet bij cliënten waarbij sprake is van multiproblematiek, vooral op sociaal maatschappelijk vlak.

Centrum Jeugd en Gezin (CJG)

Het CJG wordt ingezet wanneer er sprake is van betrokken jeugdigen of kinderen van een betrokken ouder/verzorger. Hierbij werkt de SuNa casemanager samen met de jeugdarts om het hele systeem van de cliënt in beeld te krijgen en indien nodig verwijst de jeugdarts door naar een gezinscoach voor (gezins)begeleiding.

NB: Wanneer het een jongere betreft (tot 18 jaar) wordt er structureel, bij afsluiting SuNa, een kopie van de huisartsbrief naar de jeugdarts van het CJG verstuurd. Dit nadat toestemming is gegeven.

NB: wanneer het een jongere betreft (tot 18 jaar) wordt er structureel, bij afsluiting SuNa, een kopie van de huisartsbrief naar de jeugdarts van het CJG verstuurd. Dit nadat toestemming is gegeven.

Veilig Thuis

Wanneer er een melding naar Veilig Thuis is gedaan, of wanneer de wettelijke meldcode Huiselijk geweld en kindermishandeling (zie bijlage 5) van toepassing is en er een melding gedaan moet worden, stemt de SuNa casemanager de nazorg af met Veilig Thuis en worden er duidelijke afspraken gemaakt over wie welk deel van de ondersteuning op zich neemt.

Stichting Wende

Stichting Wende geeft advies, informatie, opvang, tijdelijke huisvesting en ambulante hulpverlening aan iedereen die betrokken is bij lichamelijk en geestelijk geweld binnen een relatie.

SHOP

De SuNa casemanager kan een cliënt ondersteunen en/of begeleiden naar SHOP, een stichting voor slachtoffers van mensenhandel en/of prostitutie.

Kessler Stichting

De Kessler Stichting vangt mensen op die opvang en/of zorg en begeleiding nodig hebben. Kessler ondersteunt mensen methodisch op de weg (terug) naar een zinvol bestaan en begeleidt ook in de thuissituatie.

Jeugd Interventie Team (JIT)

Het JIT biedt op vrijwillige basis ondersteuning aan jongeren van 12 tot 27 jaar.

4 Procesomschrijvingen

4.1. Hoe te handelen bij crisissen

Een crisissituatie kan ontstaan door een psychiatrische ziekte, door ernstige psychosociale problemen of een combinatie hiervan. Wanneer de verschillende factoren, die de kwetsbaarheid van een cliënt vergroten, in disbalans raken, is er een verhoogd risico op een crisis en hiermee een verhoogd risico op suïcidaliteit.

Bij een dreigende crisissituatie, neemt de casemanager contact op met de behandelaar of de huisarts van de cliënt nadat de casemanager een beeld heeft van de dreigende crisis. De verantwoordelijkheid voor het uitvoeren van een crisistract en/of het inschakelen van de crisisdienst voor beoordeling ligt altijd bij de behandelaar/huisarts.

Indien een cliënt al in crisis is en de casemanager bij de cliënt is, of contact met de cliënt heeft, neemt de casemanager het initiatief tot het inzetten van een crisistract. Dit in afstemming met de behandelaar/huisarts. De casemanager zal hierbij stappen ondernemen om een veilige situatie te creëren. Deze stappen hangen af van de suïcidale toestand van de cliënt zoals bijvoorbeeld de intenties, plannen en psychiatrische toestand van de cliënt. Wanneer een cliënt in acute psychische nood is, wordt er contact opgenomen met de crisisdienst. Bij acute suïcidaliteit waarbij er binnen 20 minuten zorg aanwezig moet zijn, neemt de casemanager direct contact op met het landelijk noodnummer, 112.

4.2. Hoe te handelen bij de vraag naar hulp bij zelfdoding en/of een ingewilligd euthanasie verzoek

De SuNa casemanager vervult geen rol als behandelaar. In gevallen waar een cliënt verzoekt om hulp bij zelfdoding dient te allen tijde terugverwezen te worden naar de regiebehandelaar van de cliënt. De behandelaar is er verantwoordelijk voor dat er een psychiater geconsulteerd wordt wanneer een cliënt aangeeft dat hij/zij hulp bij zelfdoding wil.¹⁸ Wanneer er geen behandelaar is, verwijst de SuNa casemanager terug naar de huisarts.

Indien een cliënt de procedure tot euthanasie/hulp bij zelfdoding al is gestart, kan de SuNa casemanager samen met de cliënt kijken wat ertoe heeft geleid dat de cliënt alsnog een suïcidepoging heeft gedaan. Waar mogelijk, zal de SuNa casemanager dan ook casemanagement aanbieden.

4.3. Hoe te handelen bij een suïcide

Wanneer een cliënt in het casemanagement traject van SuNa zit, kan het voorkomen dat er alsnog een recidief poging gedaan wordt, of dat er een suïcide is. Wanneer er sprake is van een suïcide bij een cliënt die in behandeling bij de Parnassia Groep is, wordt het protocol 'Handelen bij Suïcide' ingezet (zie bijlage 6). De geneesheer-directeur wordt zo spoedig mogelijk geïnformeerd en er wordt een incidentmeldingsformulier ingevuld. Het is de verantwoordelijkheid van de regiebehandelaar om een evaluatie te plannen voor alle medewerkers die betrokken zijn bij de cliënt die de suïcidepoging of suïcide heeft gepleegd.

De rol van de SuNa casemanager is het bijwonen van de evaluatiegesprekken rondom de suïcide. Deze gesprekken worden gehouden om meer inzicht te verkrijgen in het proces rondom de suïcide en de situatie van de cliënt. In dit gesprek komt onder andere de betrokkenheid van SuNa naar voren, de rol van de behandelaar en/of welke contacten er met de cliënt zijn geweest en welke signalen er door cliënt afgegeven zijn in deze contacten. Eventuele onduidelijkheden worden besproken en er wordt gekeken welke risicofactoren er aanwezig waren. Verder wordt er in het gesprek gekeken wie de naasten van de cliënt zijn en of hen steun is aangeboden. Datgene wat besproken wordt in het evaluatie gesprek, wordt opgenomen in het formulier 'Interne Melding Suïcide'.

¹⁸ Parnassia Groep (2016). Handreiking implementatie PG-Kwaliteitsstatuut en regiebehandelaarschap 2017 voor (HGO). Van: <https://parnassiagroep.sharepoint.com/sites/nieuws/ParnassiaGroep/Documents/Handreiking%20kwaliteitsstatuut%20en%20regiebehandelaarschap%202017%20voor%20teams-def%207%20dec.pdf#search=zelfdoding>

De interne evaluatie heeft als doel om te onderzoeken of er zorgvuldig gehandeld is, zowel zorginhoudelijk als organisatorisch. Het verslag wordt binnen drie weken gedeeld met de geneesheer-directeur. Hierop volgt een tweede evaluatiebespreking met aanwezigheid van de geneesheer-directeur. In deze bespreking wordt bepaald of er een calamiteitenmelding bij de Inspectie gedaan dient te worden.

De SuNa casemanager wordt opgevangen door zijn/haar collega's en een suïcide wordt altijd binnen het team besproken. Ook kan de casemanager bedrijfsmaatschappelijk werk en/of een consult met een psycholoog aangeboden worden. Het is aan de SuNa casemanager of hij/zij de begrafenis of crematie van de cliënt wil bezoeken. Indien de casemanager dit wil, zal hier altijd de ruimte voor zijn.

4.4. Kindcheck in het kader van de Meldcode Huiselijk geweld en Kindermishandeling

Kinderen van Ouders met Psychische Problemen (KOPP) en kinderen van Verslaafde Ouders (KVO) lopen een drie tot dertien keer zo groot risico op het zelf ontwikkelen van psychische of verslavingsproblemen vergeleken met kinderen die opgroeien bij psychisch gezonde ouders. Daarnaast hebben KOPP/ KVO kinderen een twee tot drie keer grotere kans om op te groeien in een onveilige thuisomgeving en thuis mishandeld te worden.¹⁹

De SuNa casemanager vraagt in het gesprek met de cliënt de gezinssituatie uit. Er wordt nagegaan of er kinderen betrokken zijn en of zij veilig zijn (Kindcheck, zie bijlage 5). Indien de casemanager twijfelt over de veiligheid van de kinderen en de thuissituatie van de cliënt en er nog geen melding Veilig Thuis vanuit bijvoorbeeld het ziekenhuis is gedaan, wordt de Meldcode Huiselijk geweld en Kindermishandeling ingezet (zie bijlage 5).

Wanneer er een Veilig Thuis melding is gedaan vanuit het ziekenhuis, vraagt de SuNa casemanager aan de cliënt of er contact opgenomen mag worden met Veilig Thuis. Dit dient vastgelegd te worden op de toestemmingsverklaring, zoals opgenomen in het dossier van cliënt. De casemanager streeft naar een samenwerking met Veilig Thuis. Deze samenwerking kan bestaan uit een coördinatie van de werkzaamheden en het gezamenlijk uitvoeren van huisbezoeken.

Indien de meldcode niet ingezet hoeft te worden kan de casemanager na overleg met de cliënt de kinderen begeleiden naar programma's zoals deze worden aangeboden binnen de sociale kaart van Den Haag. Zo worden bijvoorbeeld binnen de Parnassia Groep specifieke KOPP/ KVO programma's aangeboden. De SuNa casemanager kan ook Jeugd GGZ Youz adviseren. Specifiek groepsaanbod bestaat onder andere uit de Ouder-baby interventie, Speel-en-doe-groep, Doe-en-praat-groep en de Jongerengroep.

¹⁹ Zanden, van der R. et al (2017). Richtlijn Kinderen van Ouders met Psychische Problemen (KOPP) voor jeugdhulp en jeugdbescherming. Trimbos: Utrecht.

Dankwoord

SuNa Den Haag wil alle betrokkenen bedanken voor hun bijdrage aan deze methodiek. In het bijzonder ZonMw, de Gemeente Den Haag, GGD Haaglanden, de Parnassia Groep en de Haagse ziekenhuizen.

D. A. Blommestijn (Projectleider SuNa Volwassenen)

Den Haag, mei 2019

Literatuurlijst

Bartelink, C. (2013). Wat werkt: Motiverende gespreksvoering. Utrecht: Nederlands Jeugd Instituut.

Brink, C. (2015). Werken vanuit zelfregie: wat houdt het in? MOVISIE, kennis en aanpak van sociale vraagstukken.

Delespaul, Ph. & consensusgroep EPA (2013). Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychiatrische aandoening (EPA) en hun aantal in Nederland. Tijdschrift voor de Psychiatrie, 55, 427-438.

Hemert, van A.M., et al (2010). Kwaliteitsdocument Ketenzorg bij suïcidaliteit. Trimbos: Utrecht.

Hemert, van A.M. et al. (2012). Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. De Tijdstroom uitgeverij: Utrecht, pg. 12.

Hemert, van A.M. et al. (2012). Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. De Tijdstroom uitgeverij: Utrecht.

Morthorst, B. et al. (2012). Effect of assertive outreach after suicide attempt in the AID (assertive intervention for deliberate self harm) trial: randomised controlled trial. BMJ. 345.

Nock, M.K. (2010). Self-Injury. The Annual Review of Clinical Psychology. 6: 339-363.

Van Riet, N., & Wouters, H. (2010). Casemanagement, een leer-werkboek over de organisatie en coördinatie van zorg- hulp- en dienstverlening. Assen, Nederland: Van Gorcum.

Riet, N. van & Bruijn, J. (2016). Casemanagement: de methodiek van interdisciplinair samenwerken. Assen: Koninklijke van Gorcum.

Roeg, D. et al (2012). De effecten van bemoeizorg: De resultaten van een onderzoek bij Nederlandse bemoeizorgteams. Tilburg Universiteit: Tilburg.

Slinkman, A. (z.d.). Suïcidaliteit POH-GGZ De nieuwe Multi Disciplinaire Richtlijn Do' en don'ts bij suïcide - ppt download. Geraadpleegd op 30 juli 2018, van <http://slideplayer.nl/slide/2006284/>.

Van der Stel, J. (2002, december). De effectiviteit van casemanagement voor de rehabilitatie van psychiatrische patiënten. Geraadpleegd op 19 juli 2018, van http://jaapvanderstel.nl/wp-content/uploads/Casemanagement_psychiatrie_2002.pdf

Parnassia Groep (2016). Handreiking implementatie PG-Kwaliteitsstatuut en regiebehandelaarschap 2017 voor (HGO). Van: <https://parnassiagroep.sharepoint.com/sites/nieuws/ParnassiaGroep/Documents/Handreiking%20kwaliteitsstatuut%20en%20regiebehandelaarschap%202017%20voor%20teams-def%207%20dec.pdf#search=zelfdoding>

Zanden, van der R. et al (2017). Richtlijn Kinderen van Ouders met Psychische Problemen (KOPP) voor jeugdhulp en jeugdbescherming. Trimbos: Utrecht.

Bijlage 1

Casussen SuNa*

Louise, 21 jaar

Louise is net ontslagen uit het ziekenhuis, ze is nog herstellend van het azijnzuur dat ze heeft gedronken nadat haar vriend het had uitgemaakt. Ze heeft spijt van haar daad en is erg geschrokken van de pijn. Het was haar eerste poging. Ze wilde niet dood, maar haar hoofd zat vol. Ze wilde rust en dat de gedachten stopten. Ze heeft er geen problemen mee te praten over de relatie die net verbroken is. Het was met een getrouwde man, die uiteindelijk niet voor haar koos. Het is dezelfde man waarmee ze lachend op de grote hartvormige foto aan de muur staat. Van die foto kan ze nog niet echt afscheid nemen. Naast het verdriet van haar verbroken relatie heeft zij nog een aantal andere problemen. Louise is als kind vanuit Suriname meegegeven aan een oom, als ware het zijn eigen kind. Ze mist haar eigen ouders die ze al heel lang niet heeft gezien. Ze heeft problemen op haar werk. Het schoonmaakwerk dat zij doet is lichamelijk voor haar te zwaar, waardoor zij zich regelmatig ziek meldt. Ook heeft ze een kleine schuld opgebouwd. De casemanager heeft de maanden hierna regelmatig gesprekken met Louise een besteedt ook aandacht aan een aantal praktische zaken. Via een afdeling van Maatschappelijk Werk wordt gezocht naar werk dat beter bij haar past. Met hulp van de inzet van Stichting MEE (een stichting die hulp biedt aan mensen met een beperking) worden de financiën van Louise op orde gebracht. Ook wordt voor Louise een 'maatje' geregeld met wie zij leuke dingen kan doen. Na een aantal maanden gaat de casemanager voor de laatste keer bij haar op huisbezoek. Louise vertelt dat het goed met haar gaat, dat ze met plezier naar haar nieuwe werk gaat. De schuld die ze had is inmiddels afgelost en ze kan nu sparen voor een reis naar Suriname. Ze heeft geen sombere gedachten meer en verheugt zich er op haar ouders weer te ontmoeten. De casemanager merkt op dat de foto van haar en haar ex-vriend van de muur is verdwenen.

Harry, 44 jaar

Nadat Harry op de eerste hulp terecht was gekomen van een Haags ziekenhuis, doordat hij teveel medicatie had ingenomen, is hij verwezen naar SuNa. In eerste instantie lukte het SuNa niet om contact te maken. Harry was niet telefonisch bereikbaar en het opgegeven adres klopte niet. Later bleek dat Harry is een daklozenopvang verbleef. Na een aantal keer hier langs te zijn gegaan en onze contactgegevens achtergelaten te hebben is er toch contact tot stand gekomen. Harry heeft een lange hulpverleningsgeschiedenis wat hem wat sceptisch maakt ten opzichte van de hulpverlening. Door laagdrempelige contacten aan te bieden heeft Harry toch besloten zich open te stellen. De contacten werden wisselend zowel op kantoor als buiten en bij de nachtopvang gepland. Harry gaf aan zich gesteund te voelen door SuNa. Vanuit SuNa werd ingezet op het ondersteunen van Harry bij het leven in de opvang. Daarnaast het motiveren van Harry naar specialistische GGZ. Harry is echter na een aantal maanden uit de nachtopvang gezet naar aanleiding van een incident. Hierna is het contact met SuNa geïntensiveerd. Een periode leek het goed te gaan en Harry ging akkoord met ondersteuning vanuit een ambulant daklozenteam. Harry kon tijdelijk onderdak vinden binnen zijn familie. Dit is echter ook geëscaleerd. Hierna heeft Harry het contact met zowel het ambulante daklozenteam als met SuNa verbroken. Harry is niet te bereiken doordat hij zijn telefoon verpand heeft. In samenspraak met het ambulante daklozenteam heeft SuNa het dossier gesloten. Indien Harry in de toekomst weer contact wenst, is hij meer dan welkom.

Gerard, 36 jaar

Vanuit de Afdeling Spoedeisende Hulp krijgen we een aanmelding van Gerard. Gerard is 36 jaar oud en sinds 10 jaar in Nederland. Hij is werkzaam in de kassen. Gerard woont samen met zijn vriendin en heeft al jaren een alcoholprobleem. Daarnaast gebruikt hij verschillende medicijnen, al dan niet voorgeschreven. Gerard loopt tegen verschillende zaken aan, hij heeft lichamelijke klachten die hem belemmering in het uitvoeren van zijn werk, de Nederlandse taal beheerst Gerard niet voldoende voor andere arbeidsmogelijkheden en hij vindt het lastig, om zonder gebruik van alcohol, in contact te zijn met anderen. Ondanks zijn werk als ZZP'er, waarvoor hij lange dagen maakt, lukt het Gerard niet om rond te komen. Sinds een maand lukte het Gerard niet meer om te werken. Hierdoor is er een

achterstand ontstaan bij onder andere de woningbouw en verzekering. Ook was er geen geld voor dagelijkse boodschappen. Door voorgaande problemen heeft Gerard twee suïcidepogingen gedaan in twee weken tijd. Na de laatste suïcidepoging is Gerard middels een IBS opgenomen binnen de kliniek. Wij (vanuit SuNa) hebben contact gezocht met Gerard en een bezoek gepland tijdens zijn opname. Gerard blijkt in behandeling te zijn maar is niet tevreden over dit traject. Gerard voelt zich niet gehoord en houdt hierdoor het contact met zijn behandelaren af. Na een driegesprek met zowel Gerard, zijn partner, zijn behandelaren en SuNa zijn er duidelijke afspraken gemaakt omtrent de inzet van iedere partij. Het systeem is betrokken, ook goed in contact met de andere betrokken partijen. Vanuit SuNa is ingezet op het vinden van werk. Tevens via een WMO traject Nederlandse lessen aangeboden. Ook op het gebied van ontspanning is er ingezet, Gerard wilde graag gitaar spelen omdat hij hier rust in vindt. Echter na een aantal maanden was er plots geen contact meer met Gerard. Wel was er nog contact met zijn partner. Deze zei de afspraken voor Gerard af. Gerard was druk met werk, hierdoor kon hij de afspraken met zowel Suna als zijn behandelaren niet nakomen. We hebben via verschillende kanalen contact geprobeerd te leggen met Gerard, maar jammer genoeg nog geen respons ontvangen.

Jasmina, 18 jaar

Een arts van de Afdeling Spoedeisende Hulp geeft aan de SuNa-casemanagers naam en geboortedatum door van een meisje dat 's nachts is opgenomen op de Intensive Care (IC). Het gaat om de 18-jarige Jasmina die een overdosis medicatie heeft ingenomen na een ruzie thuis. Omdat zij nu op de IC ligt wacht de casemanager een paar dagen met bellen. Na vijf dagen neemt ze contact op en Jasmina is nu in staat haar te woord te staan. Jasmina is de oudste dochter thuis en heeft twee broertjes voor wie ze moet zorgen. Hierdoor kan ze vaak niet naar school, wat ze wél heel graag wil. Haar vader is weinig thuis en bemoeit zich niet veel met het gezin. Haar moeder is wel lief, maar kan de kinderen eigenlijk niet goed aan waardoor er veel verantwoordelijkheid ligt op Jasmina's schouders. Op de dag van de zelfmoordpoging barstte de bom: Jasmina heeft een vriendje, en daar was haar moeder achter gekomen. Er ontstond een grote ruzie. Dat deed Jasmina in haar wanhoop besluiten een zelfmoordpoging te doen. Dit alles vertelt Jasmina tijdens het eerste contact aan de telefoon. Een week na het eerste telefoontje staat de casemanager bij Jasmina voor de deur. Zij woont in een jaren dertig portiekwoning in een grauwe buitenwijk van de stad. Bij binnenkomst valt het op dat er niets op de vloer ligt in het kleine flatje, er staat een kapotte bank en er zijn veel mensen. Er hangt een grote televisie aan de muur die hard aanstaat. De broertjes van Jasmina zijn thuis en lopen half aangekleed door het huis, uit een andere kamer steekt een jongeman zijn hoofd om de deur om te kijken wie er is. Jasmina zelf zit in een hoekje van de kamer naast haar moeder, die een nog jonge opzichtig opgemaakte vrouw blijkt te zijn. Al gauw wordt het de casemanager duidelijk dat zij met de moeder niet veel verder zal komen. Wat haar betreft is er niet veel aan de hand. Wat Jasmina gedaan heeft was in haar ogen zeker geen zelfmoordpoging, maar een roep om aandacht. Je moet er maar niet te veel over praten, vindt ze. Tijdens het gesprek checkt moeder regelmatig haar BlackBerry. Dan staat ze op en zegt dat ze nog een afspraak heeft en loopt de kamer uit. Jasmina heeft niet veel gezegd. Ze is een klein, tenger meisje met een verdrietige uitdrukking op haar gezicht. De casemanager neemt haar mee naar buiten, weg van het lawaaiige huis. Eenmaal buiten vertelt ze dat ze erg ongelukkig is. Maar eigenlijk wil ze helemaal niet dood. Ze heeft spijt van de poging, en weet niet hoe het nou verder moet. Ze is erg open, daardoor kan de casemanager verder vragen. Heeft ze zichzelf wel eens beschadigd? Jasmina trekt zwigend de mouw van haar jas omhoog. In haar arm staan diverse littekens, sommige nog heel vers. 'Ik doe dit al jaren', fluistert ze. 'Niemand weet dat ik dit doe, ik schaam me er voor. Maar als ik het doe is het een opluchting, het lucht meer op dan huilen'. Langzaam wordt een aantal dingen duidelijk. Haar moeder heeft contacten met verschillende mannen, mannen die ook wel eens aan Jasmina zitten. Dit gebeurt al sinds haar zevende jaar. Haar vader ziet ze zelden of nooit en als ze hem ziet is hij dronken of agressief. De twee broertjes van vier en vijf jaar oud zijn beiden van andere vaders. De casemanager belooft Jasmina er alles aan te gaan doen om haar uit deze benarde positie te halen en geeft haar telefoonnummer en emailadres zodat Jasmina in ieder geval contact kan opnemen. Omdat de problemen het hele gezin betreffen betreft de casemanager Veilig Thuis bij de hulpverlening. Veilig Thuis besluit een onderzoek in te stellen daar het niet alleen om Jasmina gaat, maar ook om haar twee jongere broertjes. Daarnaast, omdat Jasmina snel hulp nodig heeft, krijgt Jasmina gesprekken

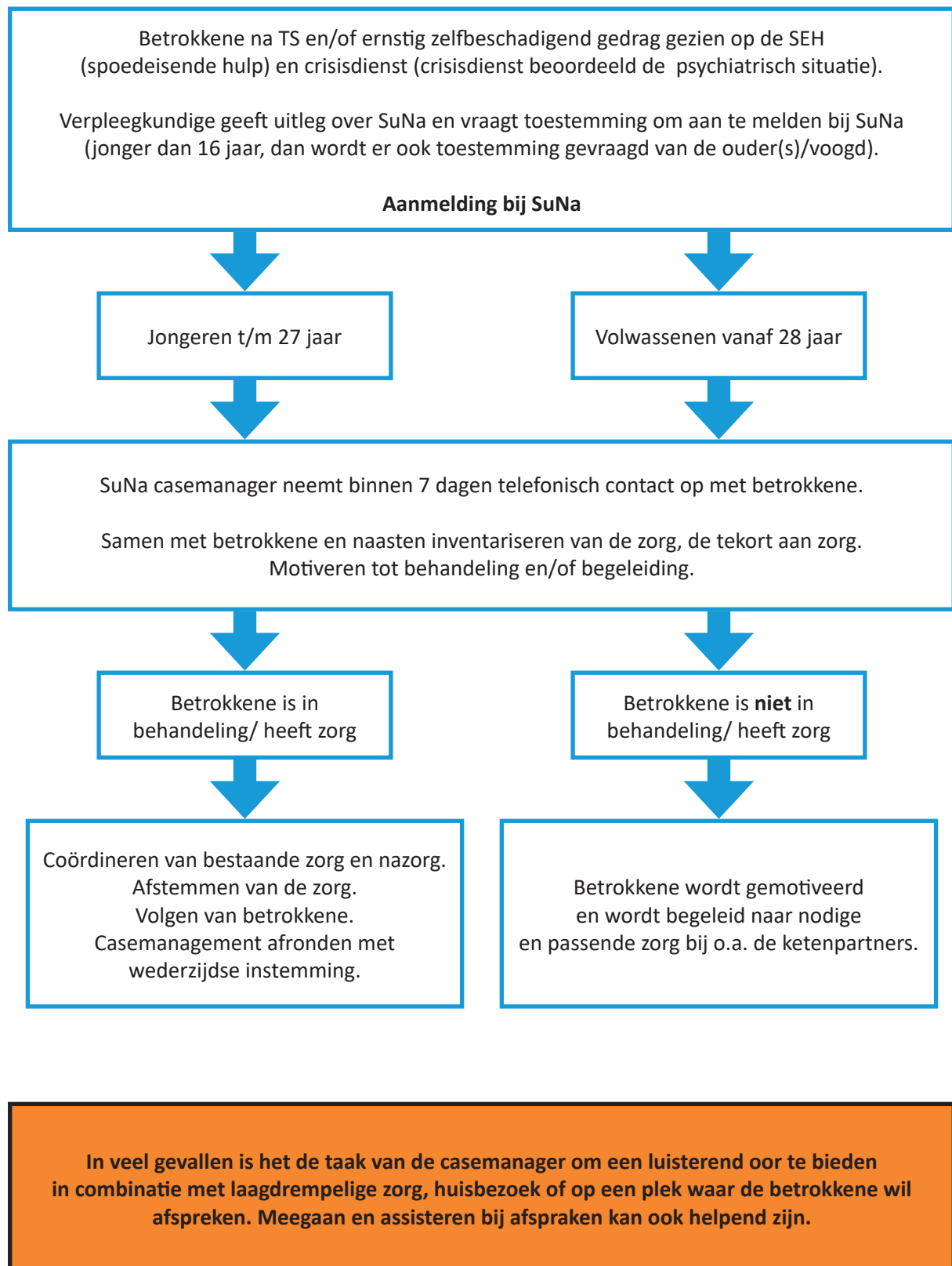
bij een psycholoog zodat die haar kan leren om te gaan met haar problemen. Ook de school wordt benaderd zodat ook vanuit die hoek hulp wordt geboden. Binnen een week heeft de casemanager een intakegesprek geregeld voor Jasmina. Omdat Jasmina aangegeven heeft dat ze het heel eng vindt, gaat de casemanager mee naar het gesprek. De school van Jasmina toont zich welwillend. Zij blijkt een gemotiveerde leerlinge van het ROC te zijn en men wil graag meedenken over hoe haar te kunnen helpen. De school zal de casemanager op de hoogte houden of Jasmina naar school komt en hoe het met haar gaat. Met de ingeschakelde hulpverlener van de GGZ-instelling blijkt het goed te klikken, Jasmina komt trouw op haar afspraken. Zelf spreekt de casemanager Jasmina wekelijks op een vast tijdstip om te vernemen hoe het gaat. De moeder van Jasmina heeft in het begin nogal wat weerstand tegen de hulp die wordt aangeboden. Na verloop van tijd geeft ze echter te kennen toch blij te zijn met het hulpproces dat in gang is gezet door Veilig Thuis. Er komt nu regelmatig iemand van Jeugdzorg die de kleine jongens in de gaten houdt, aandacht geeft aan de moeder en vooral Jasmina ondersteunt in de opvoeding. Met haar vriendje heeft Jasmina het nu uitgemaakt. Ze is er erg verdrietig van, maar wil nu eerst aan zichzelf werken voordat ze aan een nieuwe relatie begint. De relatie met haar moeder is wat verbeterd, moeder beseft dat het echt heel slecht ging met Jasmina en zij is ook al een keer mee geweest op gesprek bij de GGZ. Naar aanleiding van dat gesprek is de moeder zelf ook hulp gaan zoeken. Zeven maanden na het eerste gesprek heeft Jasmina besloten om op zichzelf te gaan wonen om rust te krijgen en afstand te creëren. Met behulp van de GGZ en bemiddeling van de casemanager is het gelukt om woonruimte te vinden. Ze woont nu onder begeleiding op kamers. SuNa is positief gestemd over de ontwikkelingen die Jasmina doormaakt. Zij is er nog niet, maar het team verwacht dat het gaat lukken om haar leven weer op de rails te krijgen. De therapie valt Jasmina heel zwaar, en ze heeft een schooljaar over moeten doen. Toch is ze optimistisch over de toekomst. Ze wil het anders en is op de goede weg. De casemanager heeft er alle vertrouwen in dat het haar gaat lukken.

Cindy, 53 jaar

Cindy is bij SuNa aangemeld na een overdosis slaapmedicatie. Bij het eerste huisbezoek werd al snel duidelijk dat er vooral op sociaal maatschappelijk gebied veel speelde. Cindy legde uit dat er al jaren sprake is van forse schulden, achterstanden en een uitstaande boetes. Cindy's man is genezende van kanker, Cindy zelf is bekend met lichamelijke klachten en hun 15 jarige zoon heeft een achterstand op school. Het echtpaar wil scheiden maar door de financiële problemen is dit nog niet gelukt. Haar man heeft een nieuwe relatie maar ze wonen nog wel samen. Cindy voelt zich niet thuis in haar eigen huis en de druk van de deurwaarders en politie hebben hun tol geëist. De combinatie van jarenlange stress, relatieproblemen, lichamelijke klachten en zorgen om inkomen hebben er toe geleid dat Cindy een overdosis medicatie heeft genomen. Samen met Cindy heeft SuNa een aanmelding bij een Sociaal Wijkteam (SWT) gedaan. Het eerste gesprek met het SWT is SuNa aanwezig geweest ter ondersteuning, daarna is er ingezet op maandelijks telefonisch contact (dit op verzoek van Cindy) terwijl het SWT aan de slag ging met de schuldenproblematiek. Nu het SWT meer zicht heeft op de hoogte van de schulden, er regelingen getroffen worden en Cindy een vast aanspreekpunt hierover heeft, is de stress afgenomen en heeft Cindy meer hoop dat onder andere de scheiding in gang kan worden gezet. Door het verminderen van de stress over de financiën lukt het Cindy om vooruit te kijken, haar zoon beter te ondersteunen bij school. Cindy is erg geschrokken van het doen van de suïcidepoging en realiseert zich dat ze ondanks alles absoluut niet dood wil. SuNa zal Cindy blijven volgen en ondersteunen zolang dit nodig is.

***namen zijn gefingeerd**

Suïcidepoging Nazorg



Aanmeldformulier

Datum zorgmelding:

Gegevens van de melder:

HMC Westeinde	Naam:	Functie:
HMC Bronovo	Naam:	Functie:
Haga Ziekenhuis	Naam:	Functie:
Crisisdienst	Naam:	Functie:
Anders, nl.:	Naam:	Functie:

Ruimte voor de sticker
(naam / geboortedatum / telefoonnummer / adres / huisarts)

Methode TS / ernstig zelfbeschadigend gedrag:

Opmerkingen / overige informatie:

Patiënt / wettelijk vertegenwoordiger geeft (mondeling) toestemming voor de melding bij en overleg met:

- ☐ Huisarts
☐ SuNa

Handtekening patiënt:

Convenant Nazorg voor personen na een tentamen suïcide (TS) **Den Haag 2017**

Samenwerkingsafspraken voor een betere nazorg voor tentamen suïcide (TS) en/of ernstig zelfbeschadigend gedrag in de stad Den Haag. Hierna genoemd SuNa (suïcidepoging nazorg).

De ondergetekenden:

1. GGD Haaglanden vertegenwoordigd door de heer A.A.H.M. van Dijk, directeur GGD Haaglanden/ directeur publieke gezondheid Haaglanden;
2. De Regionale Ambulance Voorziening Haaglanden (RAV), vertegenwoordigd door de heer A. van Egmond, Bestuurder RAV Haaglanden;
3. Haaglanden Medisch Centrum (locaties Bronovo, Westeinde en Antoniushove) vertegenwoordigd door de heer drs. P.W. Doop, lid van de Raad van Bestuur;
4. Hagaziekenhuis (locatie Leyenburg, locatie Sportlaan en Juliana Kinderziekenhuis) vertegenwoordigd door de heer, Dr. H.K. Ronday, directeur medische zaken;
5. CJG Den Haag, vertegenwoordigd door mevrouw A. Troost, Manager Centrum Jeugd en Gezin, Dienst OCW gemeente Den Haag;
6. Jeugdbescherming West Haaglanden, vertegenwoordigd door de heer J. van der Hulst, lid raad van bestuur, Jeugdbescherming West Haaglanden;
7. Parnassia Groep vertegenwoordigd door de heer J.G. Jordaan, bestuurder-directeur Indigo onderdeel van Parnassia Groep.

Hierna te noemen: 'de partijen'.

Overwegende dat:

- Sinds 2005 ingezet wordt op goede nazorg voor jongeren in de leeftijd van 12 tot en met 27 jaar, die een suïcidepoging hebben gedaan en/of ernstig zelfbeschadigend gedrag vertonen.
- Voor de periode 2017 tot 2019 met een ZonMW subsidie ook dezelfde zorg voor de doelgroep 27+ wordt verleent. Dit betreft een pilot van 18 maanden. We noemen die pilot SuNa volwassenen.
- De Haagse risicogroepen voor suïcidaliteit zoals onder andere, jongeren in onstabiele levenssituaties, (jonge) Turkse, Surinaamse en Marokkaanse vrouwen en ongehuwde, gescheiden, of verweduwd mannen en vrouwen in beeld zijn (gezondheidsmonitor 2014, GGD Haaglanden).
- Het een onconventionele, laagdrempelige en outreachende methode vraagt om betrokkenen na een poging tot suïcide en/of ernstig zelfbeschadigend gedrag te bereiken en te begeleiden naar hulpverlening omdat schaamte daarbij een grote rol speelt.
- Betrokkenen goede begeleiding dienen te krijgen na een poging tot suïcide en/of ernstig zelfbeschadigend gedrag.
- Doel van de nazorg een afname van het aantal (recidieven) suïcidepogingen en het voorkomen van suïcide en/of ernstig zelfbeschadigend gedrag is. Hiertoe wordt op twee zaken ingezet: het verbreden en verbeteren van de SuNa casemanagement aanpak en het verhogen van kennis en expertise van zorgprofessionals.
- Vanuit het werkveld van huisartsen, voortgezet onderwijs, afdelingen Spoed Eisende Hulp (SEH) van ziekenhuizen en de hulpverlening er behoefte is aan een proactieve benadering bij de coördinatie van hulp aan betrokkenen.

Komen partijen het volgende overeen:

1. Partijen verrichten inspanningen om de nazorg te waarborgen aan jongeren, in de leeftijd van 12 tot en met 27 jaar, die een poging tot suïcide hebben ondernomen en/of zichzelf ernstig hebben beschadigd en gezien zijn door de crisisdienst en/of behandeld zijn op een afdeling SEH van één van de Haagse ziekenhuizen die het convenant hebben ondertekend.
2. Partijen verlenen voor de periode 2017 tot 2019 met een ZonMW subsidie ook dezelfde zorg voor de doelgroep 27+. Dit betreft een pilot van 18 maanden.
3. Partijen hebben de gezamenlijke verantwoordelijkheid om een snelle en adequate hulpverlening te realiseren.
4. Partijen zijn verplicht een melding van een TS en/of ernstig zelfbeschadigend gedrag aan te nemen.
5. Partijen vaardigen een vertegenwoordiger af die deelneemt aan de overleggen die in het kader van dit convenant plaatsvinden.
6. Partijen zorgen ervoor dat er in de eigen organisatie een protocol aanwezig is waarin de aanpak van nazorg voor jongeren en de doelgroep 28+ die een TS en/of ernstig zelfbeschadigend gedrag hebben ondernomen beschreven staat.
7. Dit convenant vervangt eerdere versies en treedt in werking op 1 oktober 2017. De in het convenant gemaakte afspraken zullen jaarlijks worden geëvalueerd en desgewenst bijgesteld. Deze bijstelling wordt schriftelijk vastgelegd.
8. Bij wijziging of aanvulling van het convenant dient het convenant opnieuw ondertekend te worden door de aangesloten partijen.
9. Partijen leven het bijgevoegde privacyreglement na.

Werkafspraken

1. De SEH's melden de betrokkene zo snel mogelijk ter beoordeling bij de Crisisdienst/ ziekenhuispsychiatrie en verwijzen direct naar SuNa/casemanagement van Indigo met de benodigde informatie inzake de TS; dat laatste gebeurt wanneer de betrokkene daarvoor toestemming heeft gegeven.
2. De benodigde informatie betreft naam, adres, telefoonnummer, geboortedatum, huisarts en of het om een TS en/of ernstig zelfbeschadigend gedrag gaat, zoals omschreven in het aanmeldformulier SuNa. Gegevens waaruit blijkt of dat de zorgmelding met toestemming van betrokkene is gedaan en of er toestemming gegeven is om de huisarts in te lichten. Bij het verstrekken van informatie wordt het bepaalde in het privacyreglement in acht genomen.
3. SuNa casemanagement pakt de casus binnen 1 week op, benadert proactief de jongeren in de leeftijd van 12 t/m 27 jaar, dit geldt voor de periode 2017 tot 2019 ook voor de doelgroep 28+. Dit betreft een pilot van 18 maanden.
4. SuNa casemanagement inventariseert de hulpvragen van betrokkenen en motiveert passende hulp te zoeken; dit geldt voor de periode 2017 tot 2019 ook voor de doelgroep 28+. Dit betreft een pilot van 18 maanden.
5. De partijen, die de hulpverlening gaan bieden, verplichten zich om na aanmelding door een casemanager zo spoedig mogelijk een intakegesprek te voeren met betrokkene en een adequaat hulpverleningstraject te starten. Indien noodzakelijk zal hulpverlening ter overbrugging door de spoedzorg plaatsvinden.
6. Het motiverende en steunende contact van SuNa casemanagement loopt gemiddeld gedurende een half jaar; bij uitzondering kan dit contact langer zijn.
7. SuNa casemanagement zorgt twee keer per jaar voor cijfermatig inzicht betreffende door SuNa uitgevoerde werkzaamheden.

Convenant Nazorg voor personen na een tentamen suïcide (TS) Den Haag 2017

Aldus opgetekend, 1 oktober 2017 te Den Haag.

GGD Haaglanden vertegenwoordigd door de heer A.A.H.M. van Dijk, directeur GGD Haaglanden/
directeur publieke gezondheid Haaglanden.

Dhr. A.A.H.M. van Dijk

.....

Convenant Nazorg voor personen na een tentamen suïcide (TS) Den Haag 2017

Aldus opgetekend, 1 oktober 2017 te Den Haag.

De Regionale Ambulance Voorziening Haaglanden (RAV), vertegenwoordigd door de heer A. van Egmond, bestuurder RAV Haaglanden.

Dhr. A. van Egmond

.....

Convenant Nazorg voor personen na een tentamen suïcide (TS) Den Haag 2017

Aldus opgetekend, 1 oktober 2017 te Den Haag.

Haaglanden Medisch Centrum (locaties Bronovo, Westeinde en Antoniushove), vertegenwoordigd door de heer drs. P.W. Doop, lid van de Raad van Bestuur.

Dhr. drs. P.W. Doop

.....

Convenant Nazorg voor personen na een tentamen suïcide (TS) Den Haag 2017

Aldus opgetekend, 1 oktober 2017 te Den Haag.

Hagaziekenhuis (locatie Leyenburg, locatie Sportlaan en Juliana Kinderziekenhuis), vertegenwoordigd door de heer, dr. H.K. Ronday, directeur medische zaken.

Dhr. dr. H.K. Ronday

.....

Convenant Nazorg voor personen na een tentamen suïcide (TS) Den Haag 2017

Aldus opgetekend, 1 oktober 2017 te Den Haag.

Gemeente Den Haag, vertegenwoordigd door mevrouw A. Troost, manager Centrum Jeugd en Gezin, dienst OCW gemeente Den Haag.

Mw. A. Troost

.....

NB: CJG Den Haag begeleidt Haagse jeugdigen van 0-18 jaar en derhalve wordt voor alleen die doelgroep uit het Convenant getekend.

Convenant Nazorg voor personen na een tentamen suïcide (TS) Den Haag 2017

Aldus opgetekend, 1 oktober 2017 te Den Haag.

Jeugdbescherming West Haaglanden, vertegenwoordigd door de heer J. van der Hulst, lid raad van bestuur, Jeugdbescherming West Haaglanden.

Dhr. J. van der Hulst

.....

NB: Jeugdbescherming West Haaglanden begeleidt Haagse jeugdigen van 0-18 jaar en derhalve wordt voor alleen die doelgroep uit het Convenant getekend.

Convenant Nazorg voor personen na een tentamen suïcide (TS) Den Haag 2017

Aldus opgetekend, 1 oktober 2017 te Den Haag.

Parnassia Groep vertegenwoordigd door J. G. Jordaan, bestuurder-directeur Indigo onderdeel Parnassia Groep.

Dhr. J.G. Jordaan

.....

Bijlage 5

Meldcode Huiselijk geweld en kindermishandeling Thuis en Kindcheck

Meldcode Stappenplan

STAP 1: Breng signalen in kaart

Breng signalen in kaart die je zorg bevestigen of ontkrachten. Leg signalen en vervolgstappen objectief en feitelijk vast in het dossier. Voer indien nodig de kindcheck uit.

STAP 2: Overleg met een deskundige collega of Veilig Thuis

Overleg met een deskundige collega om signalen te duiden. Raadpleeg zo nodig Veilig Thuis of een forensisch arts. Neem bij een gerelateerd geweld, huwelijksdwang of vrouwenbesnijdenis direct contact op met Veilig Thuis.

STAP 3: Praat met ouders of verzorgers

Bespreek je zorgen zo snel mogelijk met de ouders/verzorgers van het kind. Alleen als jouw veiligheid of die van het kind in gevaar kan komen door een gesprek kan hiervan worden afgezien.

STAP 4: Weeg het geweld

Maak een inschatting van de aard en de ernst van de situatie op basis van signalen, het overleg met een collega en het oudergesprek. Vraag bij twijfel advies aan Veilig Thuis. Bij een reële kans op schade: melden.

STAP 5: Beslis: Is melden nodig? Is hulpverlening nodig?

Als je het kind voldoende kunt beschermen, bied of organiseer je de noodzakelijke hulp. Als de situatie acuut of structureel onveilig is, doe je een melding bij Veilig Thuis en beslis je samen welke hulp je zelf kunt organiseren.

Kindcheck

Voor wie is de kindcheck?

De Kindcheck is speciaal bedoeld voor mensen die werken met volwassen cliënten, zoals (huis)artsen, verpleegkundigen, maatschappelijk werkers, psychiaters en psychologen.

Wanneer doe je de kindcheck?

De kindcheck houdt in dat je in je contacten met volwassen cliënten nagaat of er kinderen in het gezin zijn en inschat of zij veilig zijn. Je doet dit bijvoorbeeld bij volwassen cliënten met ernstige psychische problemen of drugs- of alcoholverslaving. Of bij cliënten die een partner hebben die geweld gebruikt. De Kindcheck helpt je om oudersignalen in kaart te brengen en vergroot de mogelijkheden om kindermishandeling te signaleren.

Twijfels over veiligheid

Heb je twijfels over de veiligheid van de kinderen? Dan doorloop je de stappen van de meldcode. Je legt eerst vast door welke signalen bij de ouder je twijfelt over de veiligheid van de kinderen. Daarna volg je de verdere stappen van de meldcode die ervoor zorgen dat er ook verder onderzoek plaatsvindt en dat er, zo nodig, passende hulp komt.

Bijlage 6

Handelen bij Suïcide en suïcidepoging¹

Doel

Het bieden van een handreiking met checklist aan medewerkers van de Parnassia Groep die te maken krijgen met suïcide of een poging daartoe (tentamensuïcide); betreft hoe te handelen na een dergelijke calamiteit.

NB: informatie over suïcidepreventie is te vinden in **Behandeling van de suïcidale patiënt**.

Inhoud

- **Te nemen stappen na suïcide of tentamensuïcide.**
- **Checklist verdeling taken (bijlage 1).**

Stappen

Wanneer sprake is van een suïcide/TS-melding van buitenaf, is het zaak, zo nodig na verificatie van het bericht, hierover in éérste instantie contact te leggen met de familie/nabestaanden, eventueel in overleg met de ingeschakelde politie en huisarts.

Wordt patiënt gevonden door een medewerker, dan wel door een medepatiënt, dienen daarbij de volgende punten mede in acht te worden genomen:

Wanneer sprake is van een suïcide/TS-melding van buitenaf, is het zaak, zo nodig na verificatie van het bericht, hierover in éérste instantie contact te leggen met de **familie/nabestaanden**, eventueel in overleg met de ingeschakelde politie en huisarts.

Wordt patiënt gevonden door een medewerker, dan wel door een medepatiënt, dienen daarbij de volgende punten mede in acht te worden genomen

1. Directe zorg rondom patiënt

- Zorg dat een collega komt assisteren!
- Bij twijfel direct levensreddend handelen! Laat een ambulance komen!
- Wijzig zo min mogelijk aan de situatie waarin de overledene wordt aangetroffen i.v.m. bewijsmateriaal.
- Voor een eventuele opname in het algemeen ziekenhuis (bij TS) belangrijke gegevens verzamelen.
- Na vrijgeven van het stoffelijk overschot door de politie, de begrafenisondernemer -van de nabestaanden- inschakelen dan wel vervoer regelen naar een mortuarium.
- Inlichten familie/nabestaanden.
- Navraag doen bij familie/nabestaanden of orgaandonatie kan plaatsvinden.

2. Personeel/externen inroepen

- Een derde collega draagt zorg voor het inlichten van Afdelingshoofd, ANW-hoofd, behandelend arts, dienstdoend arts.
- Deze roept tevens, waar nodig de functionaris Beveiliging op (bijv. bij vondst op eigen terrein).
- Dan volgt het inlichten van de plaatselijke recherche (zo nodig behulpzaam zijn bij justitieel onderzoek).
- Geestelijk verzorger.
- Zo nodig regelen van extra personeel voor nacht of weekend.
- Aandacht hebben voor elkaar!

¹ Geraadpleegd op 08-10-2018, via het kwaliteitssysteem van de Parnassia Groep, divisie Zorgservice.

3. Zorg rondom medepatiënten

- In multidisciplinair overleg bepalen wie eventueel aanwezige patiënten informeert.
- Tevens overleg over vrijheden van medepatiënten.

4. Communicatie en start evaluatie

- Directie en geneesheer-directeur zorgbedrijf informeren uiterlijk de volgende werkdag.
- Zo spoedig mogelijk **incidentmeldingsformulier** invullen. Zie ook: **Melding van een calamiteit in de zorg**.
- De hoofdbehandelaar organiseert zo spoedig mogelijk een evaluatie voor alle medewerkers² die betrokken waren bij de patiënt die de suïcide of suïdepoging met ernstig letsel heeft gepleegd. Tevens worden er afspraken gemaakt over de verslaglegging. Doel van de interne evaluatie is onderzoeken of er zorgvuldig gehandeld is, zowel zorginhoudelijk als organisatorisch.
- Verslaglegging aan de geneesheer directeur binnen 3 weken nadat voormelding is gedaan. Verslaglegging geschiedt in het incidentmeldingssysteem (VIM). Nadat de suïcidemelding is gedaan, krijgt de verantwoordelijk manager geautomatiseerd de taak om het formulier melding suïcide in te vullen of te laten invullen.
- Na invullen van het formulier melding suïcide wordt dit formulier geautomatiseerd doorgestuurd aan de geneesheer-directeur.
- Tevens wordt na de melding een afspraak gepland voor bespreking van het verslag met de diverse betrokken medewerkers door de geneesheer-directeur.
- Naar aanleiding van deze (tweede) evaluatiebespreking met de geneesheer-directeur wordt bepaald of er een calamiteitenmelding bij de inspectie wordt gedaan. Dat is in elk geval verplicht als er sprake is van een BOPZ-maatregel of als de zorg te kort is geschoten. De contacten hierover met IGZ verlopen altijd via de geneesheer-directeur.

5. Zorg voor vervolgtraject opvang van familie/nabestaanden

Eerste opvang

Het inlichten van de nabestaanden gebeurt door de behandelaar of dienstdoende psychiater, bij voorkeur door een persoonlijk bezoek. Hierbij wordt direct begeleiding aangeboden aan de nabestaanden en een gesprek hiertoe gepland, waarna vervolgcontacten worden afgesproken. Bij weigering van hulp door de nabestaanden in eerste instantie (door emoties e.d.), is het van belang het aanbod voor begeleiding later nogmaals te herhalen.

Nazorgcontact

De meeste contacten met familie vinden logischerwijs in de eerste week plaats. Bijvoorbeeld doordat medewerkers de begrafenis of crematie van hun cliënt bezoeken (in overleg met familie). Het is van belang om na zes tot acht weken nog een gesprek met familie in te plannen. In dit gesprek kunnen de resultaten van de (eerste) interne suïcide-evaluatie met familie besproken worden en is er de mogelijkheid voor nabestaanden om vragen te stellen over de behandeling en begeleiding van de overleden patiënt. Ook bij de hulpverleners kunnen nog vragen voor de nabestaanden leven.

Aandachtspunten voor opvanggesprekken zijn:

- Uiten van emoties (boosheid op de hulpverlening, verdriet, schuldgevoelens e.d.).
- Nauwkeurig verslag van de gang van zaken.
- Wordt de aanwezigheid van hulpverleners bij de begrafenis op prijs gesteld?
- Hoe is de verdere zorg voor nabestaanden geregeld.
- Aanbieden van (vervolg)hulp binnen de Parnassia Groep of het zorgbedrijf en/of buiten de organisatie via de huisarts, maatschappelijk werk, pastores, gespreksgroepen van regionale of landelijke organisaties.

² Met de term medewerkers wordt bedoeld alle betrokken hulpverleners. Zowel in het team, als andere hulpverleners binnen de organisatie of van externe partijen als bijvoorbeeld de huisarts.

- Websites: www.113.nl, www.ivonnevandevenstichting.nl.
- Bij vervolgspraken: wie neemt initiatief; eventueel een crisisregeling.

Deze aandacht voor en opvang van nabestaanden maakt een belangrijk deel uit van de verantwoordelijkheid van de hulpverleners.

Bij informatieverstrekking aan familie/nabestaanden blijft het beroepsgeheim van kracht, ook na overlijden van de patiënt.

6. Opvang medewerkers

Behalve de zorg voor medepatiënten, familie en naasten is het belangrijk oog te hebben voor het bij de suïcide betrokken personeel. Er zijn verschillende manieren om collega's na een schokkende gebeurtenis direct opvang te bieden. Het is ook van belang om met medewerkers in gesprek te gaan die niet direct bij de suïcide betrokken waren. Opvang kan in de vorm van incident gericht TZAS, maar ook medewerkers wijzen op Bedrijfsmaatschappelijk werk, psycholoog etc.

Verwijzingen

- Algemene calamiteitenprotocol
- De procedure voor het intern (en aan de IGZ) melden van calamiteit in de zorg
- Achtergronden over de behandeling van de suïcidale patiënt (preventie van suïcide)
- Suïcide risico taxatie (psychiatrische beoordeling na suïcidepoging)
- De procedure voor het doen van incidentmeldingen
- SGGZ - Beëindiging SGGZ-traject tgv overlijden patiënt
- Zorgbedrijf-/afdelingsgerichte protocollen betreffende dit onderwerp graag specifiek zoeken