

Beschrijving van KEHR SUICIDE versie 8.0

Een instrument voor data-gestuurd evalueren en leren van suïcide

In dit document wordt het KEHR instrument beschreven en de werkwijze voor het gebruik.

In Bijlage 1 vindt u de volledige vragenlijst. In Bijlage 2 een voorbeeld van een rapport.

dr. Marieke de Groot

dr. Remco de Winter

1 maart 2015

Amsterdam Vrije Universiteit afdeling klinische psychologie

Inhoud

| | |
|---|----|
| Achtergrond | 3 |
| 1 Context en doelen van KEHR..... | 5 |
| 2 Werkwijze..... | 6 |
| 2.1 De KEHR-vragenlijst | 7 |
| 2.2 Verspreiding van de vragenlijst | 7 |
| 2.3 Plannen van een nabespreking | 7 |
| 2.4 Grafische terugkoppeling (zie Tabel 1)..... | 7 |
| 2.6 Formuleren van verbeteracties | 8 |
| Bijlage 1 KEHR vragenlijst-versie 8.0..... | 9 |
| Bijlage 2 Voorbeeldrapport..... | 19 |
| Literatuur..... | 26 |

Achtergrond

In Nederland stegen sinds 2007 de suïcidecijfers met 37% tot 1.854 in 2013 (CBS, 2014). Ongeveer 43% van de personen die sterven door suïcide is in zorg bij de geestelijke gezondheidszorg (GGz) [1]. Sinds 2008 voert GGz Nederland het Patiënt Veiligheidsprogramma 'Veilige Zorg Ieders Zorg' uit om de patiëntveiligheid in de GGz te vergroten. Doelen zijn onder meer suïcidepreventie; in veel GGz-instellingen staat suïcidepreventie op de beleidsagenda [2]. Patiëntveiligheid wordt vergroot door richtlijnimplementatie. De implementatie van de in 2012 verschenen Multidisciplinaire richtlijn voor diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag [3] (hierna: MRSG) werd gestimuleerd door de uitvoering van de PITSTOP SUICIDE trial) waarin effecten van MRSG-implementatie via een e-learning ondersteund Train-de-trainermodel (TdT-e) op patiënt- en hulpverlenersniveau vergeleken werden met gebruikelijke implementatiestrategieën. TdT-e is een trainingsprogramma waarin GGz-professionals worden getraind in de toepassing van de MRSG. Deze trainers trainen vervolgens hun eigen teams. Het programma wordt ondersteund door e-learningmodules. De resultaten uit de PITSTOP-studie laten zien dat het TdT-e programma richtlijntoepassing kan bevorderen [4]. Het TdT-e programma (de 'PITSTOP training') wordt aangeboden door Stichting 113Online die de rol van aanjager en uitvoerder vervult van de Landelijke Uitvoeringsagenda Suïcidepreventie. Het trainen van professionals is echter kostbaar en richtlijnconforme aanpassingen in zorg- en werkprocessen vragen voortdurende investeringen [5]. Ontwikkeling en doorlopende monitoring van procesindicatoren maken vorderingen in richtlijnimplementatieprocessen zichtbaar, zodat organisaties kunnen bijsturen [6].

In de Monitor Voortgang Suïcidepreventie (onderdeel van de Landelijke Agenda) is onder meer systematische evaluatie van suïcide en –pogingen en het formuleren van verbeteracties opgenomen als procesindicator. Multidisciplinaire evaluatie van suïcide leidt tot afname van suïcide [7]. Voor de evaluatie van suïcide maken instellingen soms (maar niet altijd) gebruik van instrumenten als DAM, PRISMA, SIRE, Tripod Beta of de Visgraadmethode) [2] die door professionals op de werkvloer 'hoog geaggregeerd' en 'top-down' worden ervaren [8]. Verbeteracties stromen niet door naar het lagere management en medewerkers op de werkvloer. Bovendien wordt het zelfcorrigerend vermogen van hulpverleners niet gemobiliseerd; zij voelen zich weinig betrokken en verantwoordelijk voor een verbeterslag. Suïcidale patiënten profiteren hierdoor te weinig van wat van geslaagde suïcides geleerd kan worden.

Uit de evaluatie van het TdT-e implementatieproces bleek dat er behoefte is aan een toegankelijk instrument dat helpt het handelen rond suïcidaal gedrag te toetsen aan de MRSG en tegelijkertijd

bijdraagt aan de implementatie ervan. Een succesvolle benadering voor kwaliteitsverbeteringen is het gebruik van een mix van top-down en bottom-up interventies die de rol van professionals versterken en omvatten zowel externe regulatie en interne toetsing [9]. Daarvoor werd KEHR SUICIDE ontwikkeld: een data-gestuurde methode voor evalueren en leren van suïcide. Tegelijkertijd kunnen hiermee de vaardigheden om suïcidale condities van patiënten te onderzoeken worden versterkt en kan systematisch informatie worden verzameld om sturing aan het MRSG-implementatieproces te geven. KEHR SUICIDE kan worden gebruikt ter ondersteuning of als aanvulling op strategieën om de kwaliteit van zorg voor suïcidale patiënten te verbeteren: het zogenaamde *blended learning* principe. Dit is een combinatie van verschillende instrumenten, leer- en werkvormen die (dezelfde) competentie-ontwikkeling beogen zie [10]. Het verankeren van top-down en bottom-up strategieën in werkprocessen maakt richtimplementatie het meest succesvol [5].

In dit document presenteren wij KEHR SUICIDE (Kwalitatieve Evaluatie van het Handelen rond Suïcide), een nieuw instrument dat beoogt tegemoet te komen aan de doelen en wensen zoals beschreven, namelijk systematisch evalueren van suïcide, leren van suïcide, vaardigheden versterken en data verzamelen over het handelen van professionals voorafgaand aan suïcide van patiënten waarmee het MRSG implementatieproces kan worden gemonitord en bijgestuurd. Het instrument is gedurende een jaar gepilot in een GGz instelling in de noordelijke regio [11]; het onderzoek werd gesubsidieerd door de Vrije Universiteit afdeling klinische psychologie.

1 Context en doelen van KEHR

KEHR SUICIDE (Kwalitatieve evaluatie van het handelen rond suïcide) is een data-gestuurd instrument gebaseerd en ontwikkeld op basis van de Multidisciplinaire richtlijn voor diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag (MRSB)[12]. In de MRSB wordt voor de verklaring van het ontstaan van suïcidaal gedrag een geïntegreerd model voor stress-kwetsbaarheid [13] en entrapment [14] gebruikt. Via dit model zijn KEHR SUICIDE, het TdT-e programma en de MDSR aan elkaar verbonden. KEHR integreert doelen op drie niveaus in de organisatie. De doelen zijn eigenlijk hypothesen die momenteel onderzocht worden [11]:

- i. Hulpverlenersniveau: 'booster education' van het PITSTOP trainingsprogramma aan de hand van casuïstiek (i.c. na een suïcide of suïcidepoging). Door de vragenlijst in te vullen worden respondenten herinnerd aan aspecten die relevant zijn voor de beoordeling van suïciderisico's.
- ii. Multidisciplinair teamniveau (en eventuele ketenpartners): na een suïcide(poging) zichtbaar maken van het handelen als team en dit gebruiken voor retrospectieve risico-analyse en (indien van toepassing) het formuleren van verbeteracties op het niveau van het multidisciplinaire team ('bottom-up interne toetsing') [2, 7]. Doel is het bevorderen van uitwisseling van handelingsmotieven en ideeën over de omgang met suïcidale patiënten tussen hulpverleners onderling, tussen hulpverleners (en naasten) en patiënten, en tussen ketenpartners.
- iii. Instellingsniveau: data verzamelen om het handelen binnen (of tussen) organisaties of organisatieonderdelen zichtbaar maken en te vergelijken via *benchmarking*. Hiermee kunnen organisatie(onderdelen) 1) verschillen en overeenkomsten tussen individuen en groepen individuen zichtbaar maken (bv. verschil in richtlijntoepassing door verpleegkundigen vs. behandelaars); 2) richting geven aan verklaringen voor verschillen of overeenkomsten (bv. Hoe komt het dat bij vrouwelijke patiënten uitgebreider navraag gedaan wordt naar risicofactoren voor suïcide dan bij mannelijke patiënten?); 3) zichtbaar maken waar of in welke omstandigheden verbeteringen mogelijk zijn; 4) prestaties en werkprocessen volgen en verbeteren (bv. door gericht te sturen op scholing).
- iv. Uitkomsten communiceren met gebruikers. Doel is het zelfcorrigerend vermogen van individuen of groepen te stimuleren.

2 Werkwijze¹

Data worden verzameld wanneer sprake is van suïcide of een suïcidepoging. De data worden aangeleverd door personen die op het uitvoerende niveau werken. Het instrument bestaat uit de KEHR-vragenlijst, een grafische terugkoppeling van de uitkomsten en een besprekingsformat.

Tabel 1

Opbouw van de KEHR vragenlijst (versie 8.0 zie Bijlage 1) en de relaties met de MRSB [3] en het TdT-e programma.

| domein | onderwerp | uitleg | Aantal items & scoringsformat |
|--------|---|---|---|
| 1 | Hoofdthema's uit de richtlijn | Scoren op de mate van aandacht op de thema's: <ul style="list-style-type: none"> ▪ contact maken over suïcidedachten; ▪ stressfactoren die samenhangen met een verhoogd suïciderisico; ▪ kwetsbaarheids- en beschermde factoren voor suïcide; ▪ het betrekken van naasten van de patiënt bij diagnostiek en behandeling; ▪ veiligheid en continuïteit van zorg | 6 items mee eens, neutraal, niet mee eens |
| 2 | Contact maken | Scoren op doorvraag-vragen om de mate van <i>entrapment</i> [14] te inventariseren | 8 items ja/nee |
| 3* | Kwetsbaarheids-en beschermende factoren voor suïcide [13] | Scoren op navraag/inventarisatie van factoren die het risico op suïcide verhogen of verlagen | 6-items ja/nee |
| 4* | Stressfactoren die het suïcidale gedrag uitlokken[13] | Scoren op navraag/inventarisatie van stressvolle gebeurtenissen geassocieerd met het 'losmaken' van het suïcidale gedrag bij personen met een verhoogde kwetsbaarheid voor suïcide | 8 items ja/nee |
| 5* | Toekomstperspectief | Scoren op navraag naar het toekomstperspectief | 4 items ja/nee |
| 6 | Betrekken van naasten | Scoren op handelingen die het betrekken van naasten tot uitdrukking brengen | 7 items ja/nee |
| 7 | Veiligheid en continuïteit van zorg | Scoren op maatregelen ter verhoging van veiligheid en continuïteit | 9 items ja/nee |
| 8 | Kenmerken van de respondent | Geslacht Functie in het team Aantal jaren werkervaring | 3 items ja/nee meerkeuze |
| | Kenmerken van de patiënt | Geslacht Leeftijd Behandelsetting BOPZ ja/nee Psychiatrische voorgeschiedenis | 5 items ja/nee meerkeuze |
| | Onverwachtheid | Scoren in welke mate de suïcide (on)verwacht was | 5 punt Likertschaal (1=totaal onverwacht, 5=totaal verwacht) |

*domeinen 3 t/m 5 reflecteren de uitkomsten van het CASE-interview [15];de toepassing wordt in de MRSB aanbevolen voor systematisch onderzoek van het suïcidale gedrag en getraind in de PITSOP-training [16].

¹ De beschreven werkwijze is de werkwijze die in de pilot werd gevolgd.

2.1 De KEHR-vragenlijst

De vragenlijst is samengesteld op basis van de MRSG-aanbevelingen [3] en de beoogde competenties van het TdT-e programma [16]. De vragen zijn geformuleerd in termen van professioneel handelen en inventariseren het hulpverlenersgedrag in de diagnostische en behandelfase. Tabel 1 toont hoe de vragenlijst is opgebouwd (zie Bijlage 1 voor de volledige vragenlijst).

2.2 Verspreiding van de vragenlijst

Nadat een suïcide bij de geneesheer directeur wordt gemeld, wordt de betreffende teamleider gevraagd de vragenlijst te verspreiden onder teamleden die betrokken waren bij de zorg voor de overleden patiënt. De teamleiders bepalen wie daarvoor in aanmerking komen. De vragenlijst wordt vergezeld van een brief van de geneesheer directeur die de respondent vraagt mee te doen aan het pilotonderzoek. In de brief wordt benadrukt dat deelname vrijwillig en anoniem is en dat uitkomsten niet herleidbaar zijn naar individuele hulpverleners. Op de vragenlijst kan nergens de naam van de patiënt, de hulpverlener of de afdeling worden ingevuld. De data worden geanonimiseerd opgeslagen en verwerkt; kenmerken van de patiënt en respondenten worden geanonimiseerd opgeslagen.

2.3 Plannen van een nabespreking

Op hetzelfde moment wordt een tijdspad afgesproken:

- een termijn waarbinnen de ingevulde vragenlijsten worden ingeleverd
- de opleveringsdatum voor het rapport met de uitkomsten
- en een datum waarop het rapport met de uitkomsten besproken zullen worden.

Aan de teamleider wordt overgelaten wie bij de bespreking aanwezig zijn. Van belang is dat in elk geval de personen die de vragenlijst invulden aanwezig zijn. De nabesprekingen worden ongeveer 4 tot 6 weken na de suïcide gepland; deze staat los van de bijeenkomst (de zogenaamde *debriefing*) waarin de emotionele impact van de suïcide op teamleden wordt besproken (zoals meestal kort na de suïcide gebeurt).

2.4 Grafische terugkoppeling (zie Tabel 1)

De uitkomsten worden samengebracht in een rapport waarin de scores op de vragenlijst worden gepresenteerd in een standaard format. Scores van alle respondenten in domein 1 t/m 7 worden gepresenteerd in figuren en scores in domein 8 in een tabel. De teamleider verspreidt het rapport

onder de respondenten (en eventueel onder andere deelnemers). Tijdens de bespreking kunnen de uitkomsten op een scherm worden geprojecteerd. (Zie Bijlage 2 voor een voorbeeldrapport)

2.5 Besprekingsformat

De besprekingen worden voorgezeten door de geneesheer-directeur (in de pilot was ook de onderzoeker aanwezig). Het streven is de uitkomsten op een veilige manier te bespreken. Het doel is motieven voor het handelen uit te wisselen en toe te lichten, niet om na te gaan of er fouten zijn gemaakt en door wie (wat overigens ook niet is af te leiden uit de rapportage). Om een veilig klimaat te scheppen wordt het handelen geëvalueerd met behulp van het volgende besprekingsformat:

- 1 Worden de uitkomsten herkend?
- 2 (Hoe) zijn de uitkomsten te verklaren?
- 3 Zijn we tevreden met de uitkomsten?
- 4 Wat willen we veranderen?
- 5 Wat is daarvoor nodig?

Als uitgangspunt voor de bespreking geldt dat er altijd *beredeneerd* kan worden afgeweken van richtlijnaanbevelingen [17].² Om veiligheid te bevorderen worden veiligheidsafspraken aan het begin van de bespreking herhaald en van de deelnemers wordt een bevestiging gevraagd.

2.6 Formuleren van verbeteracties

In de rapportage zit het besprekingsformat waarin teamleden antwoorden kunnen noteren.

² Een reden om een bepaalde richtlijnaanbeveling niet te volgen is bijvoorbeeld dat een aanbeveling buiten het handelingsdomein van een bepaalde discipline valt. Een verpleegkundige kan dus beredeneerd afwijken van de aanbeveling om de wilsbekwaamheid van de patiënt te beoordelen, maar een hoofdbehandelaar niet.

Bijlage 1 KEHR vragenlijst-versie 8.0

De KEHR Suicide vragenlijst gaat over uw handelen rond een (suïcidale) patiënt. De lijst is bedoeld voor professionals die betrokken waren bij de zorg voor een patiënt die is overleden door suïcide en die de zorg in multidisciplinair verband willen evalueren. De vragenlijst is anoniem. U kunt nergens uw naam, de naam van de patiënt, de afdeling of de instelling invullen. Er worden wel enkele algemene kenmerken van u en de patiënt nagevraagd zoals leeftijdsgroep, geslacht, aantal jaren werkervaring en uw rol (functie) in het multidisciplinaire team.

De uitkomsten van de vragenlijst worden aan het multidisciplinaire team teruggekoppeld in een rapport. Dit rapport dient als leidraad bij het (na)bespreken van de suïcide met leden van het multidisciplinaire team. De identiteit van de overledene, de respondent en/of de instelling is niet af te leiden uit de rapportage.

- Klik bij de vragen op het antwoord dat het best overeenkomt.
- Er is geen goed of fout.
- Beantwoordt alle vragen en kies steeds maar één antwoord.
- Denk niet te lang na over de antwoorden.

1 In hoeverre vindt u dat u in de afgelopen maand in het contact met de patiënt aandacht besteed heeft aan de thema's die centraal staan in de multidisciplinaire richtlijn voor diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag?

1.1 Contact gemaakt over suïcidegedachten

- mee eens
- neutraal
- niet mee eens

1.2 Systematisch onderzoek gedaan naar de suïcidegedachten

- mee eens
- neutraal
- niet mee eens

1.3 Naasten van de patiënt betrokken bij de zorg

- mee eens
- neutraal
- niet mee eens

1.4 Zorg voor veiligheid

- mee eens
- neutraal
- niet mee eens

1.5 Gezorgd voor continuïteit van zorg

- mee eens
- neutraal
- niet mee eens

1.6 Suïcidaal gedrag als focus van diagnostiek, begeleiding en behandeling

- mee eens
- neutraal
- niet mee eens

2 Hierna worden enkele onderwerpen mbt suïcidegedachten genoemd. Geef aub aan of u zich hiervan in het contact met uw patiënt op de hoogte heeft gesteld in de maand voorafgaand aan de suïcide.

2.1 Hoe wanhopig de patiënt zich voelde

- ja
- nee

2.2 Of de patiënt een plan had om suïcide te plegen

- ja
- nee

2.3 Hoe urgent de suïcidewens was voor de patiënt

- ja
- nee

2.4 Of de patiënt beschikte over middelen om suïcide mee te plegen

- ja
- nee

2.5 Of de patiënt controle had over zijn/haar drang om suïcide te plegen

- ja
- nee

2.6 Of de patiënt anderen op de hoogte had gebracht van zijn/haar suïcideplannen

- ja
- nee

2.7 Hoe lang de patiënt al suïcideplannen had

- ja
- nee

2.8 Wat de patiënt dacht op te lossen door suïcide te plegen

- ja
- nee

3 Hierna worden enkele kwetsbaarheids- en beschermende factoren genoemd die in het algemeen een rol spelen voor het bepalen van een suïciderisico. Geef aub aan zich hiervan in het contact met uw patiënt op de hoogte heeft gesteld in de maand voorafgaand aan de suïcide.

3.1 Eerdere episoden waarin de patiënt suïcidegedachten had

- ja
- nee

3.2 Eerdere suïcidepoging(en)

- ja
- nee

3.3 Suïcidaal gedrag bij familieleden van de patiënt

- ja
- nee

3.4 Kenmerken van de persoonlijkheid van de patiënt

- ja
- nee

3.5 Mate waarin de patiënt beschikte over een steunend sociaal netwerk

- ja
- nee

3.6 Of de patiënt een bepaalde levensovertuiging had die hem/haar belemmerde om suïcide te plegen

- ja
- nee

3.7 Of de patiënt een bepaalde levensovertuiging had die hem/haar belemmerde om suïcide te plegen

- ja
- nee

**4 Hierna worden enkele stressfactoren genoemd die in het algemeen een rol spelen voor het bepalen van een suïciderisico.
Geef aub aan zich hiervan in het contact met uw patiënt op de hoogte heeft gesteld in de maand voorafgaand aan de suïcide.**

4.1 Psychiatrische (co)morbiditeit

ja
nee

4.2 Middelenmisbruik

ja
nee

4.3 Somatische (co)morbiditeit

ja
nee

4.4 Verlieservaringen

ja
nee

4.5 Eenzaamheid

ja
nee

4.6 Krenking

ja
nee

4.7 Verminderd vermogen tot impulscontrole

ja
nee

4.8 Geringe mate van oplossingsgerichtheid

ja
nee

5 Hierna staan enkele aspecten mbt het toekomstperspectief van uw patiënt genoemd. Heeft u zich (in de maand voorafgaand aan de suïcide) op de hoogte gesteld:

5.1 Hoe de patiënt zijn/haar toekomst zag

- ja
- nee

5.2 Of de patiënt verbetering zag in zijn/haar toekomstperspectief

- ja
- nee

5.3 Wat de patiënt veranderd wilde zien

- ja
- nee

5.4 Hoe groot de patiënt de kans achtte dat zijn/haar toekomstperspectief zou veranderen

- ja
- nee

6 In hoeverre heeft u in de maand voorafgaand aan de suïcide naasten van de patiënt betrokken bij de diagnostiek, begeleiding en de behandeling?

6.1 Gesproken met naastbetrokkenen over oorzaken van het suïcidale gedrag

ja

nee

6.2 Geïnterviewd welke oplossingen naastbetrokkenen wenselijk vonden

ja

nee

6.3 Steun uitgesproken tegen naastbetrokkenen

ja

nee

6.4 Draagkracht van naastbetrokkenen nagevraagd

ja

nee

6.5 De moeilijkheid om suïcide te voorspellen besproken met naastbetrokkenen

ja

nee

6.6 Met naastbetrokkenen besproken wat zij konden doen om de veiligheid van de patiënt te helpen waarborgen

ja

nee

6.7 Het risico van suïcide besproken met naastbetrokkenen

ja

nee

- 7 In hoeverre heeft u in de maand voorafgaand aan de suïcide aandacht besteed aan veiligheid en continuïteit van zorg voor uw patiënt?**
- 7.1 De wilsbekwaamheid van de patiënt beoordeeld
ja
nee
- 7.2 Veiligheidsplan opgesteld
ja
nee
- 7.3 Middelen waarmee de patiënt suïcide kon plegen verwijderd uit zijn/haar bereik
ja
nee
- 7.4 Intercollegiaal overleg gevoerd/intervisie of supervisie ontvangen
ja
nee
- 7.5 De veiligheid van de gekozen behandelsetting herhaaldelijk geëvalueerd
ja
nee
- 7.6 Extra veiligheidsmaatregelen getroffen bij overplaatsing naar een andere behandelsetting
ja
nee
- 7.7 Extra veiligheidsmaatregelen getroffen bij ontslag
ja
nee
niet van toepassing
- 7.8 Voor ontslag afspraken gemaakt met ketenpartners (huisarts, regulier GGZ-contact etc)
ja
nee
niet van toepassing
- 7.9 Voor ontslag maatregelen getroffen voor het tot stand komen van nazorgcontact
ja
nee
niet van toepassing

Hierna worden enkele gegevens over uzelf en de patiënt gevraagd.

- 8.1 Wat is uw functie in het multidisciplinaire team?
psychiater / (assistent) psychiater
psycholoog / psychotherapeut
verpleegkundige / verpleegkundig specialist / SPV
anders, namelijk
- 8.2 Hoeveel jaren werkervaring heeft u?
minder dan 5 jaar
5-10 jaar
meer dan 10 jaar
- 8.3 Wat is uw geslacht?
man
vrouw
- 8.4 Wat was de leeftijd van de overleden patiënt?
jonger dan 20 jaar
21-40 jaar
41-65 jaar
ouder dan 65 jaar
- 8.5 Wat is het geslacht van de patiënt?
man
vrouw
- 8.6 Wat was de behandelsetting waarin de patiënt zich op het moment van de suïcide bevond?
gesloten
besloten
open
ambulant
anders, namelijk
- 8.7 Had de patiënt een psychiatrische voorgeschiedenis?
ja
nee
weet niet
- 8.8 Werd de patiënt behandeld in het kader van een BOPZ-maatregel?
nee
ja, namelijk
weet niet
- 8.9 In hoeverre was de suïcide naar uw mening verwacht?
totaal onverwacht
enigszins onverwacht
niet onverwacht / niet verwacht
enigszins verwacht
totaal onverwacht

Hartelijk dank voor uw medewerking

Een samenvatting van de multidisciplinaire richtlijn is te downloaden via
http://www.ggzrichtlijnen.nl/index.php?pagina=/richtlijn/item/pagina.php&richtlijn_id=116

De volledige richtlijn is te vinden via de website van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie
<http://www.nvvp.net/publicaties/richtlijnen/>

Bijlage 2 Voorbeeldrapport

KEHR Suïcide ~ Kwalitatieve Evaluatie van het Handelen Rond Suïcide

Dit rapport geeft de uitkomst van de KEHR Suïcide-vragenlijst weer die werd afgenomen naar aanleiding van een suïcide van uw cliënt.

Respons

De KEHR-vragenlijst werd vier keer ingevuld en teruggestuurd.

Resultaten

Tabel 1 toont de kenmerken van de overledene en de respondenten.

De vragenlijst werd ingevuld over een man in de leeftijd van 41-65 jaar.

Over de mate van (on)verwachtheid waren de meningen verdeeld.

Tabel 1

Kenmerken van de suïcide, de overledene en de respondenten.*

| | |
|---|------------|
| <i>kenmerken overledene</i> | |
| geslacht | vrouw |
| leeftijdsgroep suïcidant | 41-65 jaar |
| behandelsetting | open |
| bopz van kracht | nee |
| psychiatrische voorgeschiedenis | ja |
| <i>kenmerken van de respondenten</i> | |
| verhouding man:vrouw | n=1:3 |
| <i>functie in het team</i> | |
| psychiater | n=1 |
| verpleegkundige | n=3 |
| <i>jaren werkervaring</i> | |
| minder dan 5 jaar | n=2 |
| 5-10 jaar | n=1 |
| meer dan 10 jr | n=1 |
| <i>mate waarin de suïcide werd verwacht</i> | |
| enigszins verwacht | n=1 |
| niet verwacht/ niet onverwacht | n=1 |
| enigszins onverwacht | n=1 |
| totaal onverwacht | n=1 |

Uitkomsten en bespreking

Figuren 1 t/m 7 laten zien hoe de respondenten zijn omgegaan met (mogelijk) suïcidaal gedrag van de cliënt.

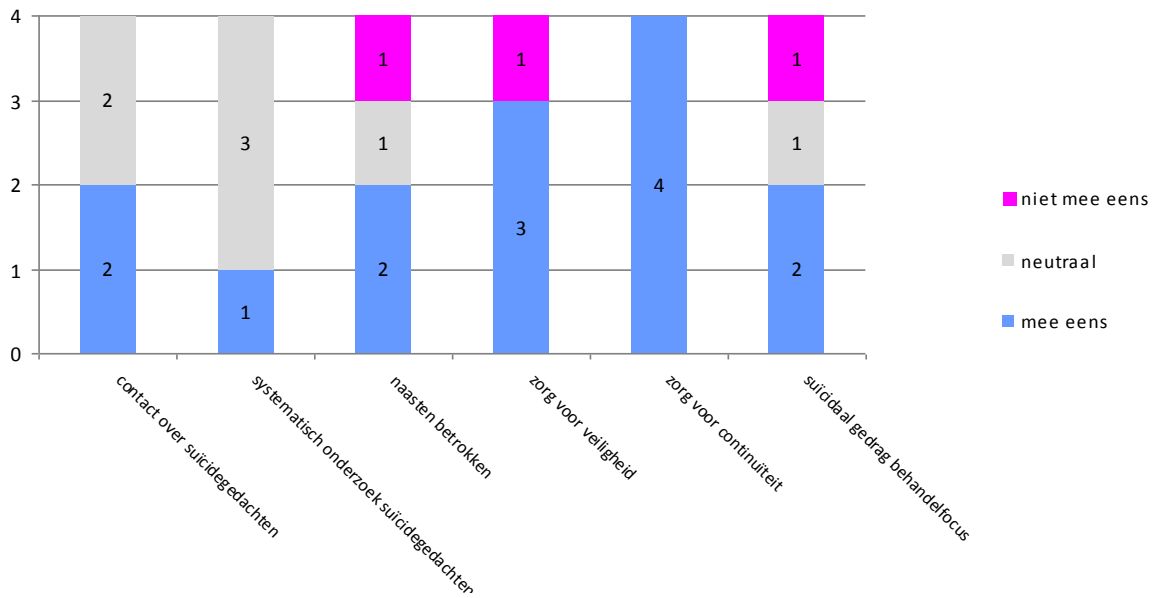
Bij de bespreking van Figuur 1 t/m 7 staan de volgende vragen centraal:

- 1 zijn de uitkomsten herkenbaar?
- 2 (hoe) zijn de uitkomsten te verklaren?
- 3 welke aanpassingen zijn gewenst?
- 4 wat is nodig om deze te realiseren?

De uitkomsten van de bespreking kunnen worden genoteerd in het evaluatieformulier (zie Bijlage 1).

Voor vragen over de KEHR-vragenlijst kunt u contact opnemen met Marieke de Groot
mh.de.groot@psy.vu.nl

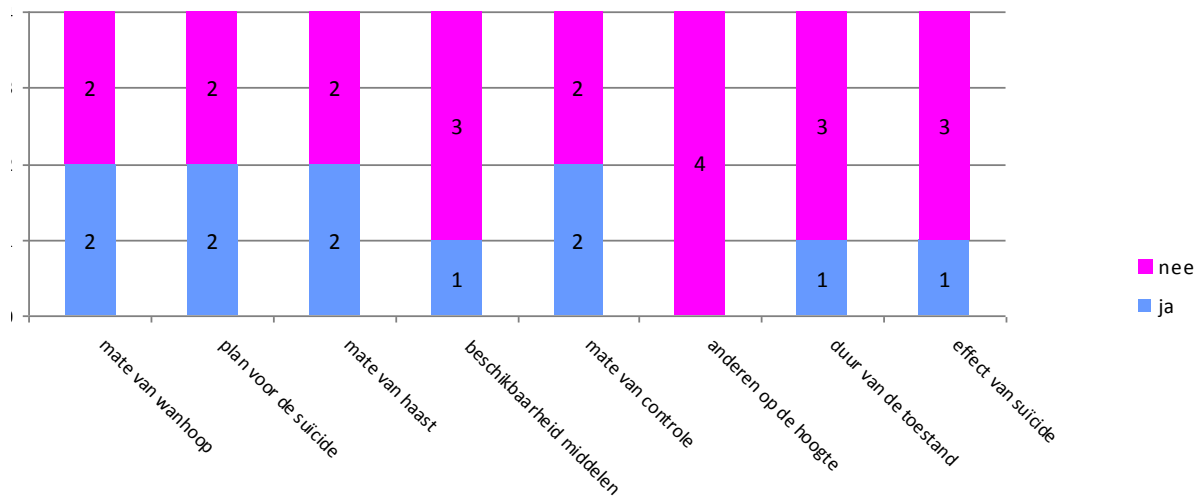
1 In hoeverre is in de laatste maand aandacht besteed aan de thema's die centraal staan in de multidisciplinaire richtlijn voor diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag?



Figuur 1

Mate waarin de respondenten van mening zijn dat de thema's uit de richtlijn in de behandeling van de cliënt aan bod zijn gekomen.

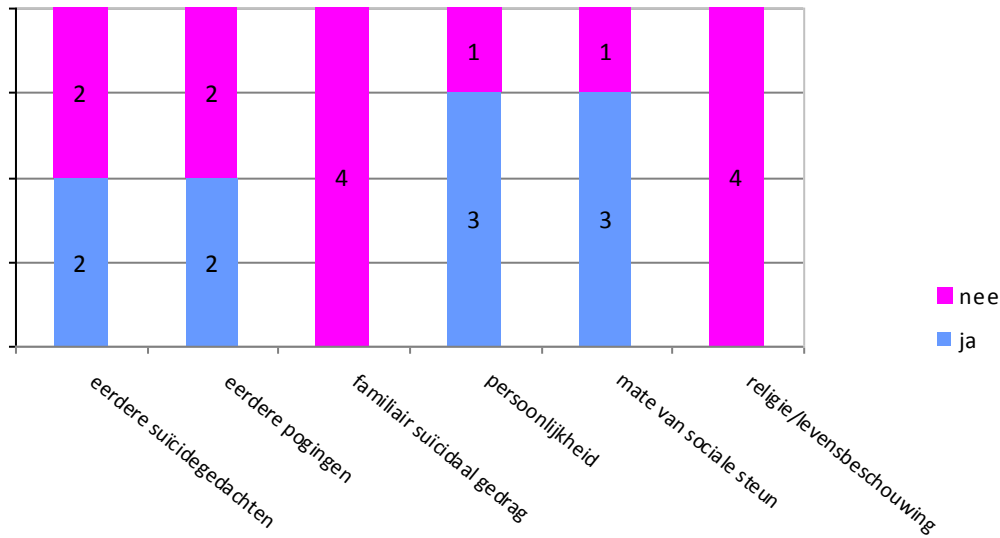
2 In hoeverre heeft u in de afgelopen maand met de cliënt contact gemaakt over suïcidegedachten?



Figuur 2

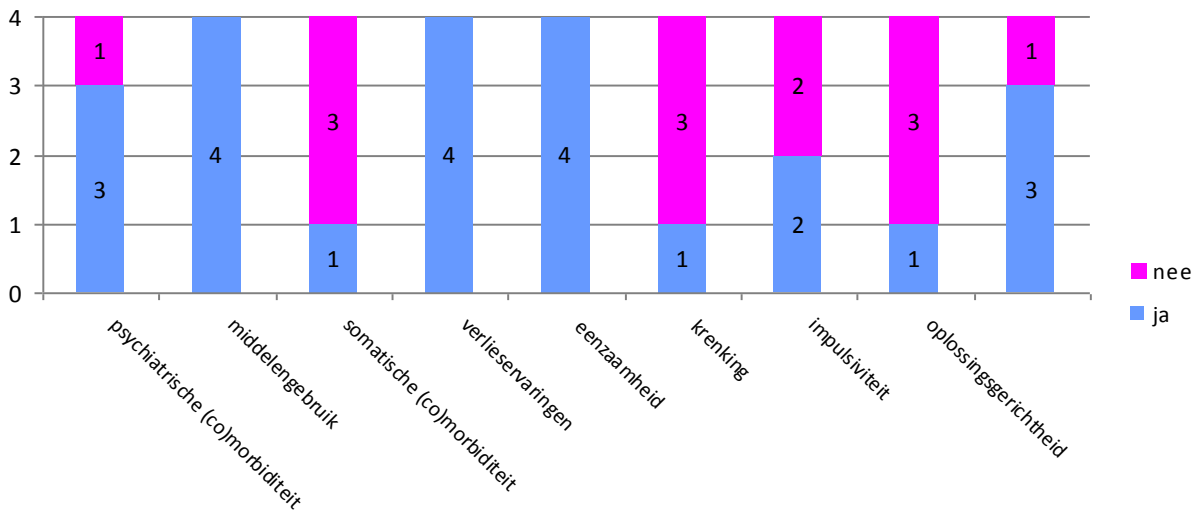
Mate waarin de respondenten onderwerpen met betrekking tot de suïcidegedachten met de cliënt hebben besproken.

3 In hoeverre heeft u in de afgelopen maand duurzame risico- en beschermende factoren voor suïcide met de cliënt geïnterviewd?



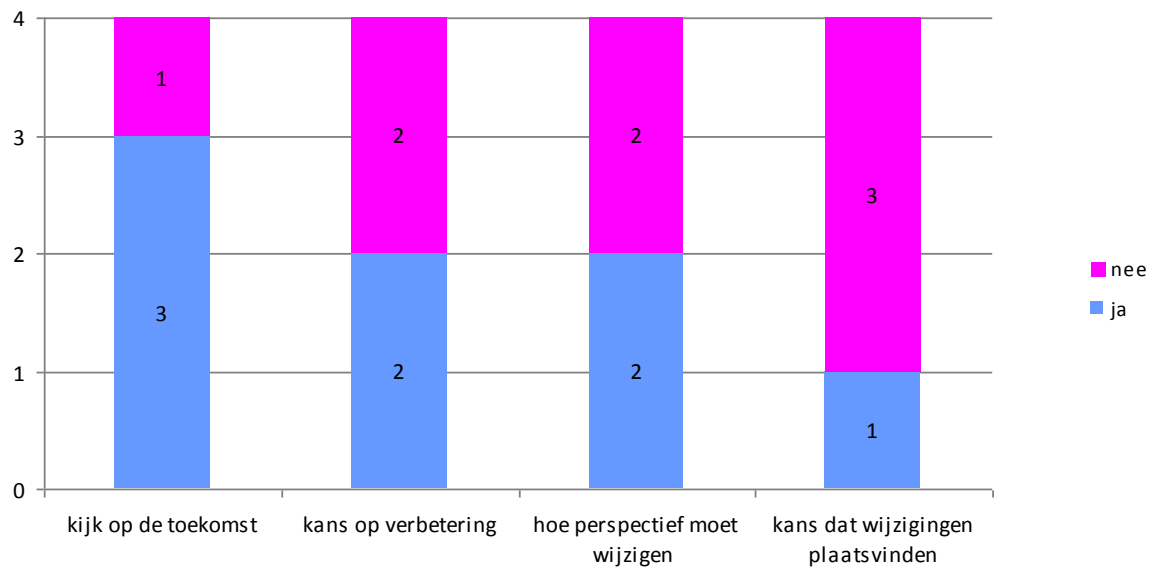
Figuur 3
Mate waarin duurzame risico- en beschermende factoren voor suïcide met de patiënt zijn besproken.

4 In hoeverre heeft u in de afgelopen maand stressfactoren voor suïcide met de cliënt geïnterviewd?



Figuur 4
Mate waarin stressfactoren voor suïcide met de patiënt zijn besproken.

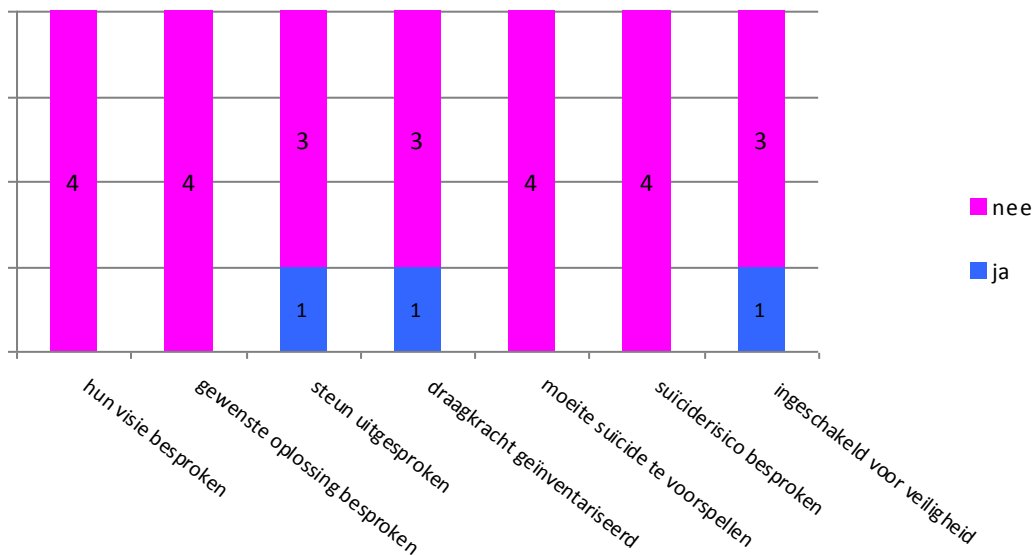
5 In hoeverre heeft u in de afgelopen maand het toekomstperspectief van de cliënt met de cliënt besproken?



Figuur 5

Mate waarin respondenten het toekomstperspectief van de cliënt hebben besproken.

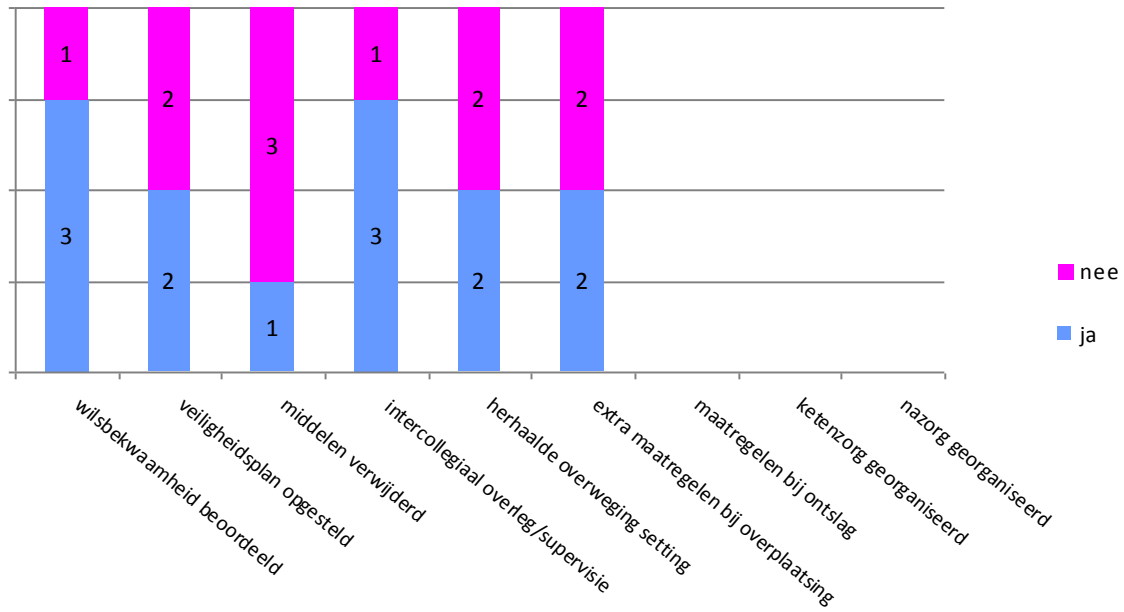
6 In hoeverre heeft u in de afgelopen maand naasten van de cliënt betrokken bij de diagnostiek en behandeling?



Figuur 6

Mate waarin naasten van de cliënt zijn betrokken bij diagnostiek en behandeling van de cliënt.

7 In hoeverre heeft u in de afgelopen maand aandacht besteed aan de zorg voor veiligheid en continuïteit?



Figuur 7

Mate waarin veiligheid van de cliënt en continuïteit van zorg zijn gewaarborgd.

NB Vraag 7 t/m 9 waren niet van toepassing en werden niet ingevuld.

Bijlage 1

Formulier voor het rapporteren van de uitkomst van de bespreking

| | |
|---|--|
| 1 | Zijn de uitkomsten herkenbaar? |
| 2 | (Hoe) zijn de uitkomsten te verklaren? |
| 3 | Welke aanpassingen zijn gewenst? |
| 4 | Wat is nodig om dit te realiseren? |

Literatuur

Reference List

1. Huisman A: ***Learning from suicides. Towards an improved supervision procedure of suicides in mental health care.*** Amsterdam: Vrije Universiteit; 2010.
2. GGZNederland: **Handreiking uniforme meldingsroute bij suïcides en suïcidepogingen met ernstig letsel. *Veilige zorg, ieders zorg GGZ Patiëntveiligheidsprogramma 2008-2011*** 2011.
3. Van Hemert A, Kerkhof A, de Keijser J, Verwey B, van Boven C, Hummelen J, de Groot M, Lucassen P, Meerdinkveldboom J, Steendam M *et al*: **Multidisciplinaire richtlijn voor diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag.** Utrecht: De Tijdstroom; 2012.
4. De Beurs D: **Improving care for suicidal patients by implementing guideline recommendations. On the effects of an e-learning supported train-the-trainer program and the assessment of suicide ideation.** . Amsterdam: Vrije Universiteit; 2015.
5. Grol R, Grimshaw J: **From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care.** *Lancet* 2003, **362**(9391):1225-1230.
6. Franx G: **Quality improvement in mental health care.** Utrecht: Trimbos Instituut; 2013.
7. While D, Bickley H, Roscoe A, Windfuhr K, Rahman S, Shaw J, Appleby L, Kapur N: **Implementation of mental health service recommendations in England and Wales and suicide rates, 1997–2006: a cross-sectional and before-and-after observational study.** *The Lancet* 2012, **379**(9820):1005-1012.
8. De Groot M, De Beurs D, De Winter R, Van Duijn E, De Keijser J, Kerkhof A: **Dissemination of a suicide practice guideline in mental health care by an e-learning supported train the trainer program. A qualitative study of users' perceptions** (in review).
9. Burgers JO, M; Van Splunteren, P; Overtveit, J: **Effectieve implementatiestrategieën.** . In: *New perspectives on Effective Implementation of Guidelines.* Nijmegen: Scientific Institute for Quality of Healthcare (IQ healthcare), UMC St Radboud.; 2011.
10. Sadeghi R, Sedaghat M, Sha Ahmadi F: **Comparison of the effect of lecture and blended teaching methods on students' learning and satisfaction.** . *J Adv Med Educ Prof* 2014, **2**(4):4.
11. De Groot M, De Winter R: **KEHR SUICIDE: een nieuw instrument voor evalueren en leren van suïcide. Resultaten van een pilot studie.**
12. Van Hemert A, Kerkhof A, de Keijser J, Verwey B, van Boven C, Hummelen J, de Groot M, Lucassen P, Meerdinkveldboom J, Steendam M *et al*: **Multidisciplinaire richtlijn voor diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. Samenvatting.** Utrecht: De Tijdstroom; 2012.
13. Goldney D: **Suicide Prevention: a practical approach.** Oxford: Oxford University Press; 2008.
14. Williams J, Barnhofer T, Duggan D: **Psychology and suicidal behavior: elaborating the entrapment model.** In: *Prevention and treatment of suicidal behavior From science to practice.* Edited by Hawton K. Oxford: Oxford University Press; 2005: 71-78.
15. Shea S: **Psychiatric Interviewing, the art of understanding.** Philadelphia: Saunders Company; 1998.
16. De Groot M, De Beurs D, De Keijser J, Kerkhof A: **An e-learning supported Train-the-Trainer program to implement a suicide practice guideline. Empirical, theoretical and practical considerations and dissemination in mental health care** (in review).
17. van Everdingen J, Burgers J, WJJ A, Swinkels J, Van Barneveld T, van de Klundert J: **Evidence based richtlijnontwikkeling. Een leidraad voor de praktijk.** Houten: Bohn Stafleu Van Loghum; 2004.