

35 Leren van suïcide

Datagestuurde multidisciplinaire evaluatie van suïcide en suïcidepogingen met ernstig letsel [??? Opmaker: dit is de ondertitel, RED]

Marieke de Groot en Remco de Winter

- 1 Multidisciplinaire evaluatie als onderdeel van kwaliteitssystemen
 - 1.1 Wettelijke kaders voor de kwaliteit van zorg
 - 1.2 Kwaliteitsnormen voor de omgang met suïcidaal gedrag
 - 2 Evaluatie van suïcide: de huidige praktijk
 - 2.1 Prospectieve en retrospectieve risicoanalyse
 - 2.2 Sterke en zwakke kanten van de huidige praktijk
 - 3 KEHR SUICIDE: datagestuurd en richtlijnconform evalueren
 - 3.1 De rationale achter de ontwikkeling van KEHR SUICIDE
 - 3.2 Werkwijze
 - 3.3 Doelen
 - 4 Ervaringen met de toepassing van KEHR SUICIDE
 - 4.1 Uitkomsten van een pilot
 - 4.2 Toekomstige toepassingen
 - 5 Tot besluit
- Literatuur

Vanaf 2007 tot 2014 steeg in Nederland het suïcidecijfer met 37%, waarna het in 2014 stabiliseerde tot 1835 per jaar. Na 2014 was een lichte stijging waar te nemen; in 2016 ging het om 1894 gevallen. Het aandeel dat op het moment van de suïcide in zorg was bij een ggz-instelling, schommelde tussen 2007 en 2013 rond de 40% [??? Wat is precies de reden om met deze feitelijke opsomming te beginnen? Wellicht kan direct met de volgende alinea worden gestart? RED].

Na een suïcide of na een suïcidepoging met ernstig letsel (hierna: suïcides) zijn ggz-instellingen verplicht een incident intern te evalueren. Het doel van interne evaluaties van suïcides is de kwaliteit van zorg voor suïcidale patiënten duurzaam te verbeteren via een continu proces van ontwikkeling, borging en verificatie van verbeteracties. Sinds de verschijning van de *Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag* (hierna: richtlijn) en de Generieke module Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag is hiervoor een toetsingskader beschikbaar. Internationaal onderzoek laat zien dat de implementatie van multidisciplinaire evaluatie van suïcides geassocieerd is met een daling van suïcide onder patiënten. Niet direct duidelijk is echter in hoeverre een evaluatie onafhankelijk bijdraagt aan de daling van de suïcideaantallen, omdat multidisciplinaire evaluatie van suïcide een van de activiteiten was die in het kader van verbeterde suïcidepreventie geïmplementeerd werden.

1 Multidisciplinaire evaluatie als onderdeel van kwaliteitssystemen

1.1 Wettelijke kaders voor de kwaliteit van zorg

Zorgorganisaties zijn via de wet verplicht een kwaliteitsbeleid op te stellen. Kwaliteitsbeleid is wat de organisatie in een bepaald tijdsbestek wil doen om goede kwaliteit te leveren, te handhaven en zo nodig te verbeteren. Onderzoek heeft aangetoond dat kwaliteitsbeleid tot betere uitkomsten leidt. Sinds 1 januari 2016 is in Nederland de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) van kracht. De Wkkgz heeft als doel goede zorg te realiseren en openheid over en leren van eventuele fouten en andere incidenten in de zorg te bevorderen. Kwaliteitsbeleid komt tot uitdrukking in een kwaliteitssysteem, het geheel van organisatorische activiteiten en voorzieningen gericht op kwaliteit en de systematische verbetering daarvan. Het nut van de toepassing van een kwaliteitssysteem in de ggz is onomstreden. Onderzoek heeft bijvoorbeeld aangetoond dat de zorguitkomsten verbeteren

wanneer richtlijnen zorgvuldig worden geïmplementeerd en zorgprofessionals intensief worden opgeleid om die richtlijnen toe te passen.

1.2 *Kwaliteitsnormen voor de omgang met suïcidaal gedrag*

Kwaliteitsnormen voor de ggz zijn verzameld door de stichting [HKZ](#) (Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector). Zorginstellingen die [HKZ](#)-gecertificeerd zijn, laten zien dat ze serieus werk maken van kwaliteit van zorg en dat ze voldoen aan de eisen die daaraan gesteld worden door patiënten, professionals en stakeholders.

[HKZ](#)-kwaliteitsnormen zijn opgesteld door de brancheorganisatie [GGZ](#) Nederland en vastgelegd in diverse documenten. Inzake suïcidaal gedrag hanteert de [HKZ](#) bijvoorbeeld het *Kwaliteitsdocument Ketenzorg bij suïcidaliteit*, dat beschrijft hoe ketenpartners (huisartsen, ziekenhuizen, ggz-instellingen, [GGD](#), politie, ambulancediensten) moeten samenwerken in de zorg voor suïcidale personen. Als kwaliteitsnorm voor het inspectietoezicht op suïcides en suïcidepogingen met ernstig letsel hanteert de [HKZ](#) de Handreiking uniforme meldingsroute bij suïcides en suïcidepogingen met ernstig letsel, die in samenwerking met veldpartijen werd ontwikkeld door de Inspectie voor de Gezondheidszorg ([IGZ](#)).

Een verandering ten opzichte van de situatie daarvoor is dat het toezicht op suïcide van patiënten in een zorginstelling verschoven is van extern toezicht (door de [IGZ](#)) naar intern toezicht (door de zorgorganisatie waarin de suïcide plaatsvond). Sinds de uniforme meldingsroute van kracht is, wordt suïcide niet langer automatisch beschouwd als een calamiteit, maar als een incident dat moet worden onderzocht op de vraag of sprake is van een calamiteit. Van een calamiteit is volgens de [IGZ](#) sprake als binnen de organisatie niet gewerkt is volgens professionele standaarden en/of het kwaliteitsbeleid van de organisatie.

Calamiteiten moeten worden gemeld aan de [IGZ](#); incidenten hoeven niet gemeld te worden. De [IGZ](#) vraagt dus van zorgorganisaties om zelf te beoordelen of het incident al dan niet een calamiteit is. Dat wil zeggen dat [IGZ](#) een beroep doet op het reflectief vermogen van zorgorganisaties bij het evalueren van suïcide. De rationale is dat van intern toezicht een sterker lerend effect uitgaat dan van extern toezicht. Immers, organisaties leggen hun eigen handelen onder een vergrootglas en toetsen dit zelf aan de kwaliteitsnormen. Doordat alle direct betrokken medewerkers nauw bij deze toetsing betrokken zijn, wordt verondersteld dat medewerkers op alle niveaus in de organisatie zich sterker bewust worden van welk gedrag passend of vereist is in welke omstandigheden.

Naast de verplichting van organisaties om calamiteiten bij de [IGZ](#) te melden is het verplicht

suïcides en suïcidepogingen met ernstig letsel bij de IGZ te melden van patiënten die gedwongen zijn opgenomen in het kader van een strafrechtelijke titel of op basis van een civiele maatregel met een rechterlijke machtiging (RM), een voorwaardelijke RM of een inbewaringstelling (IBS). Daarnaast bestaat de verplichting indien de patiënt op het moment van het incident gesepareerd, afgezonderd of gefixeerd was. Echter, ook in deze omstandigheden wordt van organisaties verwacht dat zij het incident retrospectief evalueren. Immers, ook in de voornoemde omstandigheden is er een kans dat kwaliteitsstandaarden niet (voldoende) zijn gevolgd en kan een analyse van incidenten verbeterpunten opleveren.

2 Evaluatie van suïcide: de huidige praktijk

2.1 Prospectieve en retrospectieve risicoanalyse

Multidisciplinaire evaluatie van suïcide is doorgaans een onderdeel van het kwaliteitssysteem rond de omgang met suïcidale patiënten. In eerste instantie gaat het om zogenoemde debriefing, waarin betrokkenen kort na de suïcide de emotionele impact bespreken. Het proces zoals in de uniforme meldingsroute beschreven, start formeel gezien na de debriefing. In de meldingsroute wordt onderscheid gemaakt tussen prospectieve en retrospectieve risicoanalyse. Prospectieve risicoanalyse is volgens de richtlijn onderdeel van het diagnostisch proces. Het gaat over de wijze waarop het suïcidale gedrag van de betreffende patiënt is beoordeeld en behandeld. Retrospectieve risicoanalyse wordt in de handleiding gesplitst in een analyse op incidentniveau en een analyse op organisatieniveau. Eerstgenoemde betreft de analyse ter beantwoording van de vraag of sprake is van een incident of een calamiteit. Wanneer (mogelijk) sprake is van een calamiteit, wordt diepgaander onderzoek gedaan volgens een lokaal vastgestelde methodiek. Hiervoor zijn diverse instrumenten beschikbaar. Het meest gebruikt worden PRISMA (Prevention and Recovery Information System for Monitoring and Analysis), dat incidenten op een eenduidige wijze structureert en rubriceert op basis van oorzaken en contextvariabelen, en SIRE (Systematic Incident Reconstruction and Evaluation), een praktische methode om het ‘wat’ en ‘waarom’ van een incident te reconstrueren en de bijdrage van betrokkenen in een juiste context te plaatsen. Calamiteiten worden gemeld aan de IGZ met het ‘Format IGZ melding suïcide en suïcidepoging met ernstig letsel aan de inspectie’ [??? Naam aangepast, RED]. Het formulier wordt voorzien van conclusies van de geneesheer-directeur of de raad van bestuur. Wanneer

maatregelen zijn afgesproken, wordt het formulier door de raad van bestuur verzonden. Om ervoor te zorgen dat verbeteracties worden opgepakt, wordt afgesproken wie hiervoor verantwoordelijk is of zijn. Dit kunnen de directeur, het afdelingshoofd, de teamleider of individuele medewerkers zijn. Ten slotte zorgt de organisatie ervoor dat het effect van verbeteracties wordt gecheckt door na te gaan of verbeteracties die eerder werden geformuleerd naar aanleiding van incidenten, bij nieuwe incidenten zijn gevolgd. Na een bepaalde tijd (meestal een jaar) wordt een retrospectieve risicoanalyse op organisatieniveau gedaan. Het doel hiervan is betekenisvolle trends te ontdekken in de uitkomsten van de afzonderlijke retrospectieve risicoanalyses op incidentniveau. Uitkomsten van analyses op geaggregeerd niveau worden in een jaarverslag vastgelegd en dit jaarverslag wordt naar de IGZ gestuurd. Indien van toepassing worden beheersmaatregelen op proces- en/of beleidsniveau ingevoerd die tot uitdrukking komen in toekomstig beleid ten aanzien van suïcidepreventie.

2.2 Sterke en zwakke kanten van de huidige praktijk

Sterk van de huidige praktijk is dat in Nederland, als een van de weinige landen, de overheid toezicht houdt op de kwaliteit van suïcidepreventie in ggz-instellingen, terwijl intussen het zelfreinigend vermogen van instellingen wordt aangesproken. Het proces dat moet leiden tot het formuleren van verbeteracties, start dicht bij de patiënt en de direct betrokken medewerkers en leidt gaandeweg het proces tot aanbevelingen op geaggregeerd niveau. Geïntegreerde methoden om te leren van incidenten die dicht bij het zorgproces worden toegepast, zijn het effectiefst. De voorwaarden om te kunnen leren van suïcide, zijn goed geborgd. Het proces beschrijft ook hoe de controle op de naleving van verbeteringen is geregeld. De procedure is een mix van top-down- en bottom-upinterventies; dit is voor kwaliteitsverbetering het succesvolst gebleken.

De meldingsroute is waarschijnlijk het effectiefst in een veilig klimaat waarin de betrokkenen in alle openheid hun handelen en overwegingen kenbaar kunnen maken. Deze veiligheid is echter niet vanzelfsprekend. Suïcide is een gevoelig onderwerp in ggz-organisaties en vaak wordt onderschat hoe lastig en belastend de beoordeling van suïciderisico's voor medewerkers is. Na een suïcide spelen gevoelens van schaamte, schuld en incompetentie bij betrokkenen een rol. Zo kan het werkelijke handelen strijdig zijn met het beeld dat medewerkers van zichzelf hebben en krijgen handelingen een speciale betekenis nadat een suïcide heeft plaatsgevonden. Onbekend is in hoeverre deze aspecten bias veroorzaken in de

uitkomsten van prospectieve en retrospectieve risicoanalyses.

Instrumenten die gebruikt worden om suicides te evalueren (zoals [PRISMA](#) en [SIRE](#)), zijn niet specifiek voor dit doel ontwikkeld. Ze zijn niet gebaseerd op de kwaliteitsnormen voor de omgang met suïcidaal gedrag. Er bestaat een kans dat informatie die specifiek samenhangt met de complexiteit rond de omgang met suïcidaal gedrag, niet in kaart wordt gebracht. Hierdoor wordt wellicht de kans om te leren van suicide niet optimaal benut, waardoor toekomstige patiënten verstoken blijven van de best mogelijke zorg.

3 KEHR SUICIDE: datagestuurd en richtlijnconform evalueren

3.1 De rationale achter de ontwikkeling van KEHR SUICIDE

[KEHR](#) staat voor Kwalitatieve Evaluatie van het Handelen Rond suicide en neemt de multidisciplinaire richtlijn als uitgangspunt. [KEHR](#) werd ontwikkeld tegen de achtergrond van de [PITSTOP](#)-studie (Professionals In Training to [STOP](#) suicide), een onderzoek naar de implementatie van de richtlijn. Uit kwalitatief onderzoek naar de ervaringen van ggz-instellingen met de [PITSTOP](#)-training bleek dat er behoefte is aan een methode waarmee hulpverleners hun handelen kunnen toetsen aan de richtlijn, zodat hun potentieel om na een suicide hun professionele handelen rond suïcidale patiënten meer richtlijnconform te maken wordt gemobiliseerd. Onder meer voor dit doel werd [KEHR SUICIDE](#) ontwikkeld.

[KEHR](#) is datagestuurd. Met de uitkomst kunnen hulpverleners hun handelen systematisch en waarde vrij evalueren. [KEHR](#) is een vragenlijst en inventariseert richtlijnconform hulpverlenersgedrag in de diagnostische fase en de behandel fase, naast enkele kenmerken van de patiënt en de respondent. De [KEHR](#)-vragenlijst is gebaseerd op het geïntegreerde model van stress-kwetsbaarheid en *entrapment*, het model voor de verklaring van suïcidaal gedrag zoals dat in de richtlijn en in hoofdstuk 6 wordt beschreven. In de vragenlijst worden respondenten gedragingen voorgelegd en wordt gevraagd of de respondent dit gedrag vertoond heeft.

Gedragingen zijn geclusterd in zeven domeinen [???. Misschien specificeren? Er zijn namelijk in totaal tien domeinen in tabel 35.1, RED] (zie tabel 35.1). Door na een suicide de [KEHR](#)-vragenlijst in te laten vullen door direct betrokken hulpverleners wordt systematisch feedback gegenereerd op de diagnostiek en de behandeling van het suïcidale gedrag van de patiënt.

Tabel 35.1 Opbouw van de KEHR-vragenlijst

Domein	Onderwerp	Uitleg	Aantal items en scoringsformat
I	Hoofdthema's uit de richtlijn	Scoren op de mate van aandacht op de thema's: <ul style="list-style-type: none"> • contact maken over suïcidegedachten; • kwetsbaarheidsfactoren en beschermende factoren inzake suïcide; • stressfactoren die samenhangen met een verhoogd suïciderisico; • het betrekken van naasten van de patiënt bij de diagnostiek en behandeling; • veiligheid en continuïteit van zorg. 	6 items Mee eens, neutraal, niet mee eens
II	Contact maken	Scoren op doorvraag-vragen om de mate van <i>entrapment</i> (Williams, Barnhofer & Duggan, 2005) te inventariseren	8 items Ja/nee
III*	Kwetsbaarheidsfactoren en beschermende factoren inzake suïcide (Goldney, 2008)	Scoren op navraag/inventarisatie van factoren die het risico van suïcide verhogen of verlagen	8 items Ja/nee
IV*	Stressfactoren die het suïcidale gedrag uitlokten	Scoren op navraag/inventarisatie van stressvolle gebeurtenissen geassocieerd met het 'losmaken' van het suïcidale gedrag bij personen met een verhoogde kwetsbaarheid voor suïcide	7 items Ja/nee
V*	Toekomstperspectief	Scoren op navraag naar het toekomstperspectief	4 items Ja/nee
VI	Naasten erbij betrekken	Scoren op handelingen die het erbij betrekken van naasten tot uitdrukking brengen	7 items Ja/nee
VII	Veiligheid en continuïteit van zorg	Scoren op maatregelen ter verhoging van de veiligheid en continuïteit	9 items Ja/nee/n.v.t.
VIII	Kenmerken van de patiënt	Geslacht Leeftijd Behandelsetting Bopz ja/nee Psychiatrische voorgeschiedenis As-I-diagnose As-II-diagnose	5 items Ja/nee Meerkeuze
IX	Kenmerken van de respondent	Geslacht Functie in het team Aantal jaren werkervaring	3 items Ja/nee Meerkeuze [???
X	Mate waarin het incident werd verwacht	Scoren in welke mate de suïcide (on)verwacht was	5-punts-Likertschaal (1 = totaal onverwacht, 5 = totaal verwacht)

* Domeinen III t/m V [???'IV' aangepast, RED] reflecteren de uitkomsten van het CASE-interview (Shea, 1998).

De toepassing wordt in de richtlijn (Van Hemert e.a., 2012) aanbevolen voor systematisch onderzoek van het suïcidale gedrag en getraind in de PITSTOP-training (De Groot e.a., 2015).

Bron: De Groot e.a. (2016).

3.2 Werkwijze

De KEHR-vragenlijst wordt via www.mijnkehr.nl per mail verspreid door een lokale medewerker die door de beheerder van www.mijnkehr.nl is geautoriseerd. De teamleider van het team waarin de suïcide plaatsvond, bepaalt welke medewerkers de vragenlijst invullen. Nadat betrokkenen de vragenlijst hebben ingevuld, kan via www.mijnkehr.nl automatisch een digitaal rapport gegenereerd worden, met daarin een grafische terugkoppeling van de uitkomsten (zie figuur 35.1).

[??? Opmaker: '35 Figuur 35.1.png' hier plaatsen, RED]

Figuur 35.1 Print van een benchmark zoals gepresenteerd in een KEHR-rapport. De figuren 1A en 1B tonen de uitkomsten van domein I, Hoofdthema's uit de richtlijn [??? 'domein 1: Aandacht voor thema's uit de richtlijn' aangepast, RED] (zie tabel 35.1)

Uit de rapporten vallen de identiteit van de patiënt en de respondent niet af te leiden; de gegevens worden anoniem gepresenteerd. Kenmerken van de patiënt en respondenten worden in tabellen gepresenteerd en de scores op de verschillende domeinen in staafdiagrammen. De staafdiagrammen laten zien welke patiënt- en zorgkenmerken door respondenten wel en niet zijn geïnventariseerd bij de beoordeling van de suïcidale toestand en welke acties zijn uitgevoerd tijdens de behandelstrategie (zie tabel 35.1). In het rapport worden scores op teamniveau met benchmarks vergeleken met de scores van alle respondenten (zowel binnen als buiten de organisatie) die ooit de KEHR-vragenlijst invulden, zodat teams hun prestaties kunnen vergelijken met de [??? 'gemiddelde' toevoegen? RED] prestatie van andere professionals. Om de rapporten te kunnen verzamelen en archiveren kan de geautoriseerde medewerker via www.mijnkehr.nl de rapporten die in de eigen organisatie zijn gegenereerd, uploaden in pdf-formaat.

3.3 Doelen

KEHR SUICIDE dient diverse doelen. Ten eerste is het aannemelijk dat het gebruik ervan het behoud van kennis en vaardigheden rond de omgang met suïcidaal gedrag bevordert. Behoud van kennis en vaardigheden vraagt om voortdurende investeringen, terwijl het kostbaar is professionals steeds opnieuw face to face te trainen. Door de KEHR-vragenlijst na een suïcide

in te vullen en de uitkomsten te bespreken worden professionals herinnerd aan de factoren die relevant zijn bij het onderzoek en de behandeling van het suïcidale gedrag. Omdat KEHR gebaseerd is op de richtlijn en aansluit bij de PITSTOP-training, kan de toepassing van KEHR worden beschouwd als *booster* van de PITSTOP-training..

Het rapport met de uitkomsten wordt voorafgaand aan de retrospectieve risicoanalyse per mail aan respondenten verzonden. Tijdens de retrospectieve risicoanalyse worden domeinuitkomsten (zie tabel 35.1) besproken aan de hand van de volgende vragen:

- 1 Herkennen we de uitkomsten?
- 2 Hoe verklaren we de uitkomsten?
- 3 Zijn we tevreden met de uitkomsten?
- 4 Wat willen we veranderen?
- 5 Wat is daarvoor nodig?

Als uitgangspunt geldt dat hulpverleners *beredeneerd* kunnen afwijken van richtlijnaanbevelingen, bijvoorbeeld omdat een bepaalde aanbeveling buiten het handelingsdomein van een respondent valt. Ook is het uitgangspunt dat er altijd redenen zijn om bepaalde handelingen wel of niet uit te voeren. De bespreking van het KEHR-rapport is bedoeld om die redenen te achterhalen en te toetsen op de volgende vraag: past de handeling [???'past het' aangepast, RED] in de wijze waarop we in onze organisatie willen omgaan met suïcidale patiënten? Het gaat niet om de vraag of iets 'goed' of 'fout' is gedaan, maar om vragen als: wat was het motief om zo te handelen? Hoe kijken we hierop terug? Zouden we het de volgende keer opnieuw zo doen? Op basis van de uitkomsten van de rapportbespreking kan, in combinatie met alle overige informatie, de vraag of sprake is van een incident of een calamiteit wellicht (gemakkelijker) worden beantwoord. Ook kunnen naar aanleiding van de uitkomsten eventuele verbeterpunten worden geformuleerd op het niveau van de individuele hulpverlener, het team, het organisatieonderdeel of de gehele organisatie.

Een derde doel is om op basis van de data die met de KEHR-vragenlijst zijn verzameld, sturing te geven aan implementatieprocessen van verbeteringen en standaarden op het niveau van de organisatie of organisatieonderdelen. Vorderingen in implementatieprocessen worden verifieerbaar door het ontwikkelen en monitoren van *key performance indicators* (KPI's). Goed gedefinieerde KPI's kunnen erbij helpen de complexiteit van de zorg voor suïcidale patiënten te omvatten. KPI's vertegenwoordigen geen kwantitatieve informatie. Concreet betekent dit dat KPI's handelingen beschrijven en de context waarin ze plaatsvinden. Zo kunnen KPI's richtlijnconforme besluitvorming bevorderen. Richtlijnconform hulpverlenersgedrag is een proxymaat voor implementatie van de richtlijn; KEHR-data vormen

een excellente bron voor de (ondersteuning van de) ontwikkeling van KPI's op het gebied van richtlijnimplementatie. Ze kunnen allerlei gedrag en processen vertegenwoordigen, zoals patiëntgedrag, hulpverlenersgedrag, gedrag van naastbetrokkenen en team- of organisatiegedrag. Door de tijd heen kunnen ze worden aangepast, aangescherpt of geschrapt; wanneer bijvoorbeeld een bepaald doel is bereikt, kan een KPI niet langer relevant zijn.

4 Ervaringen met de toepassing van KEHR SUICIDE

4.1 Uitkomsten van een pilot

In 2014 en 2015 vond een pilot plaats waarin KEHR SUICIDE een jaar lang werd gebruikt om alle suïcides die in een ggz-instelling plaatsvonden te evalueren. In de pilot werd onderzocht of hulpverleners bereid waren de KEHR-vragenlijst in te vullen en de uitkomsten te bespreken, of de toepassing van KEHR leidt tot bruikbare gegevens over het professionele handelen rond suïcidaal gedrag op geaggregeerd niveau en of het gebruik leidt tot het formuleren van verbeteringen.

De KEHR-vragenlijst werd na alle suïcides (n = 23) uitgezet en na 22 suïcides ingevuld. Het aantal ingevulde vragenlijsten per suïcide varieerde van één tot zeven. De helft van de respondenten was van de verpleegkundige discipline, 27% was psychiater (i.o.), 32% was psycholoog of psychotherapeut, 17% van een andere discipline [??? Hoe kan het dat deze percentages bij elkaar (circa) 126% zijn, dus meer dan 100%? RED]. 69% had meer dan tien jaar werkervaring. In 70% van de gevallen was de hoofdbehandelaar onder de respondenten vertegenwoordigd. Twee keer was de huisarts van de overleden patiënt vertegenwoordigd onder de respondenten.

Alle rapporten werden besproken. Het aantal daarbij aanwezige betrokkenen varieerde van 1 tot meer dan 25. De geneesheer-directeur bevroeg aanwezigen met socratische vragen en zonder te duiden. Aanwezigen legden verbanden tussen het handelen van het team en richtlijnaanbevelingen. Gedurende de proefperiode werd zichtbaar dat naasten betrekken bij de diagnostiek en behandeling van het suïcidale gedrag niet vaak gebeurde. Verder viel op dat het vóórkomen van suïcidaal gedrag bij familieleden zelden werd meegewogen in de beoordeling van het suïciderisico. Tweemaal werd mede op basis van de KEHR-rapportage vastgesteld dat de suïcide mede het resultaat was van een tekortkoming in de zorg.

De bespreking bereikte meer diepgang in een klein gezelschap van alleen direct betrokken

respondenten. Deelnemers reflecteerden meer als de emotionele impact van de suïcide eerder was besproken. Een uur was voldoende om relevante informatie te verzamelen en motieven uit te wisselen. De indruk bestond dat gesprekspartners ontvankelijk waren voor suggesties waarmee zij hun suïciderisico-bewustzijn konden verhogen. Onbekend was of ideeën voor aanpassingen die eventueel bij directbetrokkenen tot leven waren gekomen, met het gehele team werden gedeeld.

[KEHR SUICIDE](#) lijkt dus een veelbelovend instrument om de implementatie van de multidisciplinaire richtlijn voor diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag in ggz-instellingen te bevorderen en kan helpen om van suïcides te leren. Met het gebruik van [KEHR](#) kunnen ggz-instellingen het hulpverlenersgedrag ten aanzien van suïcidale patiënten op geaggregeerd niveau in kaart brengen. Hiermee kunnen instellingen bepalen via welke stappen de omgang met suïcidale patiënten richtlijnconformer kan worden. Een procedure om verbeteringen te formuleren, door te voeren en te toetsen moet nog ontwikkeld worden. Effecten van eventuele verbetermaatregelen kunnen daarna continu worden gevolgd.

4.2 Toekomstige toepassingen

Hulpverlenersgedrag dat met de [KEHR](#)-vragenlijst is gemeten, beschouwen we in potentie als een proxy voor de prestaties op het gebied van de omgang met suïcidale patiënten; in wetenschappelijk onderzoek kan dit een relevante parameter zijn. Dit maakt het vergelijken van hulpverlenersgedrag in verschillende instellingen en behandelsettings of op basis van patiëntkenmerken – eventueel instellingoverstijgend – mogelijk. Het instrument zou kunnen bijdragen tot een verbetering van suïcidepreventie binnen de ggz. Ook kunnen instellingen van elkaar leren en een gezamenlijke visie en gezamenlijk beleid creëren. Door [KEHR](#)-data te koppelen aan patiëntgegevens wordt het bovendien mogelijk theoriegestuurd en praktijkgericht onderzoek te doen naar de effectiviteit van geestelijke gezondheidszorg aan suïcidale patiënten.

Sinds 2015 gebruiken verschillende instellingen het instrument en helpen het verder te ontwikkelen en te implementeren. De ambitie is om de effectiviteit te verbeteren en te onderzoeken. Organisaties kunnen zich registreren via www.mijnkehr.nl, waarna een vertegenwoordiger in de instelling wordt geautoriseerd vragenlijsten uit te zetten en rapporten te genereren. Hiermee is de identiteit van de respondenten beschermd. De data worden geanonimiseerd opgeslagen in een volledig beveiligde netwerk omgeving. Instellingen blijven eigenaars van hun data en kunnen zelf beslissen welke gegevens ze met andere partijen delen.

Het delen van data met derden, bijvoorbeeld in een netwerk van ggz-instellingen, is in beginsel dus mogelijk.

5 Tot besluit

[??? Graag nog een of meer korte afsluitende alinea's toevoegen. Wellicht kan dan ook kort op de situatie in Vlaanderen worden ingegaan? RED]

Literatuur

- Aronson, E. (1969). The theory of cognitive dissonance: a current perspective. *Advances in Experimental Social Psychology*, 4, 1-34.
- Berghe, W. van den (2011). *Het juiste cijfer*. Leuven/Den Haag: Acco.
- Beurs, D. de (2015). *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.
- Beurs, D. de, Groot, M. de, Keijser, J. de, Duijn, E. van, Winter, R. de, & Kerkhof, A. (2016). Evaluation of benefit to patients of training mental health professionals in suicide guidelines: cluster randomised trial. *British Journal of Psychiatry*, 208, 477-483.
- Beurs, D. de, Groot, M. de, Keijser, J. de, Mokkenstorm, J., Duijn, E. van, Winter, R. de, e.a. (2015). The effect of an e-learning supported Train-the-Trainer programme on implementation of suicide guidelines in mental health care. *Journal of Affective Disorders*, 175, 446-453.
- Cooper, C. (1995). Psychiatric stress debriefing. Alleviating the impact of patient suicide and assault. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 33, 21-25.
- Everdingen, J.J.E. van, Burgers, J.S., Assendelft, W.J.J., Swinkels, J.A., Barneveld, T.A. van, & Klundert, J.L.M. van de (red.) (2004). *Evidence-based richtlijnontwikkeling. Een leidraad voor de praktijk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Franx, G. (2013). *Quality improvement in mental health care*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- GGZ Nederland (2011). Handreiking uniforme meldingsroute bij suïcides en suïcidepogingen met ernstig letsel. (Veilige zorg, ieders zorg. GGZ Patiëntveiligheidsprogramma 2008-2011.)
- Goldney, D. (2008). *Suicide prevention: a practical approach*. Oxford: Oxford University Press.
- Grol, R., & Grimshaw, J. (2003). From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *Lancet*, 362, 1225-1230.
- Groot, M. de, Beurs, D. de, Keijser, J. de, & Kerkhof, A. (2015). An e-learning supported Train-the-Trainer program to implement a suicide practice guideline. Rationale, content and dissemination in Dutch mental health care. *Internet Interventions*, 2(3), 323-329.
- Groot, M. de, Beurs, D. de, Winter, R. de, & Kerkhof, A. (2013). KEHR SUICIDE. A tool for systematic and multidisciplinary evaluation of suicide cases. Oslo: XXVII World Conference of the International Association for

- Suicide Prevention (IASP).
- Groot, M. de, Winter, R. de, Plas, W. van der, & Kerkhof, A. (2016). Pilotstudie naar kwalitatieve evaluatie van het handelen rond suïcide (KEHR); datagestuurd evalueren en leren. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 58, 351-360.
- Hemert, A.M. van, Kerkhof, A.J.F.M., Keijsers, J. de, Verwey, B., Boven, C. van, Hummelen, J.W., e.a. (2012). *Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Hermens, M., Wetten, H. van, & Sinnema, H. (2010). *Kwaliteitsdocument Ketenzorg bij suïcidaliteit*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Huisman, A. (2010). *Learning from suicides. Towards an improved supervision procedure of suicides in mental health care*. Amsterdam: Vrije Universiteit.
- Kwaliteitsontwikkeling GGZ (2018). *Generieke module Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag*. Opgenomen in de database GGZ Standaarden. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Leistikow, I.P., Ridder, K. den, & Vries, B. de (2009). *Patiëntveiligheid*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.
- Pols, J. (1993). Meester-gezelrelatie of werkbegeleiding? De stagesupervisie in de opleiding tot psychiater. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 35, 122-131.
- Ponsen, H., Cleophas, T., & Cleophas, M.T. (2009). Incidentanalyse zonder bodem. *Medisch Contact*, 64, 1109-1111.
- Rijksoverheid (2013). Besluit Wob-verzoek overzicht suïcidedcijfers ggz-instellingen 2007-2012. Den Haag.
- Sadeghi, R., Sedaghat, M.M., & Sha Ahmadi, F. (2014). Comparison of the effect of lecture and blended teaching methods on students' learning and satisfaction. *Journal of Advances in Medical Education and Professionalism*, 2(4), 146-150.
- Schaaf, T.W. van der, & Habraken, M.M.P. (2005). *PRISMA methode medische versie. Een korte omschrijving*. Eindhoven: Technische Universiteit Eindhoven.
- Shea, S (1998). *Psychiatric interviewing, the art of understanding*. Philadelphia, PA: Saunders Company.
- [??? 'Statistics) CBvdSN (2014). <http://statline.cbs.nl>. Available at: <http://statline.cbs.nl> (accessed April 1, 2014 2014).' geschrappt, RED]
- Wetten, H. van, Kok, I., Wagner, C., & Geurts, M. (2005). *Het meten van uitkomsten in de GGZ*. Utrecht: NIVEL.
- While, D., Bickley, H., Roscoe, A., Windfuhr, K., Rahman, S., Shaw, J., e.a. (2012). Implementation of mental health service recommendations in England and Wales and suicide rates, 1997-2006: a cross-sectional and before-and-after observational study. *Lancet*, 379, 1005-1012.
- Williams, J., Barnhofer, T., & Duggan, D. (2005). Psychology and suicidal behaviour: elaborating the entrapment model. In: K. Hawton (red.), *Prevention and treatment of suicidal behaviour. From science to practice* (pp. 71-78). Oxford: Oxford University Press.
- Wisman, P.W., & Berkhout, L.W. (2011). Impact van (dreigende) suïcide. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 53(2), W-126.