

TABEL 1 INFORMATIE

Naam	Indicator: suïcidepreventiebeleid
Domein	Domein patiëntveiligheid
Auteur	Dr. Bervoets C., Cosemans, P., Pellens I., Vanhove R., Van den Broeck K., Van Raemdonck A.
Datum	18 september 2015
Versie	1.0
Status	Definitief

INHOUD

BasisFiche	Indicator: suïcidepreventiebeleid.....	3
	Beschrijving en Achtergrond van de Indicator	3
	Definities	3
	<i>Relatie tot Kwaliteit</i>	4
	Technische Fiche	7
	Type Indicator	7
	Bron.....	7
	Inclusie	7
	Exclusie.....	7
	Noemer	7
	Teller	7
	Detailindicatoren.....	7
Meetprotocol	Indicator: suïcidepreventiebeleid	8
	Welke variabelen worden gevraagd?.....	8
	Hoe worden de gegevens gemeten of bepaald?	9
	Meetfrequentie	9
	Meetperiode	9
	Meetmethode	9
	Wie is de doelgroep?.....	10
	Hoe wordt de steekproef geselecteerd?.....	11
	Wie registreert de variabelen?	11
	Hoe worden de gegevens ingevoerd of gecodeerd?.....	11
	Hoe wordt de kwaliteit van registratie gecontroleerd?	11

Wanneer en Hoe worden de gegevens aan de TTP bezorgd?	11
Verwerking Indicator: suïcidepreventiebeleid	12
Formaat Gegevensbestand	12
Aanmaak Basisset voor verwerking	12
Statistische Verwerking	12
Risico Aanpassingen (risk adjustment)	12
Feedback Indicator: suïcidepreventiebeleid	13
Rapportagefrequentie	13
Inhoud van de Rapportage	13
Formaat Rapportage	13
Validatie Indicator: suïcidepreventiebeleid	14
Aanpak Inhoudelijke Validatie	14
Resultaat Inhoudelijke Validatie	14
Aanpak Validatie en Haalbaarheid Meetprotocol	14
Resultaat Validatie en Haalbaarheid Meetprotocol	14
Contacten Indicator: suïcidepreventiebeleid	15
Samenstelling Ontwikkelingsgroep	15
Samenstelling Validatieteam:	15
Referenties	16
Bijkomende literatuur	16

BASISFICHE

INDICATOR: SUÏCIDEPREVENTIEBELEID

BESCHRIJVING EN ACHTERGROND VAN DE INDICATOR

Volgens de meest recente cijfers van de Vlaamse Overheid ligt het Vlaams suïdecijfer 1,5 keer hoger dan het Europese gemiddelde (Vlaams Agentschap Zorg & Gezondheid, 2014b, cijfers 2009-2011). Suïcide is de belangrijkste doodsoorzaak bij mannen tot 55 jaar en bij vrouwen tot 40 jaar (Sterftecificaten, Vlaams Agentschap Zorg & Gezondheid, 2014a, cijfers 2012).

Psychische aandoeningen vormen een belangrijke risicofactor. Naar schatting leiden 90% van alle personen die een suïcidepoging ondernemen of suïcide plegen aan één of meer onderliggende psychische stoornissen (OESO, 2014). Toch komt niet iedere suïcidepoging of suïcidepleger in contact met de GGZ omdat de onderliggende psychische problemen niet altijd herkend worden, of inadequaat behandeld worden (OESO, 2014).

Opnames in een psychiatrisch ziekenhuis vormen één van de grootste risicofactoren voor suïcide. Men schat dat patiënten die opgenomen worden in een psychiatrisch ziekenhuis tot 10 keer meer kans hebben op het plegen van suïcide ten opzichte van de populatie (OESO, 2014).

Kwaliteit van zorg betekent onder andere ook veilige zorg, zeker ten aanzien van die gebruikers van de GGZ die een verhoogd risico hebben op suïcidaal gedrag. Suïcidaal gedrag kan ernstige letsels veroorzaken en fataal zijn voor de patiënt. Bovendien kan het suïcidaal gedrag veiligheidsrisico's met zich meebrengen voor medepatiënten, naasten en hulpverleners.

Een goed uitgebouwd suïcidepreventiebeleid in de GGZ-voorzieningen is dan ook een eerste belangrijke stap in het voorkomen van suïcides. Deze indicator brengt in beeld in hoeverre de GGZ-voorzieningen beschikken over een uitgeschreven suïcidepreventiebeleid. Deze indicator is sectorbreed toepasbaar.

DEFINITIES

Gezien de intentie van suïcidaal gedrag niet altijd eenduidig vast te stellen is en breed moet worden opgevat, wordt gebruik gemaakt van de definities van de World Health Organization (De Leo, Burgis, Bertolote, Kerkhof & Bille-Brahe, 2006) die het hebben over suïcide en suïcidepogingen ongeacht of de persoon de bedoeling had om door het gedrag te overlijden.

Suïcide: "een daad met fatale afloop die de overledene in de wetenschap of de verwachting van een potentiële fatale afloop heeft geïnitieerd en uitgevoerd met als doel gewenste veranderingen te bewerkstelligen" (De Leo et al., 2006).

Suïcidepoging: "een niet-habitueel gedrag zonder dodelijke afloop dat de persoon initieert en uitvoert met de verwachting, of het risico om te overlijden of lichamelijke schade te veroorzaken, met als doel gewenste veranderingen te bewerkstelligen" (De Leo et al., 2006). Alhoewel suïcidepogingen herhaald kunnen worden, wordt het "niet-habitueel" karakter bij suïcidepogingen onderstreept omdat hierdoor het onderscheid wordt gemaakt met automutilatie of zelfbeschadigend gedrag dat wel een habitueel gedrag betreft en geen suïcidale intentie heeft.

Suïcidaliteit verwijst naar het geheel van gedachten (vaag tot concrete plannen), voorbereidende handelingen, suïcidepogingen en suïcide¹ (van Heeringen, 2000).

Suïcidepreventiebeleid: Het suïcidepreventiebeleid bevat de beschrijving van maatregelen die genomen worden om kwaliteitsvolle zorg te verstrekken met het oog op het minimaliseren van veiligheidsrisico's die verband houden met suïcidaal gedrag van patiënten. De kwaliteit van veilige zorg heeft enerzijds organisatorische aspecten, anderzijds aspecten die verband houden met deskundige hulpverlening op niveau van de patiënt en patiëntengroepen en hun naasten. Een suïcidepreventiebeleid moet dan ook deze verschillende aspecten includeren en een prospectieve en retrospectieve analyse waarborgen. Bovendien moet er een procedure zijn om alle GGZ medewerkers op de hoogte te brengen van het beleid, het beleid regelmatig te evalueren en aan te passen indien nodig.

Richtlijnen: Klinische richtlijnen ('richtlijnen') zijn 'systematisch ontwikkelde aanbevelingen om zorgverleners en patiënten te helpen bij beslissingen over passende zorg in specifieke situaties' (1). Daarnaast kunnen richtlijnen een belangrijke rol spelen in het gezondheidszorgbeleid (2,3). De laatste jaren worden er ook richtlijnen ontwikkeld op gebied van gezondheidsbevordering, screening en preventie, waardoor zij alle sectoren in de zorg bestrijken. (Agree next steps Consortium, 2009)

Stroomdiagram: De organisatie stelt de processen vast die nodig zijn voor het kwaliteitsvol managen van suïciderisico's, evenals de volgorde en interacties van deze processen. Een stroomdiagram is een schematische weergave van de feitelijke volgorde waarin de zorgprocessen plaatsvinden, zodat in een oogopslag duidelijk is wie wanneer welke taak dient op te nemen.

GGZ-voorziening: Een voorziening die zich richt op het verlenen van zorg binnen het domein van de geestelijke gezondheidszorg. Binnen het bestek van VIP²-GGZ verstaan we hieronder: psychiatrische ziekenhuizen, psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen, centra voor geestelijke gezondheidszorg, initiatieven beschut wonen, psychosociale revalidatiecentra en psychiatrische verzorgingstehuizen. Specifiek voor deze indicator verstaan we hieronder bijkomend psychiatrische liaison-teams in algemene ziekenhuizen.

RELATIE TOT KWALITEIT

Veiligheidsmanagement in het kader van preventie van suïcidaal gedrag is risicomangement. Veiligheid wordt meestal benaderd vanuit een negatief perspectief, namelijk onveiligheid: iets wat juist niet mag ontstaan (als gevolg van bijvoorbeeld een behandeling) en waarbij de risico's zoveel mogelijk vermeden moeten worden. Riscicomangement biedt denkkaders om veiligheid vanuit een positief perspectief te benaderen. Riscicomangement is een systematisch proces en omvat:

- het in kaart brengen van bestaande risico's;
- het wegen van deze risico's op impact en waarschijnlijkheid;
- het definiëren van (bestaande) beheersmaatregelen en behandel mogelijkheden

¹ Het basisverschil tussen suïcidepogingen en suïcide is de uitkomst van het gedrag. Die is fataal of niet fataal. Er is dan ook geen reden om kromtaal te gebruiken, bijvoorbeeld "geslaagde suïcide", "mislukte suïcidepoging" en "effectieve suïcidepoging" (Andriessen, 2008).

Met behulp van de principes van risicomanagement wordt duidelijk welke risico's prioriteit verdienen en welke risico's als acceptabel beschouwd worden. Dit proces kan zowel prospectief (vooruitkijkend) als retrospectief (achteraf terugkijkend) gevolgd worden.

Prospectieve risicoanalyse

Het uitvoeren van een prospectieve risicoanalyse betekent dat een organisatie op voorhand nadenkt over risico's, zowel op (organisatie)processen als op patiëntniveau. Om de kans op het plaatsvinden van deze risico's te verkleinen, neemt de organisatie preventief een aantal maatregelen. Tussentijds en achteraf wordt bekeken of deze maatregelen het gewenste effect hebben gehad. In de prospectieve risicoanalyse wordt ernaar gestreefd te voorkomen dat patiënten schade oplopen of nadeel ondervinden.

Bij suïcidepreventie heeft de prospectieve risicoanalyse betrekking op de beoordeling en behandeling van suïcidaliteit van individuele patiënten. De risicoanalyse bestaat dan uit diagnostiek en de inschatting van het suïcidale gedrag van een patiënt.

Retrospectieve risicoanalyse

Bij de retrospectieve risicoanalyse wordt onderzocht welke oorzaken ten grondslag lagen aan de ongewenste gebeurtenis en wat de instelling kan ondernemen om soortgelijke gebeurtenissen in de toekomst te voorkomen. Het accent ligt op het analyseren en onderzoeken van het incident: wat is de ernst van het incident, welke risicofactoren en oorzaken lagen hieraan ten grondslag? Deze analyse heeft als doel om aanknopingspunten te vinden om (corrigerende) verbetermaatregelen en (preventieve) maatregelen opdat de gebeurtenis niet nogmaals plaatsvindt.

Tijdens de retrospectieve analyse van een suïcide(poging) wordt onder andere geëvalueerd of prospectief de risico's voldoende zijn geïnventariseerd en de juiste maatregelen zijn genomen ter voorkoming van een suïcide of suïcidepoging.

Zowel het prospectieve als het retrospectieve proces dragen bij aan het vergroten van het risicobewustzijn waardoor betrokkenen inzicht krijgen op hun eigen kijk op risico's, het leren inschatten van de risicoperceptie van anderen en het leren omgaan met verschillen in risicobeleving (<http://www.veiligezorgiederszorg.nl/speerpunten/suicide-beleid.html>).

De aanwezigheid van een suïcidepreventiebeleid in ELKE GGZ-voorziening is de start van kwaliteitsvolle zorg. Bijgevolg starten we met een *structuurindicator* met oog op toekomstige concrete aanvulling met proces- en/of resultaatsindicatoren.

Het suïcidepreventiebeleid behelst minimaal de volgende zaken:

- ✓ Er is een beleid m.b.t. de verwerking van de aanmelding en de intake, afgestemd op de eigenheid van het zorgaanbod van de GGZ-voorziening en de capaciteit ervan.
- ✓ Er is een te volgen stroomdiagram bij aanmelding of instroom van patiënten met suïciderisico in de GGZ-voorziening.
- ✓ Er zijn concrete afspraken opgenomen rond samenwerking met andere zorgverstrekkende actoren en hulpverleners, zeker op het vlak van het verzekeren van het zorgaanbod indien de eigen behandelcapaciteit volzet is en in het kader van ketenzorg (zorgcontinuïteit).
- ✓ Er zijn richtlijnen rond deskundige inschatting van suïciderisico en zorgbehoeften bij intake van elke patiënt.
- ✓ Deze inschatting wordt meegenomen in het behandel- of zorgplan van de patiënt.
- ✓ Er is een veiligheidsplan op niveau van de organisatie. Men heeft zicht op de risico's in de eigen werkomgeving zoals infrastructuur (architectonisch, omgevingsvariabelen, beschikbaarheid suïcidemiddelen) en de maatregelen om die risico's te minimaliseren.
- ✓ Op het individuele niveau van de patiënt heeft men tevens een veiligheidsplan dat beschreven staat in het patiëntendossier.
- ✓ Op niveau van de organisatie beschikt men over een veilig meldingssysteem voor het melden van suïcidaal gedrag van patiënten.
- ✓ Men beschikt over een registratiesysteem voor suïcides en suïcidepogingen van patiënten.
- ✓ Er zijn richtlijnen voor de multidisciplinaire analyse van suïcide-incidenten met het oog op het bijstellen van het beleid, het behandelplan, de preventie van besmetting en postinterventie na suïcide in patiëntengroepen en bij naasten en hulpverleners.
- ✓ Er is een vormingsbeleid i.v.m. suïcidepreventie.

TECHNISCHE FICHE

TYPE INDICATOR

Structuurindicator

BRON

Eigen (primaire) registratie met peer-controle

INCLUSIE

Alle GGZ-voorzieningen

EXCLUSIE

Algemene ziekenhuizen zonder psychiatrische afdeling en zonder psychiatrisch liaisonteam

NOEMER

Totaal aantal items van het suïcidepreventiebeleid

TELLER

Aantal gerealiseerde items van het suïcidepreventiebeleid

DETAILINDICATOREN

/

MEETPROTOCOL

INDICATOR: SUÏCIDEPREVENTIEBELEID

WELKE VARIABELEN WORDEN GEVRAAGD?

Naam	Beschrijving	Dataformaat
Item 0	GGZ-instelling	
item 1	Beschikbaarheid van een richtlijn omtrent de formele inschatting van het suïciderisico van de alle patiënten bij de eerste aanmelding in de GGZ-voorziening	Binair, output gecorrigeerd door antwoorden op 1a, 1b en 1c
	1a Vermeldt de richtlijn een publicatiedatum?	Binair
	1b Vermeldt de richtlijn een geldigheidsduur/vervaldatum?	Binair
	1c Vermeldt de richtlijn een proceseigenaar/auteur?	Binair
item 2	Beschikbaarheid van een richtlijn aangaande patiënten met een suïciderisico	Binair, output gecorrigeerd door antwoorden op 2a, 2b en 2c
	2a Vermeldt de richtlijn een publicatiedatum?	Binair
	2b Vermeldt de richtlijn een geldigheidsduur/vervaldatum?	Binair
	2c Vermeldt de richtlijn een proceseigenaar/auteur?	Binair
item 3	Beschikbaarheid van een te volgen stroomdiagram voor patiënten met een suïciderisico	Binair, output gecorrigeerd door antwoorden op 3a, 3b en 3c
	3a Vermeldt de richtlijn een publicatiedatum?	Binair
	3b Vermeldt de richtlijn een geldigheidsduur/vervaldatum?	Binair
	3c Vermeldt de richtlijn een proceseigenaar/auteur?	Binair
item 4	Beschikbaarheid van een richtlijn aangaande de aanpak van patiënten met suïciderisico die behandeladvies weigeren	Binair, output gecorrigeerd door antwoorden op 4a, 4b en 4c
	4a Vermeldt de richtlijn een publicatiedatum?	Binair
	4b Vermeldt de richtlijn een geldigheidsduur/vervaldatum?	Binair
	4c Vermeldt de richtlijn een proceseigenaar/auteur?	Binair
item 5	Beschikbaarheid van een uitgeschreven samenwerkingsovereenkomst tussen minstens één andere zorgvoorziening om de continuïteit van zorg te waarborgen	Binair, output gecorrigeerd door antwoorden op 5a, 5b en 5c
	5a Vermeldt dit document een publicatiedatum?	Binair
	5b Vermeldt dit document een geldigheidsduur/vervaldatum?	Binair
	5c Vermeldt dit document een proceseigenaar/auteur?	Binair
item 6	Beschikbaarheid van een overzicht en/of verslag waaruit blijkt de voorziening jaarlijks potentieel suïcide faciliterende situaties identificeert.	Binair

item 7	Beschikbaarheid van een richtlijn die voorschrijft dat suïcidepogingen en suïcides systematisch worden genoteerd in het (elektronisch) patiëntendossier	Binair, output gecorrigeerd door antwoorden op 7a, 7b en 7c
	7a Vermeldt de richtlijn een publicatiedatum?	Binair
	7b Vermeldt de richtlijn een geldigheidsduur/vervaldatum?	Binair
	7c Vermeldt de richtlijn een proceseigenaar/auteur?	Binair
item 8	Beschikbaarheid van een meldsysteem om ondermeersuïcidepogingen en suïcides te registreren	Binair
Item 9	Beschikbaarheid van een richtlijn voor het systematisch analyseren van suïcidepogingen en suïcides	Binair, output gecorrigeerd door antwoorden op 9a, 9b en 9c
	9a Vermeldt de richtlijn een publicatiedatum?	Binair
	9b Vermeldt de richtlijn een geldigheidsduur/vervaldatum?	Binair
	9c Vermeldt de richtlijn een proceseigenaar/auteur?	Binair
item 10	Beschikbaarheid van een overzicht van de interne en externe gevolgde opleidingen in verband met suïcidepreventie	Binair

HOE WORDEN DE GEGEVENS GEMETEN OF BEPAALD?

MEETFREQUENTIE

1 keer per jaar

MEETPERIODE

Te bepalen

MEETMETHODE

Externe peers evalueren of de tien items van een suïcidepreventiebeleid aanwezig zijn in de GGZ-voorziening. De peers vervolledigen het excel-invaldocument, waarin wordt berekend welke elementen van het suïcidepreventiebeleid al (1) dan niet (0) afdoende zijn gerealiseerd.

Voor de controle van richtlijnen, het stroomdiagram en de samenwerkingsovereenkomst wordt verwacht dat er een actuele versie beschikbaar is in de GGZ-voorziening. Dit houdt in dat iedere richtlijn, het stroomdiagram en de samenwerkingsovereenkomst een datum van publicatie, een geldigheidsduur en een proceseigenaar of auteur heeft. Tijdens de audit wordt geen uitspraak gedaan over de kwaliteit van deze documenten.

Hieronder worden de verschillende items in detail besproken.

Item 1: Een richtlijn met betrekking tot een formele inschatting van het suïciderisico geeft aan op welke wijze een risico-inschatting wordt gemaakt voor patiënten die zich aanmelden in een GGZ-voorziening. De auditoren duiden aan of er een dergelijke richtlijn aanwezig is in de GGZ-voorziening. Zo ja, dan wordt de richtlijn onderzocht op de aanwezigheid van (1) een publicatiedatum; (2) een geldigheidsduur of vervaldatum; en (3) een proceseigenaar of auteur.

Item 2: Een richtlijn aangaande patiënten met een suïciderisico geeft aan of de GGZ-instelling afspraken heeft ivm het beleid mbt patiënten waarbij een suïciderisico werd vastgesteld. De auditoren duiden aan of er een dergelijke richtlijn aanwezig is in de GGZ-voorziening. Zo ja, dan

wordt de richtlijn onderzocht op de aanwezigheid van (1) een publicatiedatum; (2) een geldigheidsduur of vervaldatum; en (3) een proceseigenaar of auteur.

Item 3: Een stroomdiagram geeft een schematisch overzicht van de stappen die achtereenvolgens gezet worden zodat die in een oogopslag te bekijken zijn. De auditoren duiden aan of er al dan niet een stroomdiagram aanwezig is in de GGZ-voorziening. Zo ja, dan wordt het diagram onderzocht op de aanwezigheid van (1) een publicatiedatum; (2) een geldigheidsduur of vervaldatum; en (3) een proceseigenaar of auteur..

Item 4: De richtlijn aangaande de aanpak van patiënten met een suïciderisico die behandeladvies weigeren geeft aan op welke wijze in die gevallen dient gehandeld te worden in de GGZ-instelling. De auditoren duiden aan of er een dergelijke richtlijn aanwezig is in de GGZ-voorziening. Zo ja, dan wordt de richtlijn onderzocht op de aanwezigheid van (1) een publicatiedatum; (2) een geldigheidsduur of vervaldatum; en (3) een proceseigenaar of auteur.

Item 5: De auditoren duiden aan of er al dan niet een ondertekende samenwerkingsovereenkomst aanwezig is in de GGZ-voorziening waarin de continuïteit van zorg voor patiënten met een suïciderisico wordt geregeld tussen de geauditeerde voorziening en één of meerdere andere zorgvoorzieningen. Zo ja, dan wordt de samenwerkingsovereenkomst onderzocht op de aanwezigheid van (1) een publicatiedatum; (2) een geldigheidsduur of vervaldatum; en (3) een auteur.

Item 6: De auditoren duiden aan of er al dan niet een overzicht en/of verslag(en) zijn van de interne veiligheidsronde(s) van het afgelopen jaar, waaruit afgeleid kan worden dat de GGZ-voorziening oog heeft voor het identificeren van potentieel suïcide-uitlokkende situaties.

Item 7: De auditoren duiden aan of er al dan niet een richtlijn aanwezig is binnen de voorziening die voorschrijft dat suïcides en suïcidepogingen in het (elektronische) patiëntendossier dienen te worden geregistreerd. Zo ja, dan wordt de richtlijn onderzocht op de aanwezigheid van (1) een publicatiedatum; (2) een geldigheidsduur of vervaldatum; en (3) een proceseigenaar of auteur.

Item 8: De auditoren duiden aan of er al dan niet een meldsysteem is in de voorziening om onder meer suïcidepogingen en suïcides te melden. De auditoren verifiëren dat dit meldsysteem effectief gebruikt kan worden om suïcidepogingen en/of suïcides te registreren.

Item 9: De auditoren duiden aan of er al dan niet een richtlijn is binnen de voorziening voor het systematisch analyseren van suïcidepogingen en suïcides. Zo ja, dan wordt de richtlijn onderzocht op de aanwezigheid van (1) een publicatiedatum; (2) een geldigheidsduur of vervaldatum; en (3) een proceseigenaar of auteur.

Item 10: Om na te gaan of een GGZ-instelling een vormingsbeleid heeft in verband met suïcidepreventie, onderzoeken de auditoren of er een overzicht beschikbaar is van de gevolgde interne en externe opleidingen van het afgelopen jaar m.b.t. suïcidepreventie. In functie hiervan registreren de auditoren of de GGZ-voorziening het afgelopen jaar al dan niet vorming m.b.t. suïcidepreventie heeft georganiseerd voor de eigen medewerkers.

WIE IS DE DOELGROEP?

Alle GGZ-voorzieningen

HOE WORDT DE STEEKPROEF GESELECTEERD?

/

WIE REGISTREERT DE VARIABELEN?

Deze indicator wordt geregistreerd door externe en onafhankelijke auditoren. Iedere deelnemende GGZ-voorziening wordt jaarlijks één (halve) dag bezocht door twee externe *peers*. De toewijzing van de auditoren en meetperiode is een bevoegdheid van het QID-bestuur (Quality Indicator Data). Daarbij wordt erover gewaakt dat de voorzieningen voldoende tijd krijgen om deze audit in te plannen in de agenda's van de medewerkers die een externe audit zullen uitvoeren. (Deelnemende voorzieningen zijn ook bereid om een medewerker af te vaardigen als auditor naar een andere voorziening.) Bij de toewijzing van auditoren aan voorzieningen wordt er tevens rekening gehouden met lokalisatie (niet in de onmiddellijke buurt van de eigen voorziening, maar toch haalbaar qua verplaatsing).

HOE WORDEN DE GEGEVENS INGEVOERD OF GECODEERD?

De externe auditoren controleren samen al de variabelen van het suïcidepreventiebeleid van de GGZ-voorziening en komen tot een consensus. Voor de verduidelijking van de parameters en de mogelijke in te vullen waarden wordt er verwezen naar de rubriek meetmethode. Vooraleer de gegevens te verzenden, dienen de auditors de vertrouwelijkheid te aanvaarden en bevestigen dat alles naar waarheid is ingevuld. Nadat het registratietool, aangeleverd door de TTP, vervolledigd is, laden de auditoren het zo mogelijk onmiddellijk op op de sFTP-server.

HOE WORDT DE KWALITEIT VAN REGISTRATIE GECONTROLEERD?

WANNEER EN HOE WORDEN DE GEGEVENS AAN DE TTP BEZORGD?

Te bepalen

VERWERKING

INDICATOR: SUÏCIDEPREVENTIEBELEID

FORMAAT GEGEVENSBESTAND

Excel-bestand

AANMAAK BASISSET VOOR VERWERKING

Het Excel bestand wordt geconverteerd naar een specifiek databestand, waarna volgende variabelen worden berekend en toegevoegd aan de dataset:

AANTAL GEREALISEERDE ELEMENTEN VAN HET SUÏCIDEPREVENTIEBELEID = som (items 1 tot 10)

INDICATOR = AANTAL GEREALISEERDE ELEMENTEN VAN HET SUÏCIDEPREVENTIEBELEID / 10

STATISTISCHE VERWERKING

Beschrijvende statistiek

RISICO AANPASSINGEN (RISK ADJUSTMENT)

/

FEEDBACK

INDICATOR: SUÏCIDEPREVENTIEBELEID

RAPPORTAGEFREQUENTIE

Jaarlijks

INHOUD VAN DE RAPPORTAGE

Indicatorscore + benchmark t.a.v. soortgelijke voorziening op indicatorniveau en/of per parameter + kwalitatieve bespreking

FORMAAT RAPPORTAGE

/

VALIDATIE

INDICATOR: SUÏCIDEPREVENTIEBELEID

AANPAK INHOUDELIJKE VALIDATIE

Binnen de ontwikkelingsgroep werd in februari 2014 een online formulier ontwikkeld (Google Forms) om de elementen van een suïcidepreventiebeleid te inventariseren. Vervolgens auditeerden de leden van de ontwikkelingsgroep elkaars voorzieningen (n = 8). De auditoren evalueerden zowel de haalbaarheid van de werkwijze, de kwaliteit van het registratie-tool, en de inhoud van de items.

RESULTAAT INHOUDELIJKE VALIDATIE

Deze oefening vestigde de aandacht op het feit dat de auditoren de items soms verschillende begrepen. Er werd daarom gesleuteld aan de verwoording van de items en de duiding van verschillende gehanteerde concepten. Deze wijzigingen werden na grondige discussie in de ontwikkelingsgroep opgenomen in deze indicatorfiche.

Herhaaldelijk gaven de auditoren ook aan dat de aanwezigheid van een richtlijnen niets zegt over de mate waarin ze in de organisatie worden toegepast. De ontwikkelingsgroep beschouwt de huidige structuurindicator inderdaad als een eerste stap. Verdere verfijning, peilend naar de effectieve impact van het suïcidepreventiebeleid, is op termijn zeker aangewezen.

AANPAK VALIDATIE EN HAALBAARHEID MEETPROTOCOL

Zie aanpak inhoudelijke validatie. Inzake de haalbaarheid van het meetprotocol werd in het bijzonder onderzocht hoe de auditoren en geauditeerde voorzieningen stonden tegenover peer-controle. Verder werd het registratie-tool geëvalueerd en inventariseerde men de tijdsbesteding.

RESULTAAT VALIDATIE EN HAALBAARHEID MEETPROTOCOL

De voorgestelde werkwijze van peer-control werd globaal zeer positief geëvalueerd, als een kwalitatieve input naast het binaire registeren. De (kleine) opmerkingen i.v.m. het registratie-tool werden mee in rekening gebracht bij de ontwikkeling van de nieuwe tool in Excel. Naar aanleiding van opmerkingen omtrent de tijdsinvestering werd in deze indicatorenfiche opgenomen dat afstand een belangrijk element is in de toewijzing van de auditoren aan de deelnemende voorzieningen.

CONTACTEN

INDICATOR: SUÏCIDEPREVENTIEBELEID

SAMENSTELLING ONTWIKKELINGSGROEP

- Voorzitter: dr. Chris Bervoets
- Coördinator: Peter Cosemans
- Leden: Dirk De Lille, Mieke De Voght, Seppe Deckx, Rudi Lemmens, Ignace Michiels, Ine Pellens, Anja Stijnen, Annemie Van Doren, Astrid Van Raemdonck, Kris Vaneerdewegh, Rita Vanhove

SAMENSTELLING VALIDATIETEAM:

Idem Ontwikkelingsgroep

REFERENTIES

- Andriessen K. (2008). Suïcide, het einde van het lijden? In: A. Haekens & J. Hermans (Red.). *Geen einde aan mijn pijn? Over uitzichtloos psychisch lijden* (pp. ...). Antwerpen/Apeldoorn: Garant.
- De Leo, D., Burgis, S., Bertolote, J., Kerkhof, A. J. F. M., Bille-Brahe, U. (2006) 15 Definitions of Suicidal Behaviour: Lessons learned from the WHO/EURO Multicentre Study. *Crisis*, 27, 4-15
- van Heeringen C., Kerkhof A. J. F. M. (Eds.) (2000). *Behandelingsstrategieën bij suïcidaliteit. Cure & Care*. In: A. M. van Hemert, A. J. F. M. Kerkhof, J. de Keijser, B. Verwey, e.a. (2012). Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandelen van suïcidaal gedrag. BohnStafleu Van Loghum.
- <http://www.veiligezorgiederszorg.nl/speerpunten/suicide-beleid.html>
- Vlaams Agentschap Zorg & Gezondheid (2014a). Sterftcijfers per leeftijd: sterfterisico en bevolkingspiramide. Afgehaald van het www op 8 juli 2015: www.zorg-en-gezondheid.be/cijfers/Sterftcijfers/Algemene-sterftcijfers/Sterftcijfers-per-leeftijd--sterfterisico-en-bevolkingspiramide/#doodsoorzaken
- Vlaams Agentschap Zorg & Gezondheid (2014b). Vlaanderen in Europa: Zelfdoding. Afgehaald van het www op 8 juli 2015: www.zorg-en-gezondheid.be/v2_default.aspx?id=24608.
- OESO (2014). Making mental health count. Chapter 4 Improving Quality measurement and data collection for mental health, ISBN 978-92-20844-5.
- Agree next steps Consortium (2009), Agree II. Instrument voor de beoordeling van richtlijnen

BIJKOMENDE LITERATUUR

- American Psychiatric Association (2003). Practice Guideline for the Assessment and treatment of Patients With Suicidal Behaviors. http://www.psych.org/psych_pract/trat/pg/suicidalbehaviors.pdf
- American Association of Suicidology (2005). AAS Recommendations for Inpatient and Residential Patients Known to be Elevated Risk for suicide. <http://www.suicidology.org/index.cfm>
- Bickley, H., Hunt, I. M., Windfuhr, K., Shaw, J., Appleby, L., & Kapur, N. (2013). Suicide Within Two Weeks of Discharge From Psychiatric Inpatient Care: A Case-Control Study. *Psychiatric Services*, 64, 653-659..
- Conwell, Y., & Farley-Toombs, C. (2012). Evidence supports the obvious: suicides need not happen. *The Lancet*, 379, 981-982.
- Huisman, A. (2010). Learning from suicides. *Towards an improved supervision procedure of suicides in mental health care in the Netherlands*. Academisch proefschrift Vrije Universiteit Amsterdam. ISBN 978 90 8659 459 7.

- Hunt, I. M., Bickley, H., Windfuhr, K., Shaw, J., Appleby, L., & Kapur, N. (2013). Suicide in recently admitted psychiatric in-patients: a case-control study. *J Affect Disord*, *144*, 123-128.
- Instrument voor Psychosociale Evaluatie en Opvang van suïcidepogers IPEO en KIPEO
<http://www.zorgvoorsuicidepogers.be>
- Kerkhof, A. J. F. M., & Van Luyn, B. (Eds.) (2010). *Suïcidepreventie in de praktijk*. BohnStafleu Van Loghum.
- Knesper J. (2011). Suicide Attempts and Suicide Deaths subsequent to Discharge from the Emergency Department or an Inpatient Psychiatric Unit. Continuity of care for Suicide Prevention and Research. <http://www.sprc.org/sites/sprc.org/files/library/continuityofcare.pdf>
- Luoma, J., Martin, M. A., Pearson, L. (2002). Contact With Mental Health and Primary Care Providers Before Suicide: A Review of the Evidence . *Am J Psychiatry*, *159*, 909-916.
- National Institute for Mental Health in England (2003). *Preventing suicide: a toolkit for mental health services*. www.nimh.org.uk.
- National Institute for Clinical Excellence (2004). *Self-Harm, the short-term physical and psychological management and secondary prevention of self-harm in primary and secondary care*. London: The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists.
<http://www.nrls.npsa.nhs.uk/>
- Technische Commissie voor Verpleegkundige Werkgroep fixatie en isolatie (2007). *Eindverslag*.
http://www.valpreventie.be/Portals/Valpreventie/Documenten/WZC/EVV_WZC_Fixatie_Techno_omm.pdf
- Trimbos (2010). *Kwaliteitsdocument Ketenzog bij suïcidaliteit. Aanbevelingen voor zorgvuldig samenwerken in de keten*. Auteur.
- Werkgroep Ethiek Broeders van Liefde. Ethisch advies.
- While, D., Bickley, H., Roscoe, A., Windfuhr, K., Rahman, S., Shaw, J., ..., Kapur, N. (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. *The Lancet*, *379*, 1005-1012.