

# MONITOR VOORTGANG SUÏCIDEPREVENTIE GGZ

	1 (Niet)	2	3	4	5 (Volledig)	Score	Feedback/aanvulling
<b>Actueel Suïcidepreventie beleidsplan (jonger dan 5 jaar)</b>	Er is <u>geen actueel</u> beleidsplan jonger dan 5 jaar waarin suïcidepreventie als onderwerp of speerpunt is opgenomen	Er is een actueel suïcidepreventie beleidsplan. In het beleidsplan komen <u>0-2 onderdelen van de LA</u> terug (MDR / Ketenzorg / Monitoring en Evaluatie van suïcides / Scholing)	Er is een actueel suïcidepreventie beleidsplan. In het beleidsplan komen <u>3 of meer onderdelen van de LA</u> terug (MDR / Ketenzorg / Monitoring en Evaluatie van suïcides / Scholing)	Er is een actueel suïcidepreventie beleidsplan. In het beleidsplan staan <u>alle onderdelen van de LA</u> (MDR + Ketenzorg + Monitoring en Evaluatie van suïcides + Scholing) EN <u>het plan weerspiegelt het perspectief van cliënten en naasten.</u>	Als 4 met daarbij: <u>Het plan is ingebed in het overkoepelende (veiligheids)beleid EN het weerspiegelt een duidelijke ambitie op het gebied van suïcidepreventie binnen en buiten de instelling.</u>	4	Wel afspraken met de ketenzorg over crisis. Aggressie verwardheid ed. Suïcidaliteit zou specifiek genoemd kunnen worden.
<b>Signalering suïcidaliteit/systematisch onderzoek suïcidaliteit</b>	Bij <u>minder dan 20% van alle cliënten</u> in zorg bij de instelling is de suïcidale toestand bepaald	Bij <u>20-50% van alle cliënten</u> in zorg bij de instelling is de suïcidale toestand bepaald	Bij <u>51-80% van alle cliënten</u> in zorg bij de instelling is de suïcidale toestand bepaald. <u>Van iedere suïcidale cliënt is de suïcidale toestand systematisch</u> met CASE of vergelijkbare methode onderzocht EN <u>Beoordelingen van suïcidaliteit zijn zichtbaar in het EPD</u>	Bij <u>80-99% van alle cliënten</u> in zorg bij de instelling is de suïcidale toestand bepaald. Van iedere suïcidale cliënt is de suïcidale toestand systematisch met CASE of vergelijkbare methode onderzocht <u>EN onder een apart kopie (bijv 'Veiligheid') zichtbaar in EPD</u>	Bij <u>ALLE cliënten</u> in zorg bij de instelling is de suïcidale toestand bepaald. Van iedere suïcidale cliënt is de suïcidale toestand systematisch met CASE of vergelijkbare methode onderzocht <u>EN onder een apart kopie (bijv 'Veiligheid') zichtbaar in EPD</u>	3	Bij de audit wordt het expliciet uitgevraagd.
<b>Betrekken van familie /naasten /andere vertrouwenspersonen</b>	Bij <u>minder dan 20%</u> van de suïcidale cliënten is een contactpersoon geregistreerd en is bij het eerste gesprek contact gelegd met de contactpersoon	Bij <u>20-50%</u> van de suïcidale cliënten is een contactpersoon geregistreerd en is bij het eerste gesprek contact gelegd met de contactpersoon	Er is een protocol voor familiebeleid/betrekken van naasten. Bij <u>51-80%</u> van de suïcidale cliënten is een contactpersoon geregistreerd en is bij het eerste gesprek contact gelegd met de contactpersoon	Er is een protocol voor familiebeleid/betrekken van naasten. Bij <u>80-99%</u> van de suïcidale cliënten is een contactpersoon geregistreerd en is bij het eerste gesprek contact gelegd met de contactpersoon	Er is een protocol voor familiebeleid/betrekken van naasten. Bij <u>ALLE</u> suïcidale cliënten is een contactpersoon geregistreerd en er is bij het eerste gesprek contact gelegd met de contactpersoon	2	Niet in het 1 <sup>e</sup> gesprek contact met contactpersoon.
<b>Monitoring van suïcides</b>	De instelling monitort het aantal suïcides van cliënten ingeschreven bij de instelling <u>niet altijd of niet continue; of alleen bij een deelpopulatie.</u>	De instelling monitort het aantal suïcides van <u>alle</u> cliënten ingeschreven bij de instelling altijd en continue in een register	Als 2 met daarbij: De instelling doet <u>jaarlijks een meerjaars trendanalyse met inhoudelijke aanbevelingen</u>	Als 3 met daarbij: De trendanalyse en aanbevelingen <u>worden besproken met de cliëntenraad EN worden opgenomen in jaarplannen van divisies en/of de instelling als geheel</u>	Als 4 met daarbij: De trendanalyse en aanbevelingen <u>worden publiek gerapporteerd</u>	4	Aanbevelingen worden opgenomen in suïcide beleidsplan en teruggekoppeld aan de teams. Lastig op welke manier de cijfers publiek gerapporteerd kunnen worden zonder onrust te veroorzaken.
<b>Monitoring van Tentamen Suïcide/suïcidepogingen</b>	De instelling registreert <u>minder dan 20%</u> van de suïcidepogingen van cliënten ingeschreven bij de instelling zichtbaar in EPD	De instelling registreert <u>20-50%</u> van de suïcidepogingen van cliënten ingeschreven bij de instelling zichtbaar in EPD	De instelling registreert <u>51-80%</u> van de suïcidepogingen van cliënten ingeschreven bij de instelling zichtbaar in EPD	De instelling registreert <u>80-99%</u> van de suïcidepogingen van cliënten ingeschreven bij de instelling zichtbaar in EPD <u>EN onder een apart kopie (bijv 'Veiligheid')</u>	De instelling registreert <u>ALLE suïcidepogingen</u> van cliënten in zorg bij de instelling zichtbaar in EPD <u>EN onder een apart kopie (bijv 'Veiligheid') EN Elke suïcidepoging met ernstig</u>	1-5	Klinisch wordt het wel geregistreerd (5) ambulante niet (1). Suïcidepoging met ernstig letsel wordt wel geregistreerd.

					letsel wordt geëvalueerd		
	1 (Niet)	2	3	4	5 (Volledig)	Score	Feedback/aanvulling
Evaluatie van suïcides (=Nabespreken in het team + opstellen van verbeteracties)	Minder dan driekwart van de suïcides worden methodisch door het behandelteam of de afdeling geëvalueerd	Meer dan driekwart van de suïcides worden methodisch door het behandelteam of de afdeling geëvalueerd met <u>een instrument gebaseerd op de richtlijn (MDR DBSG);</u> <u>bijv KEHR</u>	Als 2 met daarbij: <u>Naasten</u> worden actief en methodisch om feedback en verbeterpunten gevraagd <u>Bij de evaluatie wordt structureel de contactpersoon van de patiënt betrokken</u>	Als 3 met daarbij: De evaluatie leidt tot minimaal 1 verbeterpunt. Uitkomsten van evaluaties worden systematisch <u>intern gedeeld en verbeterpunten worden uitgevoerd en ingebed in de organisatie en in het beleidsplan</u>	Als 4 met daarbij: Bij minimaal <u>25% van de suïcides wordt een PRISMa analyse of vergelijkbaar verricht</u> om grondoorzaken te ontdekken.	4	
Realisatie Ketenzorg EXTERN	Schriftelijke ketenzorg afspraken in de regio zijn er <u>niet of zijn in ontwikkeling;</u>	<u>Er zijn schriftelijke afspraken in de regio met ketenpartners</u> met taken en verantwoordelijkheden van de verschillende partijen	Als 2 met daarbij: Er zijn schriftelijke afspraken met <u>minimaal 2 ketenpartners uit het zorgdomein (bijv SEH, huisarts, andere GGZ instelling)</u>	Als 3 met daarbij: er zijn schriftelijke afspraken met <u>minimaal 2 ketenpartners uit andere domeinen (bijv politie, GGD, gemeente)</u>	Als 4 met daarbij: Met de ketenpartners worden de <u>ketenzorgafspraken minimaal jaarlijks geëvalueerd</u>	4	Afspraken over suïcidaliteit zouden nog explicieter benoemd kunnen worden. Wel samenwerkingsafspraken met alle ketenpartners
Realisatie Ketenzorg INTERN	Er is <u>geen</u> recent veiligheidsplan per cliënt. Continuïteit van zorg (warme overdracht, geen wachtlijsten, aansluitende zorg tussen zorgprogramma's) binnen de instelling kan niet worden gegarandeerd.	<u>Er is een recent veiligheidsplan of vergelijkbaar per cliënt.</u> Continuïteit van zorg en persoonlijke (warme) overdracht kan niet worden gegarandeerd.	Er is een recent veiligheidsplan per cliënt EN <u>continuïteit van zorg (warme overdracht) kan worden gegarandeerd. Bij alle suïcidale patiënten vindt op de overgangen in de zorg, warme overdracht plaats</u>	Als 3 met daarbij: veiligheidsplan staat als <u>apart kopje (bijv 'Veiligheid') in het EPD</u>	Als 4 met daarbij: <u>Naasten zijn betrokken.</u>	4	
Meerjarenplan scholing (=een plan op schrift met aantal te scholen medewerkers + meerjaren planning)	Er is <u>geen</u> meerjarenplan voor de scholing van zorgprofessionals op het gebied van suïcidepreventie	Het meerjarenplan voor de scholing van zorgprofessionals op het gebied van suïcidepreventie is <u>in ontwikkeling;</u> ze zijn het aan het opzetten	Er is een meerjarenplan voor de scholing van zorgprofessionals op het gebied van suïcidepreventie	Als vorig met daarbij: Er zijn <u>verplichte entreetrainingen voor nieuwe medewerkers</u>	Als vorig met daarbij: Er zijn <u>verplichte boostertrainingen voor getrainde medewerkers</u>	4	
Scholing	<u>Minder dan 1%</u> van de behandelaren zijn in de afgelopen 2 jaar getraind, of: er is geen gericht trainingsaanbod in portfolio; of het is niet bekend hoeveel medewerkers zijn getraind	<u>1-10%</u> van de behandelaren zijn in de afgelopen 2 jaar getraind in het herkennen en omgaan met suïcidaal gedrag (PITSTOP en/of Contactvaardigheden of andere vergelijkbare training gebaseerd op de richtlijn)	<u>11-40%</u> van de behandelaren zijn in de afgelopen 2 jaar getraind in het herkennen en omgaan met suïcidaal gedrag (PITSTOP en/of Contactvaardigheden of andere vergelijkbare training gebaseerd op de richtlijn)	<u>41-80%</u> van de behandelaren zijn in de afgelopen 2 jaar getraind in het herkennen en omgaan met suïcidaal gedrag (PITSTOP en/of Contactvaardigheden of andere vergelijkbare training gebaseerd op de richtlijn)	<u>80-100%</u> van de behandelaren zijn in de afgelopen 2 jaar getraind in het herkennen en omgaan met suïcidaal gedrag (PITSTOP en/of Contactvaardigheden of andere vergelijkbare training gebaseerd op de richtlijn)	5	teamtrainingen
Vrij veld wat instelling nog meer doet:							

