

Pilotstudie naar kwalitatieve evaluatie van het handelen rond suïcide (KEHR); datagestuurd evalueren en leren

M.H. DE GROOT, R.F.P. DE WINTER, W. VAN DER PLAS, A.J.F.M. KERKHOF

- ACHTERGROND** Onderzoek heeft laten zien dat multidisciplinaire evaluatie van suïcide leidt tot afname van suïcide in ggz-instellingen. Kwalitatieve evaluatie van het handelen rond suïcide (KEHR Suïcide) is een nieuw instrument waarmee dit in ggz-instellingen gerealiseerd kan worden. KEHR is ontwikkeld op basis van de multidisciplinaire richtlijn voor diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. Het beoogt hulpverleners handvatten te geven voor een verbeterde aanpak van suïcidepreventie.
- DOEL** Beschrijven van het instrument en van de resultaten van een onderzoek waarin KEHR op proef werd toegepast.
- METHODE** Naturalistische observatiestudie. Gedurende een jaar werd het instrument 22 keer ingezet bij de evaluatie van suïcides in een noordelijke ggz-instelling. Met kwalitatieve en kwantitatieve methoden analyseerden we het gebruiksproces.
- RESULTATEN** Hulpverleners waren in hoge mate bereid om de KEHR-vragenlijst in te vullen en te reflecteren op de uitkomsten. De bereidheid om op basis hiervan te leren van de suïcides was aanwezig. De data die via het instrument werden verzameld, leverden informatie op waarmee richtlijnimplementatie kan worden aangestuurd. De toepassing van KEHR leidde niet automatisch tot de formulering van aanpassingen en verbeteringen van werkprocessen bij de behandeling van suïcidale patiënten.
- CONCLUSIE** Wij concluderen dat KEHR veelbelovend is als bijdrage aan de implementatie van de richtlijn voor diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag in ggz-instellingen. Om op basis van de uitkomsten verbeteracties te formuleren en te implementeren dienen afzonderlijke procedures te worden ontwikkeld en onderzocht. Het instrument is na registratie online beschikbaar voor ggz-instellingen in het Nederlandse taalgebied via www.mijnkehr.nl

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 58(2016)5, 351-360

TREFWOORDEN evaluatie, suïcidaal gedrag, suïcide, vragenlijst



ARTIKEL



Vanaf 2007 steeg in Nederland het suïcidecijfer met 37%, waarna het in 2014 stabiliseerde tot 1835 per jaar (CBS 2015). Ongeveer 43% van de mensen die dit betreft, is in zorg bij de geestelijke gezondheidszorg (ggz) (Huisman 2010). Interne evaluaties van suïcidegevallen en meldingen aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) hebben als doel te leren van suïcide en via een continu proces van

borging en verificatie van verbeteracties kan de kwaliteit van zorg voor deze groep patiënten duurzaam verbeteren (GGZ Nederland 2011).

Brits onderzoek toonde aan dat multidisciplinaire evaluatie van suïcides resulteert in afname van suïcide in ggz-instellingen (White e.a. 2012). Sinds de verschijning van de Multidisciplinaire richtlijn voor diagnostiek en behande-

ling van suïcidaal gedrag (hierna: richtlijn) (Van Hemert e.a. 2012) is hiervoor in Nederlandse ggz-instellingen een toetsingskader beschikbaar.

In dit artikel beschrijven wij KEHR Suicide (hierna: KEHR), een nieuw instrument voor het evalueren van suïcides. KEHR staat voor kwalitatieve evaluatie van het handelen rond suïcide en heeft de multidisciplinaire richtlijn (Van Hemert e.a. 2012) als uitgangspunt. Met het instrument wordt na een suïcide systematisch feedback gegenereerd op de diagnostiek en de behandeling van het suïcidale gedrag van de patiënt. Het instrument werd in 2014 in een ggz-instelling op proef ingezet bij de evaluatie van 22 suïcides. In dit artikel presenteren we de resultaten van een onderzoek waarin de ervaringen met dit gebruik werden geëvalueerd.

KEHR werd ontwikkeld tegen de achtergrond van de PITSTOP Suicide trial (Nederlands Trial Register 3092); een onderzoek naar de effecten van een met e-learning ondersteund train-de-trainerprogramma (hierna: PITSTOP-training) ter bevordering van de implementatie van de richtlijn. De PITSTOP-training leidt tot verbeterde richtlijntoepassing (De Beurs e.a. 2015a) en reductie van suïcidegedachten bij patiënten met depressie en suïcidaal gedrag (De Beurs e.a. 2015b). Borging van deze positieve uitkomsten is wenselijk, maar vraagt om voortdurende investeringen; het steeds opnieuw trainen van professionals is echter kostbaar (Grol & Grimshaw 2003; Forsner e.a. 2010; De Beurs 2015). De PITSTOP-training wordt in diverse instellingen gegeven en door de stichting I13online landelijk geadviseerd. De training is voor alle ggz-instellingen beschikbaar. Vorderingen in implementatieprocessen worden verifieerbaar door het ontwikkelen en monitoren van procesindicatoren; met de uitkomsten kunnen organisaties sturing geven aan het implementatieproces (Franx 2013). De stichting I13online, verantwoordelijk voor de uitvoering van de Landelijke Agenda Suïcidepreventie (ministerie van Volksgezondheid 2015), ontwikkelde de Monitor Voortgang Suïcidepreventie; een verzameling procesindicatoren om richtlijnimplementatie in ggz-instellingen te volgen.

Een daarvan is systematische, multidisciplinaire evaluatie van suïcide en -pogingen. 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 om na een suïcide(poging) hun professionele handelen rond suïcidale patiënten meer richtlijnconform te maken (De Beurs 2015). Mogelijk verhoogt dit de directe betrokkenheid bij het verbeteren van het professionele handelen, waardoor suïcidale patiënten profiteren van wat hulpverleners leren van suïcide(pogingen).

AUTEURS

MARIEKE DE GROOT, senior onderzoeker, afd. Klinische Psychologie, Vrije Universiteit, Amsterdam.

REMCO DE WINTER, psychiater, afd. Klinische Psychologie, Vrije Universiteit, Amsterdam, Dijk en Duin Parnassia Groep, Castricum.

WILLEKE VAN DER PLAS, psychiater, GGZ Friesland, Leeuwarden.

AD KERKHOF, klinisch psycholoog en hoogleraar Klinische psychologie, psychopathologie en suïcidepreventie, afd. Klinische Psychologie, Vrije Universiteit, Amsterdam.

CORRESPONDENTIEADRES

M. de Groot, afd. Klinische psychologie, Vrije Universiteit, Van der Boechorststraat 1, 1081 BT Amsterdam.

E-mail: info@mijnkehr.nl

Geen strijdige belangen meegeedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 13-10-2015.

Voor de evaluatie van suïcides worden instrumenten zoals *Prevention and Recovery Information System for Monitoring and Analysis* (PRISMA; Van der Schaaf & Habraken 2005), *Systematische Incident Reconstructie en Evaluatie* (SIRE; Leistikow e.a. 2009), *Decentrale Analyse van Meldingen* (DAM) en Tripod Bèta (Rausand 2011) gebruikt. In tegenstelling tot KEHR zijn deze methoden niet specifiek gericht op de evaluatie van suïcide en niet gebaseerd op de nieuwe richtlijn. KEHR is datagestuurd; met de uitkomst kunnen hulpverleners hun handelen systematisch en waarde vrij evalueren. De methode kan worden ingezet in combinatie met andere instrumenten die de kwaliteit van zorg voor suïcidale patiënten kunnen helpen verbeteren volgens het principe van *blended learning*, een combinatie van klassikale, digitale en informele leervormen die dezelfde competentieontwikkeling beogen (Sadeghi e.a. 2014). Met de toepassing van KEHR wordt uitvoering gegeven aan een mix van *top-down*- en *bottom-up* interventies; dit is voor richtlijnimplementatie het meest succesvol (Grol & Grimshaw 2003; Burgers 2011).

Het doel van ons onderzoek was nagaan of het zinvol is om het instrument verder te ontwikkelen als *blended learning*-strategie voor richtlijnimplementatie. Daarnaast wilden we weten wat er moet gebeuren om KEHR te laten bijdragen aan de formulering en implementatie van aanpassingen die als verbeteringen worden gezien. Tot slot waren we benieuwd of de toepassing bruikbare informatie over het professionele handelen op geaggregeerd niveau oplevert.

TABEL 1 Opbouw van de KEHR-vragenlijst (versie 9.0) en de relaties met de Multidisciplinaire richtlijn voor diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag (Van Hemert e.a. 2012) en de PITSTOP-training (De Groot e.a. 2015)

domein	onderwerp	uitleg	aantal items en 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 suïcidegedachten;* – kwetsbaarheids- en beschermende factoren voor suïcide;* – stressfactoren die samenhangen met een verhoogd suïciderisico;* – 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 over suïcidegedachten	Scoren op doorvraag-vragen om de mate van <i>entrapment</i> (Williams e.a. 2005) te inventariseren	8 items ja/nee
3*	Kwetsbaarheids- en beschermende factoren voor suïcide (Goldney 2008)	Scoren op navraag/inventarisatie van factoren die het risico op suïcide verhogen of verlagen	6 items ja/nee
4*	Stressfactoren die het suïcidale gedrag uitlokten (Goldney 2008)	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 meerkeuze
	Kenmerken van de patiënt	Geslacht Leeftijd Primaire diagnose Behandelsetting Wet Bopz (ja/nee) Psychiatrische voorgeschiedenis (ja/nee)	6 items ja/nee, open, meerkeuze
	Mate van (on)verwachtheid van de suïcide	Scoren in welke mate de suïcide (on)verwacht was	5-puntslikertschaal (1 = totaal onverwacht, 5 = totaal verwacht)

* domeinen die de uitkomsten reflecteren van het Chronological Assessment of Suicidal Episodes (CASE)-interview (Shea 1998); de toepassing ervan wordt in de multidisciplinaire richtlijn voor diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag aanbevolen om het suïcidale gedrag systematisch te onderzoeken. De toepassing wordt getraind in de PITSTOP-training (De Groot e.a. 2015).

De onderzoeksvragen waren:

1. Hoe groot is de bereidheid van hulpverleners om de vragenlijsten in te vullen en de uitkomsten te bespreken?
2. Leidt het gebruik tot het formuleren van verbeteringen? En zo ja, hoe?
3. Leidt de toepassing van KEHR tot bruikbare gegevens over het professionele handelen rond suïcidaal gedrag op geaggregeerd niveau?
4. Welke inhoudelijke en procedurele aanpassingen kunnen het instrument effectiever maken?

Wij beschrijven het instrument en presenteren de resultaten.

METHODE

Context en doelen van KEHR

KEHR is een vragenlijst die door leden van een behandelteam wordt ingevuld (hierna: respondenten), een grafische terugkoppeling van de uitkomsten in een KEHR-rapport en een format voor het bespreken van dit rapport. Het verbindende element tussen KEHR, de PITSTOP-training en de richtlijn is het geïntegreerde model voor stress-kwetsbaarheid (Goldney 2008) en *entrapment* (het gevoel in een val te zitten) (Williams e.a. 2005). Dit model staat in de richtlijn (Van Hemert e.a. 2012) centraal voor de verklaring van suïcidaal gedrag.

KEHR integreert doelen op drie niveaus:

1. Hulpverlenersniveau: *booster education* van de belangrijkste richtlijnaanbevelingen. Door na een suïcide(poging) de KEHR-vragenlijst in te vullen en de uitkomsten te bespreken met direct betrokkenen, wordt de vaardigheid om systematisch en richtlijnconform suïcidale condities van patiënten te onderzoeken en te behandelen, door respondenten geoefend en eventueel herhaald.
2. Multidisciplinair teamniveau: retrospectieve risicoanalyse (GGZ Nederland 2011) na suïcide(pogingen) en het formuleren van verbeteracties op het niveau van het multidisciplinaire team (While e.a. 2012).
3. Instellingsniveau: systematische dataverzameling over het handelen rond suïcidaal gedrag. Hiermee kan de instelling sturing geven aan het richtlijnimplementatieproces. Via *benchmarking* kunnen verschillen en overeenkomsten in het handelen tussen organisatieonderdelen zichtbaar worden (bijv. verschil in richtlijn-toepassing tussen verpleegkundigen en behandelaars, tussen klinische en ambulante behandelsettings, tussen mannelijke en vrouwelijke suïcidanten enzovoort), wat richting geeft aan verklaringen voor eventuele verschillen. Het laat mogelijk zien welke aanpassingen

gewenst of noodzakelijk zijn. Op de lange termijn worden effecten van aanpassingen verifieerbaar.

De KEHR-vragenlijst

Een link naar de KEHR-vragenlijst (zie **TABEL 1**) wordt per mail aan respondenten toegestuurd. De lijst inventariseert hulpverlenersgedrag in de diagnostische en behandel fase. **TABEL 1** toont hoe de vragenlijst is geënt op de richtlijnuitgangspunten. Door de vragenlijst in te vullen en de uitkomsten te bespreken leren hulpverleners welke patiëntkenmerken en (zorg)organisatiekenmerken relevant zijn bij het systematisch onderzoek (i.c. de interactie tussen stress- en kwetsbaarheidsfactoren en entrapment (Goldney 2008; Williams e.a. 2005) en bij de behandeling van suïcidaal gedrag.

Grafische terugkoppeling in een KEHR-rapport

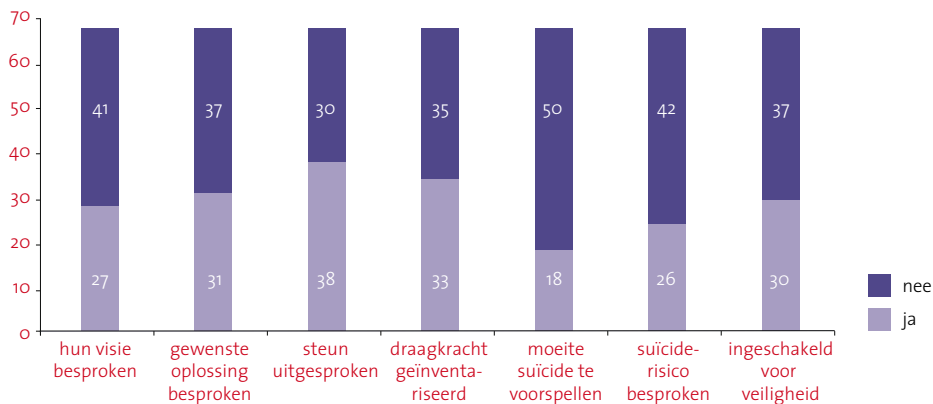
Scores op de KEHR-vragenlijst worden op teamniveau gepresenteerd in een rapport. Kenmerken van de overledene en respondenten worden gepresenteerd in tabellen; scores op de verschillende domeinen (zie **TABEL 1**) in figuren. De figuren laten zien welke patiënt- en (zorg)organisatiekenmerken door de respondenten zijn geïnventariseerd en/of uitgevoerd bij de beoordeling van de suïcidale toestand en bij het bepalen en uitvoeren van de behandelstrategie. **FIGUUR 1** is samengesteld met data uit het proefonderzoek; het is een voorbeeld van de grafische terugkoppeling van domein 6: 'Betrekken van naasten' (zie **TABEL 1**).

Bespreking van het KEHR-rapport

Respondenten krijgen per mail het KEHR-rapport voorafgaand aan de evaluatie toegestuurd. Het doel van de bespreking is het professionele handelen te toetsen aan de richtlijn door het uitwisselen en toelichten van motieven voor het handelen. Als uitgangspunt geldt dat hulpverleners *beredeneerd* kunnen afwijken van richtlijnaanbevelingen, bijvoorbeeld omdat een bepaalde aanbeveling buiten het handelingsdomein van een respondent valt (Van Everdingen e.a. 2004). De bespreking onderscheidt zich van een zogenaamde *debriefing* (Cooper 1995) waarin het team de emotionele impact van de suïcide bespreekt. KEHR beoogt transitie van 'schulddenken' naar 'systeemdenken' (Leistikow 2013); denken vanuit de organisatie, werkafspraken, taakverdeling etc. Het streven is dit op een veilige en respectvolle manier te doen aan de hand van de volgende vragen:

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?

FIGUUR 1 Mate waarin over alle suïcides (n = 22) door de respondenten de naasten van patiënten waren betrokken bij de diagnostiek en behandeling. De respons op de afzonderlijke items varieerde van n = 67 (96%) tot n = 68 (97%)



Formulieren van verbeteracties

In de proef bevatte het KEHR-rapport een blanco notitievel waarin de antwoorden op de vragen uit de bespreking konden worden genoteerd.

Onderzoeksopzet

Het onderzoek bestond uit een naturalistische observatie tussen 1 januari 2014 en 1 januari 2015 in een noordelijke ggz-instelling in een verzorgingsgebied met 488.477 inwoners (peildatum 31 december 2014). In 2014 vonden daar 62 suïcides plaats (CBS 2015), wat overeenkomt met een suïcideprevalentie van 12,7 per 100.000 inwoners (alle leeftijden). Van de 62 overledenen waren 23/62 (37%) in zorg bij de proefinstelling. Het voornemen was alle cases te evalueren met KEHR; kwantitatief met beschrijvende statistiek en kwalitatief via observaties door de onderzoekers die participeerden in de KEHR-rapportbesprekingen waarin ook het suïcideverslag werd besproken. Tijdens de evaluaties trad de geneesheer-directeur (WvdP) op als gespreksleider; teamleiders gaven toestemming voor de aanwezigheid van de andere onderzoeker (MdG).

Na een suïcide werd de teammanager door de geneesheer-directeur gevraagd de KEHR-vragenlijst te verspreiden onder teamleden die betrokken waren bij de zorg voor de patiënt. De teammanagers bepaalden welke teamleden daarvoor in aanmerking kwamen. Benadrukt werd dat deelname vrijwillig en anoniem was en dat uitkomsten niet herleidbaar zouden zijn naar individuen. Er werd een planning gemaakt voor het invullen van de KEHR-vragenlijst en het bespreken van de uitkomsten. Cases kregen een nummer; de respons op de vragenlijsten werden anoniem opgeslagen in een Excelbestand.

Aan het begin van de bespreking werden veiligheidsafspraken gemaakt om reflectie te bevorderen. Naast het blanco vel om verbeteracties te noteren was geen aanvul-

lende procedure ontwikkeld om verbeteracties te formuleren, uit te voeren of te communiceren.

RESULTATEN

Bereidheid tot respons

De KEHR-vragenlijst werd 23 keer uitgezet. In 22 gevallen werden ingevulde vragenlijsten teruggestuurd; in totaal door 70 respondenten. Het aantal per suïcide varieerde van 1 tot 7, gemiddeld 2,9 (SD 1,7). De meerderheid van de respondenten was vrouw (n = 41; 59%). Respondenten waren (sociaalpsychiatrisch) verpleegkundigen of verpleegkundig specialisten (n = 35; 50%), psychiaters (of in opleiding daarvoor) (n = 19; 27%), psychologen/psychotherapeuten (n = 4; 5%) of anders/onbekend (n = 12; 17%). De meerderheid had meer dan 10 jaar werkervaring (n = 48; 69%), 9 (13%) hadden minder dan 5 jaar werkervaring. Bij 16/22 cases (70%) was de hoofdbehandelaar (psychiater of psycholoog) onder de respondenten vertegenwoordigd. Twee keer was de huisarts van de overleden patiënt uitgenodigd om de vragenlijst in te vullen; beide huisartsen vulden de vragenlijst in en bij één bespreking was de huisarts aanwezig. Eenmaal was een vrijgevestigde psychiater aanwezig die de vragenlijst had ingevuld. Familieleden waren noch uitgenodigd om de vragenlijsten in te vullen, noch aanwezig bij de besprekingen.

Bespreking van de KEHR-rapporten

Er vond 22 keer een rapportbespreking plaats. Het aantal aanwezige respondenten en/of andere betrokkenen varieerde van 1 tot > 25. Tussen de suïcide en de bespreking zat gemiddeld 8 weken (95%-BI: 6-9). Tijdens de besprekingen werd bekeken hoe teamleden stress- en risicofactoren en beschermende factoren voor suïcide uit het model voor stress-kwetsbaarheid (Goldney 2008) hadden gewogen om

de ernst van het entrapment (Williams e.a. 2005) in te schatten (Van Hemert e.a. 2012). De geneesheer-directeur bevroeg aanwezigen door socratisch vragen te stellen en zonder te duiden.

De onderzoeker besprak daarna de figuren en legde verbanden tussen het handelen van het team rond de betreffende casus en de richtlijnaanbevelingen. Ook werd gerefererd aan patronen die zich gedurende de proefperiode manifesteerden, bijvoorbeeld de mate waarin naasten van de patiënt waren betrokken werden bij diagnostiek en behandeling (zie als voorbeeld **FIGUUR 1**). Twee maal werd mede op basis van de KEHR-rapportage vastgesteld dat de suïcide mede het resultaat was van een tekortkoming in de zorg, wat de inspectie beschouwt als een te melden calamiteit (GGZ Nederland 2011).

De indruk was dat naarmate het aantal aanwezigen steeg, de neiging van deelnemers om te reflecteren op hun handelen afnam. Het gesprek kreeg meer diepgang in een klein gezelschap van alleen direct betrokken respondenten. Timing leek relevant; deelnemers reflecteerden meer als na de suïcide enkele weken was verstreken en als de emotionele impact van de suïcide eerder was besproken. In een klein gezelschap leek een uur voldoende om relevante

informatie te verzamelen en motieven uit te wisselen. De indruk bestond dat gesprekspartners ontvankelijk waren voor suggesties waarmee zij hun 'suïciderisicobewustzijn' konden verhogen.

Formuleren van verbeterpunten

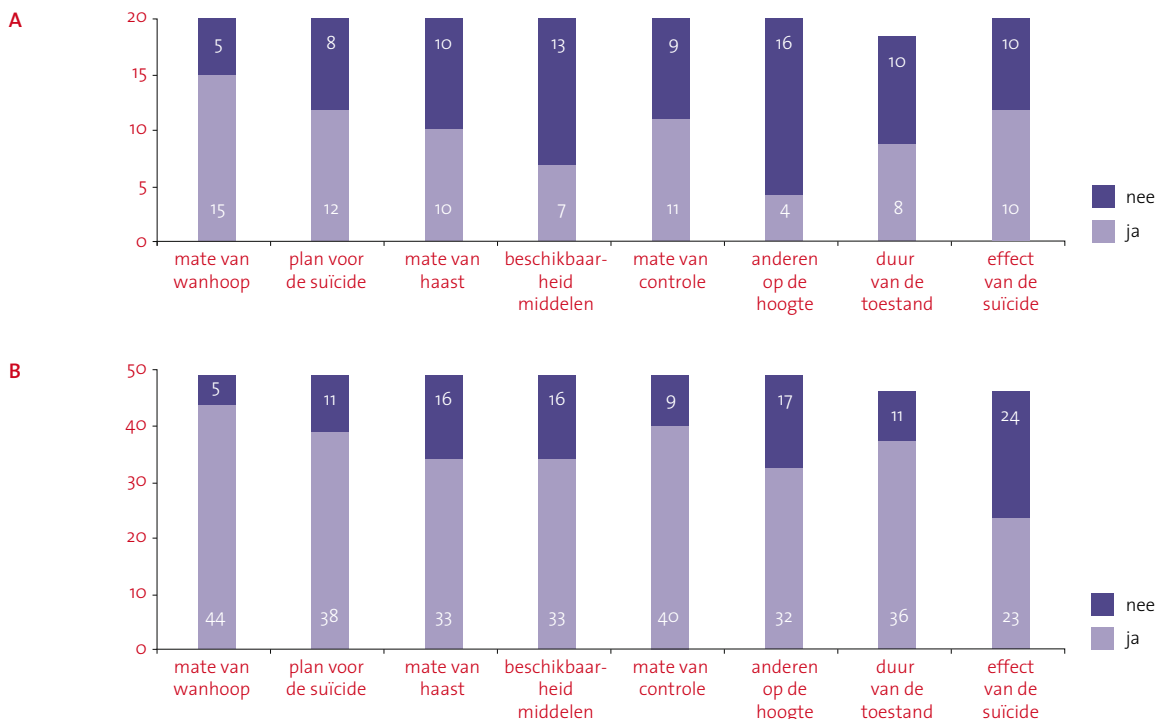
Wij namen niet waar dat deelnemers verbeteracties noteerden op het notitievel. Evenmin werd duidelijk of op teamniveau verbeteracties waren geformuleerd, uitgevoerd of gecommuniceerd. Op een enkele uitzondering na werden geen notulen van de besprekingen gemaakt. De geneesheer-directeur maakte na afloop van de besprekingen verslagen en gebruikte die voor de jaarevaluatie en verantwoording aan de inspectie.

De opbrengst van de data op geaggregeerd niveau

In deze paragraaf bespreken we twee voorbeelden van wat na een jaar met de data op een geaggregeerd niveau zichtbaar kon worden gemaakt en welke vragen dit oproep.

FIGUUR 1 toont dat in de instelling de betrokkenheid van naasten bij de diagnostiek en behandeling gering was. Redenen die genoemd werden in besprekingen waren: niet aan gedacht, onbekend of de patiënt naasten had, onbe-

FIGUUR 2 In hoeverre heeft u contact gemaakt met uw patiënt over zijn/haar suïcidedachten? Let wel: het gaat niet om het resultaat, maar om de vraag of u er aandacht aan heeft besteed; A: scores van de respondenten (n=20) over suïcidanten die in een klinische setting werden behandeld; B: scores van respondenten (n=49) over suïcidanten die ambulant werden behandeld



kend of ze benaderd konden worden. Soms bleek dat hulpverleners aannamen dat de patiënt hiervoor geen toestemming zou geven. Vragen die werden gesteld: Is dit expliciet besproken met de patiënt? Welke afspraken gelden hiervoor? Wiens taak is dit? Wat is het beleid? Als naasten wel waren betrokken, werd achterhaald welke overwegingen hieraan ten grondslag lagen: Wie nam het initiatief? Met welk doel? Wat leverde het op?

FIGUUR 2A en **2B** tonen de scores van respondenten (n = 20) die vragenlijsten invulden over suïcidanten die klinisch werden behandeld (**2A**) en respondenten (n = 49) die vragenlijsten invulden over suïcidanten die ambulantly werden behandeld (**2B**) op de vragen in domein 1, 'contact maken' (zie **TABEL 1**). Uit een vergelijking bleek dat in de klinische setting de beschikbaarheid van middelen minder vaak werd uitgevraagd dan in de ambulante setting, evenals de vraag hoe lang de suïcidale toestand al bestond en of anderen op de hoogte waren van de suïcidedgedachten. Dit riep vragen op als: Welke overwegingen leidden tot deze verschillen? Hoe luiden de afspraken hierover? Antwoorden gaven richting geven aan de vraag hoe hier in de toekomst mee om kon worden gegaan.

DISCUSSIE

In dit artikel presenteerden we de KEHR-methode: een instrument voor datagestueerd evalueren en leren van suïcides. Het instrument is volledig ontwikkeld op basis van de belangrijkste aspecten uit de richtlijn en werd gedurende een jaar 22 keer toegepast in een ggz-instelling in een regio die wat betreft de suïcideprevalentie representatief is voor de Nederlandse situatie (CBS 2015).

Hulpverleners van alle disciplines waren bereid de KEHR-vragenlijst in te vullen en met direct betrokkenen te reflecteren op de uitkomsten. De indruk is dat hulpverleners hier gewetensvol mee omgingen. De bespreking van de KEHR-rapporten leek het effectiefst als alleen de direct betrokken hulpverleners aanwezig waren en de emotionele impact van de suïcide eerder was besproken. Een KEHR-rapportbespreking dient goed gestructureerd te zijn; doel en rollen van de teammanager en de gespreksleider moeten helder zijn. Een kleine groep van direct betrokkenen heeft aan een uur genoeg om effectief te reflecteren op het handelen. Veiligheid voor de gesprekspartners en een nieuwsgierige houding van de gespreksleider leken helpend te zijn om te kunnen leren van suïcides. In een dergelijke context leken respondenten (en eventuele overige aanwezigen) ontvankelijk te zijn voor adviezen ter bevordering van hun 'suïciderisicobewustzijn' als deze werden aangereikt door een persoon die goed op de hoogte is van de richtlijnaanbevelingen.

De proef heeft geen uitsluitsel gegeven over de vraag of het gebruik van het KEHR-instrument op teamniveau tot het

formuleren en doorvoeren van verbeteracties heeft geleid. Dit is in de proef niet systematisch onderzocht. Bovendien waren in veel gevallen niet de complete teams aanwezig bij de besprekingen; eveneens is onbekend gebleven of ideeën voor aanpassingen die eventueel bij direct betrokkenen tot leven waren gekomen, werden gedeeld met het gehele team.

Op basis van onze observaties adviseren wij de KEHR-rapporten te bespreken met alleen de direct betrokken respondenten. Verder denken we dat er een procedure moet worden ontwikkeld waarin ideeën voor verbeteracties die voortkomen uit de besprekingen systematisch worden verzameld. Ook adviseren wij om een strategie te ontwikkelen waardoor verbeteracties binnen teams en binnen de instelling worden gecommuniceerd, zodanig dat het potentieel van alle hulpverleners in de instelling om te reflecteren op hun professionele gedrag tegenover suïcidale patiënten geprikkeld en gestimuleerd wordt en aanpassingen worden overgenomen. KEHR bleek nuttig te zijn bij het bepalen of de suïcide samenhangt met een tekortkoming in de zorg. Dat is relevant voor de vraag of de geneesheer-directeur moet besluiten of de suïcide wel of niet bij de inspectie moet worden gemeld; dit is het geval als de suïcide door de geneesheer-directeur wordt gezien als een calamiteit (GGZ Nederland 2011).

We presenteerden een voorbeeld van een patroon dat met KEHR via benchmarking zichtbaar werd (**FIGUUR 2A** en **2B**) en welke vragen dit opriep over de inrichting en houdbaarheid van werkafspraken en -processen rond de omgang met suïcidaal gedrag. De uitkomst genereerde informatie over de richting waarin de instelling sturing kon geven aan aanpassingen in individueel hulpverlenersgedrag en werkprocessen en -afspraken.

We benadrukken dat KEHR een instrument is voor ggz-instellingen zelf om medewerkers en teams te stimuleren om te reflecteren op hun prestaties op het gebied van de omgang met suïcidaal gedrag, en waar ze van kunnen leren. We willen voorkomen dat dit onder druk komt te staan als het gebruik door andere partijen wordt opgelegd en er een perverse prikkel ontstaat, waardoor de kans toeneemt dat respondenten de vragenlijst sociaal wenselijk gaan invullen.

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 (Ponsen e.a. 2009). Het KEHR-instrument is digitaal (via pc, tablet en smartphone) voor geregistreerde ggz-instellingen beschikbaar. Ggz-instellingen kunnen zich registreren via www.mijnkehr.nl, waarna een vertegenwoordiger in de instelling wordt geautoriseerd om 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 netwerkomgeving. 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.

Hulpverlenersgedrag, gemeten met KEHR, beschouwen we in potentie als een surrogaatmaat voor prestaties op het gebied van de omgang met suïcidale patiënten; in wetenschappelijk onderzoek kan dit een relevante parameter zijn. Benchmarken met data om hulpverlenersgedrag in verschillende instellingen, behandelsettings, of op basis van patiëntkenmerken (eventueel instellingenoverstijgend) te vergelijken sluiten we dus op voorhand niet uit. Het instrument zou kunnen bijdragen aan een verbetering van suïcidepreventie binnen de ggz en 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 om theoriegestuurd en praktijkgericht onderzoek te doen naar de effectiviteit van geestelijke gezondheidszorg aan suïcidale patiënten.

Beperkingen van de studie


De proef had een beperkte doelstelling, gericht op een kwalitatieve evaluatie van het gebruiksproces. Hierbij werd een kwalitatieve methode gebruikt die gevoelig is voor subjectiviteit door de onderzoekers. In de proefinstellingen had een deel van de medewerkers aan een PITSTOP-training meegedaan; onduidelijk is of dit invloed heeft gehad op de wijze waarop het instrument is ontvangen en of de uitkomsten overdraagbaar zijn naar ggz-instellingen waar medewerkers geen PITSTOP-training hebben ontvangen. De resultaten gaan over een relatief klein aantal suïci-

des; uitkomsten moeten daarom met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd. Daar staat tegenover dat de naturalistische, pragmatische aanpak de geloofwaardigheid en overdraagbaarheid van de uitkomsten benadrukt.

CONCLUSIE

Wij concluderen dat KEHR een veelbelovende *blended-learning* strategie is om de implementatie van de multidisciplinaire richtlijn voor diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag in ggz-instellingen te bevorderen en kan helpen om te leren van suïcides. Deze methode biedt de mogelijkheid om het handelen van hulpverleners te toetsen aan de richtlijn; dit kan bijdragen aan het bevorderen van *evidence-based* en *best practice-based* handelen rond suïcidaal gedrag. Het onderzoek liet zien dat medewerkers van alle disciplines in de proefinstelling hiertoe bereid waren. Het is echter noodzakelijk om een afzonderlijke procedure te ontwikkelen waarmee op effectieve wijze verbeteracties worden geformuleerd en gecommuniceerd, zodat op individueel niveau, team- en instellingsniveau het richtlijnconforme handelen wordt geprikkeld en gestimuleerd. De effectiviteit hiervan kan worden getoetst via onderzoek.

Met het gebruik van KEHR kunnen ggz-instellingen het hulpverlenersgedrag op geaggregeerd niveau in kaart brengen. Hiermee kunnen instellingen bepalen via welke stappen de omgang met suïcidale patiënten meer richtlijnconform kan worden. Effecten van eventuele maatregelen kunnen daarna continu worden gevolgd.

 De KEHR-pilot werd gefinancierd door de Vrije Universiteit, afd. Klinische psychologie en GGZ Drenthe. Anja Ottens en de medewerkers leverden een bijdrage aan de dataverzameling.

LITERATUUR

- Beurs DP de. 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 [proefschrift]. Amsterdam: Vrije Universiteit; 2015.
- Beurs DP de, de Groot M, de Keijser J, Mokkenstorm J, van Duijn E, de Winter RFP, e.a. The effect of an e-learning supported train-the-trainer programme om implementation of suicide guidelines in mental health care. *J Affect Disord* 2015a; 175: 446-53. doi: 10.1016/j.ja.2012.01.046
- Beurs DP de, de Groot MH, de Keijser J, van Duijn E, de Winter RFP, Kerkhof AJFM. Evaluation of benefit to patients of training mental health professionals in suicide practice guidelines: cluster randomised trial. *Br J Psychiatry* 2015b; doi: 10.1192/bjp.bp.114.156208.
- Burgers J, Ouwens M; van Splunteren P, Ovretveit J. Effectieve implementatiestrategieën. New perspectives on effective implementation of guidelines. Nijmegen: Scientific Institute for Quality of Healthcare UMC St Radboud; 2011.
- Centraal Bureau voor de Statistiek. <http://statline.cbs.nl> (geraadpleegd 14 september 2015).
- Cooper C. Psychiatric stress debriefing. Alleviating the impact of patient suicide and assault. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 1995; 33: 21-5.
- Everdingen JJE van, Burgers JS, Assendelft WJJ, Swinkels JA, Van Barneveld, TA, Van de Klundert JLM. Evidence based richtlijnontwikkeling Een leidraad voor de praktijk. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum; 2004.

- Groot M de, de Beurs DP, de Keijser J, Kerkhof AJFM. 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* 2015. doi: 10.1016/j.invent.2015.04.004.
- Forsner T, Hansson J, Brommels M, Wistedt A, Forsell Y. Implementing clinical guidelines in psychiatry: a qualitative study of perceived facilitators and barriers. *BMC Psychiatry* 2010; 10: 8. doi:10.1186/1471-244X-10-8.
- Franx G. Quality improvement in mental health care. Utrecht: Trimbos-instituut; 2013.
- GGZ Nederland. Handreiking uniforme meldingsroute bij suicides en suïcidepogingen met ernstig letsel. Veilige zorg, ieders zorg. GGZ Patiëntveiligheidsprogramma 2008-2011. Amersfoort: GGZ Nederland; 2011.
- Goldney DR. Suicide prevention: a practical approach. Oxford: Oxford University Press; 2008.
- Grol R, Grimshaw J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *Lancet* 2003; 362: 1225-30.
- Hemert AM van, Kerkhof A, de Keijser J, Verwey B, Van Boven C, Hummelen JW, e.a. Multidisciplinaire richtlijn voor diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. Utrecht: De Tijdstroom; 2012.
- Huisman A. Learning from suicides. Towards an improved supervision procedure of suicides in mental health care [proefschrift]. Amsterdam: Vrije Universiteit; 2010.
- Leistikow IP, Den Ridder K, De Vries B. Patiëntveiligheid. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg; 2009.
- Leistikow IP. Voorkomen is beter. Leren van calamiteiten in de zorg. Leusden: Diagnosis; 2013.
- Ministerie van Volksgezondheid Welzijn & Sport: Kamerbrief 19 maart 2015 Landelijke suïcidecijfers 2013 en voortgang Landelijke agenda suïcidepreventie. Den Haag; 2015.
- Ponsen H, Cleophas T, Cleophas MT. Incidentanalyse zonder bodem. *Medisch Contact* 2009; 64: 1109-11.
- Rausand M. Risk assessment: theory, methods, and applications. Hoboken: Wiley; 2011.
- Sadeghi R, Sedaghat MM, 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: 146-50.
- Shea SH. *Psychiatric Interviewing, the art of understanding*. Philadelphia: Saunders; 1998.
- Schaaf TW van der, Habraken MMP. PRISMA methode medische versie: een korte omschrijving. Eindhoven: Technische Universiteit; 2005.
- While D, Bickley H, Roscoe A, Windfuhr K, Rahman S, Shaw J e.a. 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* 2012; 379: 1005-12.
- Williams JMG, Barnhofer T, Duggan, D. Psychology and suicidal behavior: elaborating the entrapment model. In Hawton K, red. *Prevention and treatment of suicidal behavior. From science to practice*. Oxford: Oxford University Press; 2005.

SUMMARY

An evaluation of a new Dutch suicide prevention tool (KEHR); datadriven evaluation and learning

M.H. DE GROOT, R.F.P. DE WINTER, W. VAN DER PLAS, A.J.F.M. KERKHOF

BACKGROUND Multidisciplinary evaluation of suicide cases effectively decreases the suicide rate in mental health care. A new suicide prevention tool (KEHR) can be used in this connection. KEHR has been developed on the basis of the Dutch multidisciplinary practice guideline on the assessment and treatment of suicidal behaviour. The guideline can serve as a frame of reference for the multidisciplinary evaluation of suicide cases. KEHR aims to provide professionals with a better method for preventing suicide.

AIM To describe and evaluate the recently developed KEHR strategy for reducing the number of suicide cases in mental health care.

METHOD Naturalistic and observational study. In the course of a year 22 out of 23 suicide cases that had occurred in the pilot institution were evaluated with the help of the KEHR system. Outcomes were discussed with members of multidisciplinary teams. Quantitative and qualitative methods were used in the evaluation process.

RESULTS Professionals from the main disciplines involved were very willing to use the new tool and were prepared to reflect on their views on the outcomes. The professionals were ready to learn from the suicide cases. Data collected with the tool provided information that can be used to improve guideline adherence. However, the use of KEHR did not lead automatically to the formulation of adjustments and improvements relating to suicidal patients. A specific procedure for improving individual and team performance needs to be developed and tested thoroughly.

CONCLUSION KEHR is a promising strategy for improving and enhancing the guideline on the diagnosis and treatment of suicidal behaviour of patients in mental health care. Special procedures need to be developed and studied in order to implement the improvements deemed necessary as a result of the pilot study. The KEHR tool (in the Dutch language) is accessible to mental health care workers after online registration (www.mijnkehr.nl).

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 58(2016)5, 351-360

KEY WORDS evaluation, suicidale behavior, suicide, questionnaire