

P. van Splunteren

 Trimbos
instituut

Netherlands Institute of Mental Health and Addiction

Landelijk Implementatieplan Multidisciplinaire Richtlijn Diagnostiek en Behandeling van Suïcidaal Gedrag

Contact Maken!

P. van Splunteren

**Landelijk Implementatieplan
Multidisciplinaire Richtlijn
Diagnostiek en Behandeling
van Suïcidaal Gedrag**

Contact Maken!

Colofon

Dit implementatieplan voor de multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag is tot stand gekomen met de inbreng van experts op het gebied van suïcidaal gedrag.

Opdrachtgever

Ministerie van VWS

Auteur

Peter van Splunteren, senior wetenschappelijk medewerker Trimbos-instituut

E-mail: psplunteren@trimbos.nl

Financiering

Ministerie van VWS

Deze uitgave is te downloaden via www.trimbos.nl/webwinkel, artikelnummer **AF1144**

Trimbos-instituut
Da Costakade 45
Postbus 725
3500 AS Utrecht
T: 030-297 11 00
F: 030-297 11 11

© mei 2012, Trimbos-instituut, Utrecht. Deze tekst is gemaakt op basis van voor een ieder beschikbare informatie. Bij gebruik van de tekst in publicaties graag de auteur en het Trimbos-instituut vermelden.

Inhoud

Inleiding	3
1 De actuele situatie	5
2 Werkzame principes	7
3 Doelgroepen en de organisaties	9
4 De te implementeren interventies en ketenafspraken	11
5 Voorstellen voor implementatie	13
5.1 Landelijk activiteiten	14
5.1.1 Maken en verspreiden van educatieve producten	14
5.1.2 Landelijke regie en netwerkactiviteiten	15
5.2 Regionale activiteiten	15
5.2.1 Ketenzorg afspraken	15
5.3 Activiteiten gericht op professionals	17
5.3.1 Initiële opleiding	17
5.3.2 Bij- en nascholing	18
6 Bijlagen	21
6.1 Organisaties, onderzoek en regionale projecten	21
6.2 Model implementatie ggz richtlijnen.	23
6.3 De PDSA cyclus	24
6.4 Verantwoording werkwijze en literatuur	27
6.5 Geraadpleegde personen en organisaties	28

Inleiding

De multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling suïcidaal gedrag (MDR DBSG) is begin 2012 gereed. De MDR DBSG is het resultaat van een intensief ontwikkelproces met een groot aantal verschillende disciplines.

De richtlijn maakt deel uit van een breder in 2008 door Minister Klink van VWS ingezet beleid met de intentie om tot betere suïcidepreventie te komen.

De richtlijn biedt tal van aanknopingspunten voor professionals om in het werkproces goede en zorgvuldige hulp te bieden aan cliënten met suïcidale gedachten. In de richtlijn staat dat de praktijk achter loopt op de wenselijke zorg. Het overbruggen van de kloof tussen reguliere en wenselijke zorg gaat echter niet vanzelf. Het verschijnen van de MDR DBSG is een belangrijke eerste stap, de volgende stap is het in de praktijk brengen van de in de richtlijn beschreven kennis over diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag.

Tegen deze achtergrond is het urgent nu de fase van ontwikkeling van de richtlijn afgerond is, de fase van implementatie structureel aan te pakken met de ambitie om de wetenschappelijk gefundeerde inzichten uit de richtlijn zo snel mogelijk diepgaand te integreren in het werk van professionals in de gezondheidszorg.

Op verzoek van VWS Directie Curatieve Zorg, afdeling GGZ, heeft Trimbos-instituut dit voorstel voor een landelijke aanpak van de implementatie van de richtlijn ontwikkeld. Er is een stapsgewijze aanpak gevolgd, waarin een groep van twintigtal experts en *stakeholders* in wisselende samenstelling is betrokken. In ronde 1 zijn 10 experts en *stakeholders* geïnterviewd over hun visie op implementatie van de richtlijn. Deze interviews vormden te samen met een algemeen kader voor implementatie van richtlijnen, de ingrediënten voor een powerpoint presentatie over de hoofdlijnen van het implementatievoorstel. In ronde 2 is deze presentatie besproken met vijf experts en *stakeholders* uit de eerste ronde. Op grond daarvan is een tekst opgesteld, die in ronde 3 is voorgelegd aan ca zeven experts en *stakeholders*, met name uit de verschillende beroepsorganisaties, VWS en GGZ Nederland. Hun opmerkingen zijn verzameld en verwerkt in de voorliggende tekst.

Leeswijzer

In hoofdstuk 1 wordt een beschrijving op hoofdlijnen gegeven van de actuele situatie rond de kwaliteit van zorg voor mensen met suïcidaal gedrag. Dan volgt in hoofdstuk 2 een overzicht van belangrijke werkzame principes voor de implementatie van richtlijnen, waarna in de hoofdstukken 3 en 4 een beschrijving volgt van betrokken doelgroepen en een overzicht van de te implementeren interventies en procedures. Hoofdstuk 5 is gewijd aan de voorstellen voor implementatie van de richtlijn. In de bijlagen staan tot slot een overzicht van betrokken organisaties, het gebruikte generieke model voor implementatie van richtlijnen, een toelichting op het PDSA-model met werkblad, de geraadpleegde personen en de geraadpleegde literatuur.

1 De actuele situatie

Jaarlijks overlijden ongeveer 1500 mensen als gevolg van suicide. Dat aantal is over de jaren vrij stabiel. Onderzoek laat zien dat het aantal mensen met gedachten over suicide (410.000 mensen per jaar) en het aantal pogingen (94.000 mensen per jaar) vele malen hoger ligt. Van deze laatste groep bezoeken ongeveer 14.000 mensen jaarlijks het ziekenhuis voor behandeling na een poging. De groep mensen die begeleiding en zorg nodig heeft is dus veel groter dan de groep die uiteindelijk overlijdt. Suïcidaal gedrag is daarom een omvangrijk en complex maatschappelijk probleem. Suïcidaal gedrag gaat vaak samen met ernstige depressiviteit. Op basis van postmortem onderzoek wordt er wereldwijd vanuit gegaan dat 90 tot 95% voor overlijden een psychiatrische diagnose had. Die diagnose was alleen niet gesteld. Meer dan 50% van de mensen die zich suïcideren is op dat moment niet (meer) in behandeling. Bij slechts enkele procenten is sprake van een weloverwogen keus om te sterven.

Huisartsen, SEH-artsen en - verpleegkundigen, psychiaters, psychologen, psychotherapeuten en verpleegkundigen, hebben in hun dagelijks werk regelmatig te maken met suïcidaal gedrag. Experts vinden dat goede en zorgvuldige zorg, op grond van de laatste stand van kennis, met de juiste interventies en de juiste attitude onvoldoende geïntegreerd is in het huidige professioneel handelen.

De richtlijn bepleit dat "de behandeling van suïcidaal gedrag moet aansluiten bij het unieke complex van factoren dat aan het gedrag van de individuele patiënt ten grondslag ligt. De behandeling kan bestaan uit interventies gericht op veiligheid c.q. bescherming, op de inhoud van de suicidegedachten en op de oorzakelijke factoren van het suïcidale gedrag."

De richtlijn legt daarnaast sterk de nadruk op het betrekken van naasten bij diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag en beveelt aan hen te informeren en waar nodig steun te bieden. Experts zijn van mening dat betrekken, informeren en steun geven van naasten door professionals in de huidige praktijk beter kan.

Verder is in 2010 een rapport verschenen over de kwaliteit van de ketenzorg bij suïcidaal gedrag (Hermens e.a. 2010). Daaruit blijkt dat de kwaliteit van de ketenzorg veel beter kan. Belangrijkste knelpunt in de ketenzorg is het gebrek aan continuïteit van zorg. Door het ontbreken van sluitende afspraken tussen de verschillende professionals in de keten krijgen suïcidale mensen niet altijd de juiste zorg. De overdracht van mensen bijvoorbeeld van eerste hulp naar de consultatieve psychiatrie, of van huisarts naar gespecialiseerde GGZ gebeurt niet goed. Er zijn misverstanden over bereikbaarheid en informatie wordt niet of te laat doorgegeven. Hierdoor lukt het niet om mensen op tijd de juiste hulp te bieden. De overdracht van mensen met suïcidale gedachten is risicovol voor hen. De eerste maanden na ontslag uit een psychiatrisch ziekenhuis geeft een verhoogde kans op suicide. Een actieve *outreaching* opstelling van de hulpverlening is dus noodzakelijk. En dat gebeurt lang niet altijd.

De **drie belangrijkste knelpunten** in de huidige zorg voor mensen met suïcidale gedachten.

1. Er is een flinke kloof tussen beschikbare kennis over goede zorg en de huidige praktijk van zorg. De kwaliteit van zorg voor mensen met suïcidale gedachten kan verbeteren wanneer beschikbare kennis over diagnostiek en interventies op grote schaal in de zorg worden toegepast.
2. De continuïteit van zorg in de keten voor mensen met suïcidale gedachten is onvoldoende geregeld. Transfermomenten van de ene voorziening naar de andere zijn risicovol en dat vraagt om afspraken tussen instellingen in de regio.
3. Het betrekken van naasten bij de diagnose en behandeling, en hen informatie en steun bieden gebeurt niet systematisch.

2 Werkzame principes

De actuele situatie in de zorg voor mensen met suïcidale gedachten kent een aantal lacunes en knelpunten. De multidisciplinaire richtlijn en het Kwaliteitsdocument bieden tal van inzichten om een bijdrage te leveren aan het oplossen daarvan. Maar hoe kunnen deze inzichten efficiënt en effectief worden geïmplementeerd? In de implementatieliteratuur staan de belangrijkste werkzame principes voor de implementatie van richtlijnen beschreven. Uit het beschikbare onderzoek naar implementatie van richtlijnen wordt ook duidelijk dat er nog veel onbekend is waarom bepaalde interventies in bepaalde gevallen wel goed worden toegepast en in andere gevallen niet. Kort gezegd, het implementatieproces is vaak een black box, waarvan de werking maar deels bekend is. Toch zijn er inmiddels wel een aantal werkzame principes bekend waar we tijdens de implementatie van een richtlijn terdege rekening mee dienen te houden.

Wat zijn die principes voor de implementatie van richtlijnen die hun waarde in de praktijk hebben bewezen¹?

1. De snelheid van implementatie van een richtlijn hangt samen met een complex van factoren op micro-, meso- en macroniveau. De factoren zijn gerelateerd aan kenmerken van de richtlijn, kenmerken van de doelgroepen, kenmerken van de organisaties en kenmerken van het zorgsysteem. Een situationele, diagnostische analyse van deze beïnvloedende factoren is noodzakelijk om tot een optimale mix van interventies te komen gericht op toepassing van de richtlijn in de praktijk.

2. Er bestaat geen *'silver bullet'* voor implementatie. Er zijn vele interventies onderzocht. Uit al het onderzoek komt geen altijd werkzame interventie naar voren. Er zijn wel interventies bekend die vaak succes geven. Dat zijn bijvoorbeeld trainingen in kleine groepen waarin veel interactie mogelijk is, financiële prikkels en daarnaast het gebruik van reminders om de doelgroep te blijven herinneren aan het gewenste gedrag. Andere interventies, zoals het verspreiden van materialen in brochures en boeken, doen wel iets aan het bewustzijn over het bestaan van een richtlijn, maar leiden niet tot gewenste verandering in gedrag. Deskundigen adviseren het gebruik van een mix aan werkzame implementatie interventies gerelateerd aan de fase van het veranderproces in de verschillende segmenten in de doelgroep. De mix zal in de regel bestaan aan voorlichting, training in kleine groepen, gebruik van reminders en feedback, ondersteuning met ICT en toetsingsprocedures. Bekend is dat mensen niet gelijktijdig overgaan tot acceptatie van een richtlijn. Je hebt een kleine groep voorlopers, een grote middengroep en een kleine groep *"non-believers"*. Verder gaat men vaak gefaseerd over tot ander gedrag. Eerst oriënteert men zich op nieuwe kennis, dan neemt men er kennis van, dan volgt bereidheid om te veranderen, dan de daadwerkelijke verandering en tot slot het behoud daarvan. De inzet van ICT ter bevordering van toepassing van richtlijnen helpt vaak om het gewenste gedrag te blijven volhouden.

3. De aanpak van de implementatie dient op een systematische en planmatige manier te gebeuren. De Plan-Do-Study-Act (PDSA) cyclus (zie de bijlage) is een betrouwbaar basismodel voor de veranderaanpak. Het model is voldoende flexibel en kan onder vele

¹ De gevonden principes zijn met name gebaseerd op reviews van onderzoek naar de implementatie van richtlijnen en op het in 2011 verschenen rapport *New perspectives on Effective Implementation of Guidelines* van IQ Healthcare en Trimbos-instituut. Zie de bijlagen voor een overzicht van de gebruikte literatuur.

verschillende situaties worden gebruikt. Essentieel bij de PDSA is een cyclische aanpak, waarbij de vooruitgang periodiek wordt gemeten aan de hand van indicatoren en op basis daarvan de aanpak wordt bijgesteld aan de situatie. Deze aanpak zorgt voor een juiste balans tussen de gekozen doelen, de ingezette interventies en de behaalde resultaten. Belangrijke randvoorwaarde voor het goed toepassen van de PDSA cyclus is een goede verhouding tussen de gekozen doelen van implementatie en het beschikbare budget. Te vaak wordt vergeten dat implementatie van richtlijnen investering vraagt in mensen en middelen. Betrokken organisaties moeten met name beschikken over voldoende 'veranderingscapaciteit'.

4. De richtlijn behoort ten principale tot het kennisdomein van de professionele beroepsgroepen. De professional is daarmee eigenaar van de richtlijn. De beroepsgroep of in het geval van multidisciplinaire richtlijnen de betrokken beroepsgroepen zijn verantwoordelijk voor de implementatie van de richtlijn. Andere organisaties (het Nationale Kwaliteitsinstituut, kennisinstellingen) kunnen een rol spelen bij de ondersteuning en monitoring van de implementatie. De IGZ speelt een belangrijke rol in het toezicht op het handhaven van de gewenste kwaliteit. Patiëntenorganisaties spelen een belangrijke rol bij de invoering. Zij kunnen richtlijnen verspreiden en ook helpen bij de ontwikkeling van materialen die patiënten bij belangrijke beslissingen ondersteunen.

5. Implementatie betekent motiveren en leren. De implementatie van de richtlijn vraagt om een verandering in vaardigheden en praktijkroutines van de professional. Uit het beschikbare onderzoek naar implementatie van richtlijnen is bekend dat veranderen van gedrag en routines beter gaat wanneer:

- De professional duidelijk de voordelen ziet van de verandering;
- De professional feedback krijgt over de verbeteringen;
- De professional het vertrouwen heeft het gevraagde gedrag te kunnen uitvoeren;
- De professional wordt beloond;
- De professional betrokken is bij het veranderproces.

Samenvattend is het van belang bij de implementatie van richtlijnen rekening te houden met:

1. De implementatiesnelheid hangt af van factoren op micro-, meso- en macroniveau. De analyse vooraf van deze factoren is dus belangrijk.
2. Er bestaat geen *silver bullet* voor implementatie. De 'implementeerder' moet op grond van de analyse kiezen voor de beste passende set van interventies.
3. De PDSA cyclus is een *evidence based* aanpak voor veranderen. De aanpak is kort cyclisch, doelgericht en de voortgang wordt gemeten met indicatoren.
4. De richtlijn is het eigendom van professionals. De professional moet het veranderproces daarom herkenbaar leiden en aansturen.
5. Implementeren betekent vooral motiveren en leren. Het afdwingen van nieuw gedrag met straffen en sancties is vaak niet effectief.

3 Doelgroepen en de organisaties

Naast een overzicht van de actuele situatie met betrekking tot zorg voor mensen met suïcidaal gedrag en de werkzame principes voor implementatie van de richtlijn, is het van belang goed te weten wie de doelgroepen zijn voor implementatie van de richtlijn. De doelgroepen van de implementatie van deze richtlijn bestaan uit alle zorgverleners die primair te maken hebben met zorg aan mensen met suïcidaal gedrag. Dat zijn huisartsen, SEH-artsen en - verpleegkundigen, ambulance-verpleegkundigen, psychiaters, psychologen, psychotherapeuten en verpleegkundigen. De implementatie richt zich daarnaast op de organisaties. Dat zijn HAP-organisaties, georganiseerde eerstelijns zorggroepen, 112 nooddiensten, 113-online, huisartsengroepen, spoedeisende hulpafdelingen van ziekenhuizen, ggz-instellingen en ggd-en.

4 De te implementeren interventies en ketenafspraken

Professionals en experts zijn benaderd met de vraag welke aanbevelingen (behandelinterventies en werkwijzen) uit de richtlijn met voorrang geïmplementeerd moeten worden en hoe dat het beste kan gebeuren (de implementatie-interventies) en wie daarin het voortouw dienen te nemen.

In het schema geven we een overzicht van de te implementeren interventies en procedures op basis van de richtlijn en het Kwaliteitsdocument over ketenzorg bij suïcidaliteit – het wat - (kolom 1), de bijpassende implementatie interventies – het hoe - (kolom 2) en de verantwoordelijke partijen – het wie (kolom 3).

De interventies en procedures zijn door de experts genoemd en aanbevolen voor implementatie.

1. Richtlijn / Ketendocument (WAT)	2. Implementatie – lokaal en regionaal (HOE)	3. Verantwoordelijke Partijen (WIE)
<p>Behandelinterventies, contact maken, zorg voor veiligheid, omgaan met naasten, onderzoek en diagnostiek, eerste behandelinterventies, veiligheidsplan maken, specialistische interventies, regelen aansluiten zorg.</p>	<p>Verspreiden van educatieve producten onder doelgroepen</p> <p>Training (kortdurend)</p> <p>6. van multidisciplinaire groepen behandelaren per ggz-instelling.</p> <p>7. van huisartsen, aansluitend op NHG- nascholing</p> <p>8. van SEH-artsen en verpleegkundigen in combinatie met consultatieve psychiatrie.</p> <p>Monitoren van voortgang</p>	<p>Verspreiden: trekker landelijke implementatie.</p> <p>Training: beroepsverenigingen, professionals, instellingen.</p>
<p>Ketenzorg afspraken maken in de regio met taken en verantwoordelijkheden van de verschillende partijen.</p>	<p>Verspreiden bestaande ketenzorg afspraken / best practices</p> <p>Invoeren van regionale ketenafspraken</p> <p>Bewaken voortgang en bestendigen van afspraken</p>	<p>Verspreiden: trekker landelijke implementatie</p> <p>Invoeren: ggz-instellingen; ggd-en samen met huisartsen, seh van ziekenhuizen, 112 en 113 nooddiensten</p> <p>Bewaken: trekker landelijke implementatie;inspectie</p>

5 Voorstellen voor implementatie

De belangrijkste ingrediënten voor het maken van een plan van aanpak voor de implementatie van de richtlijn zijn nu beschreven. De actuele situatie in de zorgverlening voor mensen met suïcidaal gedrag en de knelpunten in de zorg, de werkzame principes om effectief te kunnen implementeren zijn verkend, de doelgroepen en organisaties voor implementatie zijn op een rij gezet en tot slot is een overzicht gemaakt van de te implementeren behandelinterventies en regionale ketenafspraken. Maar voordat we overgaan tot een praktisch plan om het ook voor elkaar te krijgen, is het van belang van te voren een inschatting te geven van de mogelijke obstakels en positieve factoren waarmee men mee te maken krijgt bij de implementatie van de richtlijn.

Volgens de geïnterviewde experts spelen de volgende belemmeringen bij de implementatie van de richtlijn mogelijk een rol.

- het ontbreken van educatief materiaal;
- onvoldoende middelen voor verspreiding van educatief materiaal en training van professionals;
- het ontbreken van certificering voor goede (keten)zorg;
- de vele betrokken partijen in de regio waarmee afspraken moeten worden gemaakt. Het ontbreken van een eigenaar van de keten;
- het taboe op het bespreken van suïcidaal gedrag, zowel in de ggz als daarbuiten.

Als belangrijke positieve factoren die gunstig van invloed zijn op de toepassing van de MDR DBSG werden genoemd.

- het belang dat het Ministerie van VWS hecht aan het omlaag brengen van het aantal suïcides;
- de aandacht voor patiëntveiligheid binnen de ggz;
- de aandacht voor de gebouwde omgeving en veiligheid;
- goede regionale praktijkvoorbeelden;
- het PITSTOP onderzoek onder leiding van Ad Kerkhof (zie bijlage 6.1 onderzoek);
- het trainingsmateriaal (waaronder *e-learning*) voor ggz professionals en huisartsen dat binnenkort beschikbaar komt (medio 2012). Er is trainingsmateriaal ontwikkeld door de onderzoeksgroep van Ad Kerkhof. De training duurt 1 ½ dag en is opgezet volgens een train-de-trainersaanpak. Deze opzet wordt beproefd in ca 10 ggz-instellingen. Verder is er trainingsmateriaal beschikbaar voor huisartsen (1/2 dag) en *e-learning* modules voor verpleegkundigen en ggz professionals.

Op basis van het voorgaande aangaande het 'wat', 'hoe' en 'wie' en gezien bovenstaande huidige situatie pleiten we voor een gelaagde aanpak op zowel landelijk, regionaal als instelling - en individueel niveau. De implementatie op landelijk niveau dient met name te bestaan uit het maken en verspreiden van educatieve producten waarmee de professionals aan de slag kunnen. Verder dient de voortgangsbewaking van de implementatie ook landelijk te gebeuren. Regionaal zullen de instellingen sluitende afspraken moeten maken over de ketenzorg volgens de aanbevelingen uit het kwaliteitsdocument. De instellingen zullen de afspraken moeten borgen in hun kwaliteitssysteem en op de naleving van de afspraken moeten toezien. Last but not least, professionals zullen getraind moeten worden en de aanbevelingen uit de richtlijn in hun handelingsrepertoire opnemen. Overall geldt dat de implementatie is geslaagd wanneer de professional handelt op basis van de aanbevelingen uit de richtlijn.

Er volgt hierna een uitwerking van het implementatieplan en de gekozen speerpunten. Per speerpunt wordt aanbevolen welke partijen het voortouw kunnen nemen.

5.1 Landelijk activiteiten

De meest betrokken beroepsverenigingen (NVVP, NIP, NHG en V&VN) dienen – als ‘eigenaar’ van de richtlijn – de verschillende landelijke activiteiten op elkaar af te stemmen. Het Landelijk Samenwerkingsverband Professionele Standaard GGZ (LSPS GGZ) in oprichting – een samenwerkingsverband van NVvP, NIP, het LP-GGZ en het Trimbos-instituut – zou daarin de rol van regisseur en trekker van landelijke activiteiten op zich kunnen nemen. De primaire verantwoordelijkheid voor de implementatie ligt immers bij de beroepsgroepen. Echter de LSPS is medio 2012 nog geen werkelijkheid. Gezien de rol van het Trimbos-instituut bij de totstandkoming van de richtlijn ligt het voor de hand dat het Trimbos de rol van trekker en landelijke regisseur tijdelijk op zich neemt en in ieder geval voor het jaar 2012. In 2013 en verder moet dan bezien worden of het LSPS de rol van de landelijke regisseur van het Trimbos-instituut kan overnemen, of dat de rol van het Trimbos-instituut gecontinueerd wordt dan wel dat een andere organisatie de rol van landelijke regisseur op zich neemt.

De landelijke activiteiten zijn onderverdeeld in maken en verspreiden van educatieve producten, de netwerkactiviteiten en de monitoring van de implementatie.

5.1.1 Maken en verspreiden van educatieve producten

Een richtlijn implementeert niet zo makkelijk omdat het bestaat uit een complex geheel van handelingen en werkwijzen. Deze kennis is opgeschreven in een lijvig boekwerk. Het is van groot belang de essentie van de kennis om te zetten in educatieve producten (trainingsmodule, e-learning, flowcharts, etc) voor de verschillende groepen professionals. Het verspreiden van deze producten zal vooral ingrijpen op bekendheid met de inzichten uit de richtlijn en de verbinding van die inzichten met het eigen professioneel handelen.

De **doelstelling** van de verspreiding is de bekendheid van professionals met de basisinterventies uit de MDR DBSG en het keten zorgproces te vergroten. Managers van betrokken instellingen moeten meer bekend worden met de noodzakelijke afspraken in de keten. De verspreiding moet de basis vormen voor daadwerkelijke veranderingen in werkwijze en bij de professionals een voedingsbodemp creëren voor de scholingsactiviteiten.

Het gaat om de **verspreiding** van verschillende educatieve producten op basis van het reeds beschikbare materiaal, zoals:

- voor professionals een flyer en smartcard met de samenvatting van de aanbevolen interventies uit de richtlijn;
- voor managers een smartcard met flowchart van de zorgprocessen in de keten;
- voor patiënten een folder. De folder is begin 2012 klaar, er is nu geen budget voor verspreiding;
- *e-learning* producten. Het VU-MC is bezig met de ontwikkeling van *e-learning* producten voor huisartsen (samen met het NHG en Medisch Contact), voor sehverpleegkundigen en voor ggz-professionals (verpleegkundigen, psychologen en psychiaters); deze producten dienen medio 2012 breed beschikbaar te zijn;
- een webpagina voor communicatie.

In een **landelijke conferentie** op 22 mei 2012 wordt aandacht gevraagd voor het onderwerp en worden de educatieve producten gelanceerd.

Inschatting van kosten: materialen: €25.000;

- flyer en smartcards drukken en verspreiden : € 15.000
- patiëntenfolder: verspreiden: € 5.000
- *e-learning* producten verspreiden: PM
- webpagina, ontwikkelen en hosten: € 5.000.
- Conferentie: kostendekkend

Dekking van de kosten (2012): € 25.000 ten laste van budget Trimbos-instituut voor doorontwikkeling richtlijnen.

Activiteiten Trimbos-instituut; landelijke regie met samenwerkende beroepsverenigingen (2012)

- project Implementatie opzetten met projectorganisatie;
- opdracht geven voor maken en verspreiden educatieve producten.

5.1.2 Landelijke regie en netwerkactiviteiten

Via het **landelijk regiepunt** beroepsverenigingen kan een **netwerk van professionals en instellingen** worden gefaciliteerd. Vanuit dit landelijk regiepunt kunnen activiteiten met elkaar worden verbonden en ondersteund, en kan de voortgang gevolgd worden. Daarvoor moeten indicatoren worden ontwikkeld, zoals bv het aantal regio's met een ondertekend ketendocument over suïcidaliteit; de mate van afname van de educatieve producten, het aantal gegeven trainingen per regio per jaar en het aantal deelnemers.

Activiteiten

- organisatie van landelijke werkconferentie najaar 2012
- communicatie onderhouden via de website over regionale activiteiten
- monitoring van voortgang van de implementatie op basis van indicatoren.

Inschatting van de kosten (2012): € 10.000 op jaarbasis.

Dekking van de kosten: budget Trimbos-instituut voor doorontwikkeling richtlijnen.

5.2 Regionale activiteiten

De kern van de activiteiten op regionaal niveau bestaat uit het maken en naleven van afspraken in de keten. Het model voor het maken van die afspraken staat beschreven in het Kwaliteitsdocument Ketenzorg bij Suïcidaliteit. De ggd en/of de regionale ggz-instelling hebben, gegeven hun positie en takenpakket, de verantwoordelijkheid voor het in gang zetten, coördineren en bewaken van de regionale activiteiten en afspraken.

5.2.1 Ketenzorg afspraken

In het kwaliteitsdocument staat een gedetailleerd stappenplan voor het maken van goede afspraken voor ketenzorg aan suïcidale mensen. De stappen zijn:

- Bij elkaar komen
- Afspraken maken en vastleggen
- Formeel bekrachtigen
- Implementeren en borgen
- Evalueren.

Het stappenplan is gebaseerd op vijf bouwstenen die moeten bijdragen aan de ketenzorg. De bouwstenen zijn: 1. een procesbeschrijving van de keten; 2. een overzicht van taken en verantwoordelijkheden; 3. een overzicht van kritische momenten; 4. voorwaarden voor implementatie en borging en tot slot, 5. periodieke evaluatie.

Wenselijke doelstelling: Per medio 2014 heeft elke regio in Nederland afspraken voor ketenzorg bij suïcidaliteit conform de aanbevelingen van het Kwaliteitsdocument.

We bepleiten dat de regionale ggz-instelling en de ggd het voortouw nemen voor het in gang zetten van de ketenafspraken en het controleren van de uitvoering.

Het regiepunt kan hierin faciliteren door in een landelijke enquête de stand van zaken met betrekking tot bestaande ketenafspraken te inventariseren. Vervolgens kan regiepunt in samenspraak met GGZ Nederland en GGD Nederland een conferentie organiseren over de resultaten van de enquête en aan de hand van bestaande goede voorbeelden laten zien hoe de samenwerking in de keten er uit ziet. De ggz-instellingen en ggd-en worden door hun koepels gevraagd in de periode 2012 - 2014 waar nodig ketenafspraken te maken volgens de aanbevelingen uit het ketendocument. Het regiepunt bewaakt de voortgang en laat op de website zien in welke regio's ketenafspraken zijn gemaakt. Het is verder mogelijk dat er in het kader van de set minimumnormen patiëntveiligheid in de ggz een minimumnorm wordt opgenomen over ketenkwaliteit bij suïcidaliteit. Als dat het geval is ziet de inspectie toe op handhaven van de norm.

De kosten voor het maken van de regionale afspraken moeten vanuit de bestaande budgetten worden gefinancierd.

Activiteiten regiepunt / Trimbos-instituut (2012)/ samenwerkende beroepsverenigingen

- landelijke enquête over stand van zaken ketenafspraken en inventarisatie goede voorbeelden;
- landelijke werkconferentie (najaar 2012) over resultaten enquête en goede voorbeelden.

Dekking kosten zie par. 5.1

Activiteiten GGZ Nederland en GGD Nederland

- lidinstellingen oproepen tot maken van ketenafspraken;
- meedoen landelijke werkconferentie.

Activiteiten ggz-instellingen en ggd-en

- maken ketenafspraken;
- controleren op handhaving van afspraken.

5.3 Activiteiten gericht op professionals

Verschillende activiteiten gericht op scholing en training van de verschillende professionals zijn nodig. De verschillende beroepsgroepen te samen met de beroepsorganisaties zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van de activiteiten. Er worden activiteiten aanbevolen gericht op de initiële opleidingen en op de bij- en nascholing van verschillende disciplines.

GGZ Nederland heeft recent onderzoek gedaan naar de vraag in hoeverre scholing over suïcidaal gedrag in de initiële opleiding aan bod komt. Dat bleek lang niet overal het geval te zijn. Op basis van dit onderzoek heeft GGZ Nederland afspraken gemaakt met verschillende beroepsverenigingen over verbetering van het professioneel handelen op het gebied van suïcidaliteit. Het is niet bekend in hoeverre deze afspraken ook nagekomen zijn. Het is zeker zinvol om na te gaan hoe het staat met deze afspraken. Hier is een taak weggelegd voor het regiepunt.

De volgende afspraken zijn gemaakt.

- De V&VN heeft toegezegd bij te dragen aan bij-en nascholingsmogelijkheden passend bij de door de richtlijn voorgeschreven kennis en vaardigheden. De V&VN bekijkt of gericht scholingsaanbod kan worden opgenomen in de V&VN Academie.
- De NVvP maakt een folder voor psychiaters ter ondersteuning van de implementatie van de richtlijn. Deze folder beschrijft beknopt de inhoud van de behandeling van suïcidale patiënten. De NVvP zal erop toezien dat de noodzakelijke kennis en vaardigheden van psychiaters zoals beschreven in de richtlijn worden opgenomen in de eindtermen van de opleiding van psychiaters.
- Het NIP heeft toegezegd bij te dragen aan bij-en nascholingsmogelijkheden passend bij de door de richtlijn voorgeschreven kennis en vaardigheden.
- De NVSHA zal ervoor zorgen dat in de opleiding tot SEH-arts de richtlijn wordt gebruikt bij de scholing en toetsing van kennis en vaardigheden op het gebied van suïcidaliteit.
- De NVSHV draagt bij aan de ontwikkeling van bij- en nascholingsmogelijkheden passend bij de door de richtlijn voorgeschreven kennis en vaardigheden.

Activiteit regiepunt / samenwerkende beroepsverenigingen

- nagaan afspraken met beroepsverenigingen. (2013 en verder)

5.3.1 Initiële opleiding

De conclusie uit de rapportage van GGZ Nederland is dat verschillende aspecten van suïcidaliteit en behandeling van suïcidale patiënten niet standaard in curricula van opleidingen voorkomen.

Op grond hiervan worden de beroepsorganisaties aanbevolen een landelijk dekkend scholingsaanbod voor initiële beroepsopleidingen (MBO, HBO, WO) op het gebied van suïcidaliteit te ontwikkelen voor betrokken disciplines (artsen, psychologen, psychotherapeuten en verpleegkundigen) op basis van de inzichten uit de richtlijn, tot uiting komend in passende eindtermen van de opleiding.

Het is een taak van het regiepunt om na te gaan in hoeverre deze verbeterpunten in de initiële beroepsopleidingen gerealiseerd worden en daarover te rapporteren.

Activiteit regiepunt / samenwerkende beroepsverenigingen

- nagaan eindtermen scholingsaanbod initiële opleidingen. Rapportage. (2013 en verder)

5.3.2 Bij- en nascholing

In het voorgaande zijn al verschillende activiteiten op gebied van bij- en nascholing de revue gepasseerd. Samengevat is de conclusie dat er voor huisartsen, seh artsen en verpleegkundigen en ggz professionals inmiddels trainingmateriaal (train-de trainer, e-learning, trainingen, webcast) voorhanden is of op korte termijn beschikbaar komt. Het gaat om de volgende trainingen.

- train-de-trainer (1 ½ dag) voor multidisciplinaire teams in ggz-instellingen ontwikkeld door Ad Kerkhof in kader van PITSTOP studie. Beschikbaar medio 2012.
- training voor huisartsen (1/2 dag). Beschikbaar.
- e-learning voor verpleegkundigen en ggz professionals. Beschikbaar medio 2012.

De aanbeveling is een landelijk dekkend aanbod te maken voor training van betrokken professionals in diagnose en behandeling van suicidaal gedrag. Dat landelijk dekkend aanbod zou op de volgende manier kunnen worden opgezet.

1. Gerichte bijscholing van de huisartsen is van groot belang omdat huisartsen de mensen met suicidegedachten en pogers kunnen signaleren en hen in contact brengen met de ggz. Er is een expertgroep ggz van huisartsen in NHG verband actief die hierin initiatieven kan nemen. Door Martin Steendam, Jos de Keijser en Ad Kerkhof is een training voor huisartsen ontwikkeld van een halve dag. Gepleit wordt voor opname van de training in het reguliere NHG aanbod voor bij- en nascholing van de huisartsen.

Activiteiten regiepunt / samenwerkende beroepsverenigingen

- contacten leggen met NHG en opname van training in aanbod NHG. (najaar 2012)

2. Op grote schaal verspreiden van het trainingsmodel ontwikkeld door de groep van Ad Kerkhof, onder ggz instellingen, mits er voldoende indicaties zijn dat het model succesvol is. Het trainingsmodel bestaat uit een train-de trainersaanpak. Een beperkt aantal sleutelfiguren wordt in de instelling getraind (multidisciplinair) en deze sleutelfiguren trainen vervolgens de overigen ggz professionals in multidisciplinair verband.

Activiteiten regiepunt / samenwerkende beroepsverenigingen

- coördinatie in samenspraak met Ad Kerkhof van training; (2012)
- samenstellen van een groep trainers; (2012)
- verankeren van training bv bij RINO's; (2013 en verder)
- stimuleren van instellingen om training te volgen. (2012 / 2013)

3. Intensivering van scholing van seh artsen, seh verpleegkundigen en consultatieve psychiaters in ziekenhuizen. Voor de verpleegkundigen op de seh is een e-learning module in de maak. Aanbevolen wordt een e-learning module te maken toegespitst op het werk van consultatieve psychiaters en seh artsen in algemene ziekenhuizen. Hiervoor moet worden samengewerkt met de ontwikkelaars van het trainersmateriaal en de beroepsorganisaties van de genoemde professionals.

Activiteiten regiepunt / samenwerkende beroepsverenigingen

- e-learning module laten maken; (2013)
- contact met beroepsverenigingen SEH artsen en verpleegkundigen/NVVP; (2013)
- goede voorbeelden verspreiden via website; (2013)
- stimuleren van training onder ziekenhuizen, mede via regionale ketens. (2013)

4. Alle bovengenoemde organisaties maken een plan voor bijscholing op gebied van diagnose en behandeling van mensen met suïcidaal gedrag. Accreditatie van de training werkt stimulerend. Op termijn is een certificeringstraject van de trainingen een belangrijke stap voor de borging van de kwaliteit van zorg.

Activiteiten regiepunt / samenwerkende beroepsverenigingen

- contacten met beroepsverenigingen en RINO's; (2013)
- accreditatie van training aanvragen; (2013)
- certificatie van trainingen voorbereiden; (2013 en verder)

Daarnaast zijn de RINO instellingen een belangrijke partij voor bij- en nascholing in de ggz.

De financiering van de trainingen verloopt via de reguliere budgetten voor bij- en nascholing.

6 Bijlagen

In de bijlagen volgt een overzicht van betrokken organisaties, het model dat voor het opstellen van dit implementatieplan is gebruikt en een verantwoording van de gevolgde werkwijze.

6.1 Organisaties, onderzoek en regionale projecten

Er volgt een overzicht van de partijen, (lopend) onderzoek en regionale projecten van belang voor dit implementatieplan.

113Online

113Online is een webbased platform voor mensen met suïcidale gedachten, hun naasten en voor hulpverleners. 113Online biedt gratis en anoniem hulp en advies. Het aanbod bestaat uit telefonische hulp (24/7), chats, en allerlei vormen van on line therapie. De financiering van 113Online is tot eind 2011 gegarandeerd.

Beroepsverenigingen / federaties

De volgende beroepsverenigingen / federaties /cliëntenorganisaties hebben meegewerkt aan of zijn betrokken geweest bij de totstandkoming van de MDR DBSG en/of het kwaliteitsdocument ketenzorg.

- Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU)
- Nederlandse Federatie voor Ziekenhuispsychiatrie (NFZP)
- Het Nederlands Instituut voor Psychologen (NIP)
- Nederlandse Vereniging voor Spoedeisende Hulp artsen (NVSHA)
- Nederlandse Vereniging voor Spoedeisende Hulp verpleegkundigen (NVSHV)
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP)
- Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)
- Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)
- Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie (NVP)
- Vereniging Huisartsenposten Nederland (VHN)

Cliëntenorganisaties:

Ivonne van de Ven Stichting

De Ivonne van de Ven Stichting is opgericht met als doel een bijdrage te leveren aan de verbetering van suïcidepreventie en het verhogen van de kwaliteit van hulpverlening aan nabestaanden.

Landelijk Platform GGz (LPGGz)

Het landelijk platform GGz is dé koepelorganisatie van cliënten en familieorganisaties in de ggz.

GGZ Nederland

GGZ Nederland ziet suïcidepreventie als één van de speerpunten van haar patiëntveiligheid beleid en stimuleert de instellingen daarop gericht acties te ondernemen. Samen met de IGZ is een handreiking uniforme meldingsprocedure suïcide opgesteld.

Inspectie (IGZ)

Zorgverleners zijn wettelijk verplicht een suïcide te melden bij de Inspectie. Met ingang van 1 mei 2011 is een nieuwe meldingsprocedure voor suïcides van kracht.

Nederland Kenniscentrum voor Angst en Depressie (NedKAD)

Het Kenniscentrum Angst en Depressie wil bijdragen aan verbetering van de kwaliteit van de hulpverlening aan mensen met angst- en stemmingsklachten, door de bestaande kennis en deskundigheid te behouden, vergroten en verspreiden. Doelstellingen zijn kennisoverdracht aan patiënten en professionals, het stimuleren en coördineren van onderzoek en de ontwikkeling van expertise op het gebied van diagnostiek, behandeling en preventie.

Trimbos-instituut

Trimbos-instituut is het kenniscentrum voor de geestelijke gezondheid en verslavingszorg. Het Trimbos wil een bijdrage leveren aan het verbeteren van de geestelijke gezondheid door het delen van kennis. Het Trimbos-instituut levert bijdragen op gebied van suïcidepreventie, heeft bijgedragen aan de ontwikkeling van de MDR DBSG en het document ketenqualiteit en heeft knowhow op het gebied van implementatie van richtlijnen.

Onderzoek / Universiteiten

VU MC doet onder leiding van prof. dr. Ad Kerkhof vanaf 2011 een implementatie-onderzoek naar de effectiviteit van een training voor behandelaren in de GGZ. Onderzocht wordt in hoeverre hulpverleners zich bekwaam voelen mensen met suïcidale gedachten te helpen en of de training effect heeft op het hebben van suïcidale gedachten. De training in het omgaan met cliënten met suïcidale gedachten wordt in 10 Ggz-instellingen met behulp van een train-de-trainers aanpak uitgevoerd. Naar verwachting zal de trainingsmodule in 2012 voor iedereen beschikbaar zijn.

VWS

Het Ministerie hecht groot belang aan vermindering van suïcides en suïcidepogingen. De landelijke nota gezondheidsbeleid 'Gezondheid dichtbij' stelt als doel een vermindering van het aantal suïcides met 5 procent per jaar.

Voorbeeldprojecten

De regio Friesland werkt sinds 2007 aan het voorkomen van suïcides. Huisartsen, SEH-posten van ziekenhuizen en GGZ-Friesland werken daarbij nauw samen. Betrokken hulpverleners en zn 'gatekeepers' (pastores, bedrijfsartsen, schooldecanen) worden uitgebreid getraind in herkennen van signalen en contact maken met suïcidale mensen. Er is een sluitende keten gevormd op het gebied van preventie en hulpverlening, ook is er veel aandacht voor nabestaanden. De aanpak in Friesland kan een voorbeeld zijn voor andere regio's.

In Leiden en omgeving zijn inmiddels 17 huisartsengroepen getraind door Martin Steendam, Jos de Kiejser en Ad kerkhof in signaleren en hulp bieden aan mensen met suïcidale gedachten.

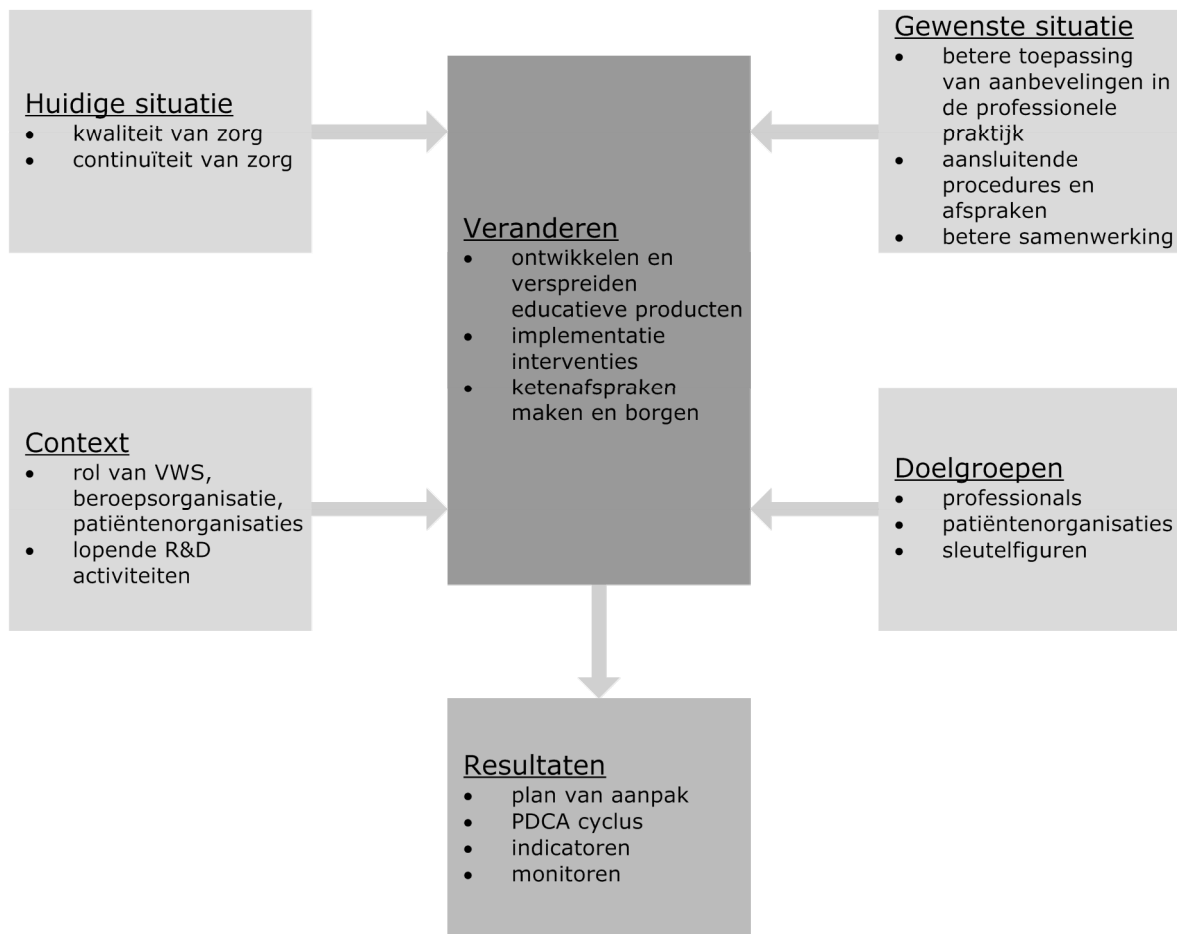
Rapporten over regionale projecten

In 2010 verschenen twee rapporten van respectievelijk het RIVM Centrum voor gezond leven en het Trimbos-instituut over regionale samenwerking bij preventie van suïcide. In de rapporten staan voorbeelden van succesvolle projecten en initiatieven in verschillende regio's. Er is aandacht voor de rol van de GGD bij het stimuleren van de samenwerking.

6.2 Model implementatie ggz richtlijnen.

In het schema is een algemeen model beschreven voor het opstellen van een implementatieplan voor richtlijnen. Het model geeft de componenten weer waarbij rekening moet worden gehouden bij de implementatie van een richtlijn.

De componenten zijn: de huidige situatie, de gewenste situatie, de context, doelgroepen, de veranderdoelen en interventies, de gewenste resultaten en het bijbehorende plan van aanpak. Per component zijn verschillende factoren van belang die om nader onderzoek en analyse vragen. Het model is gebruikt bij het maken van dit voorstel over implementatie van de richtlijn.



6.3 De PDSA cyclus¹

De PDSA verbetercyclus bestaat uit de volgende vier fasen:

- *Plan: kiezen van de verandering en bedenken plan voor het uittesten.*
- *Do: testen van de verandering.*
- *Study: evalueren van het proces en het effect van de verandering. Zo nodig bijstellen van de verandering.*
- *Act: bijstellen van de verandering en opnieuw uittesten. Of bij positieve ervaringen invoeren van de verandering op grotere schaal.*

Nolan heeft zich bij het ontwikkelen van zijn PDSA-model gebaseerd op de 'Plan - Do - Check - Act'-cyclus, ook wel bekend als de cirkel van Deming. Ook de Deming-cirkel benadrukt het belang van plannen, uitvoeren, evalueren en bijstellen. Er is echter wel een verschil tussen de beide benaderingen. Dit verschil zit in de derde fase van het model. Nolan heeft de 'Check-fase' omgedoopt in de 'Study-fase'. Door te kiezen voor een andere term benadrukt Nolan dat er op een nieuwe manier gebruik wordt gemaakt van de meetgegevens. In de 'klassieke' benadering wordt een 0-meting uitgevoerd, verandering ingevoerd en een nameting gedaan. Uit de nameting blijkt of de verandering wel of niet succesvol was. In het Nolan-model ligt de nadruk op het kleinschalig uittesten van veranderingen en is er sprake van continu meten van de gegevens, weergegeven in lijngrafieken en het bestuderen van de effecten van de interventies gedurende het hele project.

De stappen van de PDSA cyclus zijn hierna verder uitgewerkt.

Werkblad PDSA / Standaardisatie

Naam van team:

Startdatum:

Teamleden:

1. Projectleider
- 2.
- 3.
- Etc.

Experts:

- 1.
- 2.
- 3.
- Etc.

Dataverwerking door:

- 1.
- Etc.

¹ Ontleend aan werk van T. Nolan, P. Batalden. Gebaseerd op: Langley GJ, Nolan KM, Nolan TW, Norma CL, Provost LP., The improvement Guide (1996). A practical approach to enhancing organizational performance, San Francisco, Jossey-Bass Publishers.

PDSA / SDSA	Belangrijke vragen om te beantwoorden
1. DOEL	Wat proberen we te bereiken?
2. METINGEN	Hoe weten we dat een verandering een verbetering is?
3. PLAN	Hoe plannen we het project? Wie doet wat wanneer? Met welke tools en training? Baseline data? Hoe weten we of een verandering ook een verbetering is?
4. DO	Wat leren we van de uitvoering van het project? Wat gebeurde er tijdens de uitvoering? Welke problemen en welke verrassingen?
5. STUDY	Wat leren we van de STUDY, wat gebeurde er tijdens de uitvoering. Wat zeggen de metingen en wat zegt dat?
6. ACT	Wat moet er gebeuren om de behaalde resultaten vast te houden Of welke zaken moeten we niet meer doen? Moet de verandering nog aangepast worden en waarom? Welk plan is nodig voor nieuwe verandercyclus.
7. STANDAARDISATIE	Na de resultaten te hebben vastgesteld is de volgende stap de standaardisatie. Welke voorwaarden zijn daarvoor nodig?
8. IMPACT	Wat moet er niet meer gedaan worden om de vernieuwing te ondersteunen? Wat ging in het verleden goed bij het veranderen van gedrag? Welke condities werkten bevorderend bij standaardisatie? Hoe zorg je ervoor dat de "best practice" de default stap is in het proces? Houdt rekening met gedrag, attitudes, waarden en gewoonten van professionals als je de vernieuwing als standaard wilt invoeren.
9. METINGEN	Hoe weten we dat de verbetering blijven is? Wat moeten we dan meten en met welke norm? Hoe weten we of oud gedrag weer de kop opsteekt? Wat meten we dan en hoe vaak? En wie doet dat?
10. MOGELIJKE NIEUWE VERANDERINGEN	Wat zijn de geïdentificeerde behoeften voor verandering en op basis van welke nieuwe informatie? Wat is het plan voor verandering? Wie gaat de nieuwe PDSA uitvoeren? Ga naar PDSA werkblad.
11. STANDAARDISATIE	Hoe zullen we het proces STANDAARDISEREN? Wie doet wat wanneer? Met welke middelen? What moet er afgeleerd worden? Welke data hebben we nodig voor informatie over de mate van standaardisatie?
12. DO	Wat leren we bij de DO fase van de standaardisatie? Problemen? Verrassingen? Nieuwe inzichten?
13. STUDY	Wat leren we uit de STUDY fase? Wat zeggen de metingen? Wat zijn behoeften om te veranderen, nieuwe informatie of best practice?
14. ACT	In de ACT-fase hoe zorgen we ervoor de behaalde winst te behouden? Wat moet er dan gebeuren? Wie gaat dat doen met welke metingen? Ontwerp weer nieuwe PDSA cyclus. Zie PDSA werkblad.

Taken om de verandering te realiseren	Wie	Wanneer	Tools/Training nodig	Metingen

6.4 Verantwoording werkwijze en literatuur

Bij het opstellen van dit plan is gebruik gemaakt van de volgende bronnen

- Hemert AM van, Kerkhof AJFM, Keijzer J de, Verwey B. (2011), *CONCEPT Multidisciplinaire Richtlijn Diagnostiek en Behandeling van Suicidaal Gedrag*, NvVP / NIP
- Hermens M. Wetten H. van, Sinnema H. (2010), *Kwaliteitsdocument Ketenzorg bij suicidaliteit*, Trimbos-instituut, Utrecht
- Hindriks H., Ponti K. de (2010), *Scholing op het gebied van suicide en suicidepreventie*, GGZ-Nederland, Amersfoort.
- Kerkhof AJFM (2010), *Improving suicide prevention in mental health care through training of guidelines and support by e-learning*, ZonMw aanvraag 2010
- GGZ Nederland / IGZ, Handreiking uniforme meldingsroute bij suicides en suicideopgingen met ernstig letsel, versie 1, 13 mei 2011

Implementatie

- Burgers J., Ouwens M., Splunteren P. van, Ovretveit J. (2011) *New perspectives on Effective Implementation of Guidelines*, IQ healthcare / Trimbos-instituut
- Cabana, M.D., Rand, C.S., & Powe, N.R., e.a. (1999). Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. *Journal of the American Medical Association*, 282, 15, 1458-1465.
- Grol, R., & Grimshaw, J. (2003). From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients care. *The Lancet*, 362, 9391, 1225-1230.
- Grol, R., & Wensing, M. (2001). *Implementatie: Effectieve verandering in de patiëntenzorg*. Maarssen: Elsevier.
- Havenaar, J., van Splunteren P., & Wennink J. (red.) (2008). *Koersen op kwaliteit in de GGZ*. Assen: Van Gorcum.
- Hermens, MCH., Splunteren PT van, Bosch A van, Verheul R (2011). Barriers to Implementing the Clinical Guideline on Borderline Personality Disorder in the Netherlands. *Psychiatric Services* 2011;62:1381-1383.
- Øvretveit, J. (2008). *Review of Research on Sustaining and Spreading Quality and Safety Improvement*. Stockholm/Den Haag: Karolinska Institute \$mmcs\$/ZonMw.
- Ovretveit, J., & Klazinga, N.S. (2008). Guidance on developing a health system quality and safety strategy. To be published as a report of the World Health Organization.
- Raad voor de Volksgezondheid en zorg (2005). *Van weten naar doen*. Rijswijk: Quantas.
- RIVM Centrum Gezond Leven (2010), *Aangrijpingspunten voor de publieke gezondheidszorg*
- Rogers, E.M. (1963). *Diffusion of innovation*. Glencoe: Free Press.
- Romijn G., Bool, M. (2010) Regionale aanpak van suicidepreventie. Een kader voor opzet en voorbeelden, Trimbos-instituut.
- Splunteren, P. van, Everdingen, J. van, Janssen, S. e.a. (2001). *Doorbreken met resultaten. Verbetering van de patiëntenzorg met de doorbraakmethode*. Assen: Van Gorcum.
- Splunteren, P. van, Bosch A. van, e.a (2011). Evaluatie van ggz-doorbraakprojecten. MGv 11 7/8, blz 518 – 5, Trimbos-instituut Utrecht.

6.5 Geraadpleegde personen en organisaties

Er is gesproken met de volgende personen en organisaties.

Marijke Baljon	Psychotherapeut
Ida Bontius	Secretaris Ivonne van de Ven stichting
Kees van Boven	Huisarts
Ton Drenthen	Senior wetenschappelijk medewerker Preventie, NHG
Gerdien Franx	Programmahoofd Zorginnovatie, Trimbos-instituut
Marieke de Groot	Praktijk voor advies, informatie & training rond suïcidepreventie
Bert van Hemert	Psychiater
Marleen Hermens	Wetenschappelijk medewerker, Trimbos-instituut
Jos de Keijser	Klinisch Psycholoog GGZ Friesland
Ad Kerkhof	Psycholoog, VUMC
Sanne de Loor	Bestuurslid Ivonne van de Ven stichting
Peter Lucassen	Huisarts
Katrien de Ponti	Beleidsadviseur afdeling Kwaliteit en Verantwoording GGZ Nederland
Mady Samuels	VWS
Noortje Sax	Senior Beleidsmedewerker NVVP
Martin Steendam	Klinisch Psycholoog GGZ Friesland
Barbara Stringer	Onderzoeker V&VN



Contact maken! Dat is het motto van het Landelijk Implementatieplan bij de Multidisciplinaire Richtlijn Diagnostiek en Behandeling van Suïcidaal Gedrag (MDR DBSG). MDR DBSG biedt professionals aanknopingspunten om goede en zorgvuldige hulp te bieden aan cliënten met suïcidale gedachten. Maar in de richtlijn staat ook dat de praktijk achter loopt op de wenselijke zorg. Nu de richtlijn is afgerond, is het zaak de fase van implementatie structureel aan te pakken om de wetenschappelijk gefundeerde inzichten zo snel mogelijk diepgaand te integreren in het werk van professionals. Het Trimbos-instituut heeft daarom, op verzoek van het ministerie van VWS, een landelijk implementatieplan ontwikkeld.

Er zijn drie belangrijke knelpunten in de huidige zorg voor mensen met suïcidale gedachten.

1. Er is een flinke kloof tussen beschikbare kennis over goede zorg en de huidige praktijk van zorg. De kwaliteit van zorg voor mensen met suïcidale gedachten kan verbeteren wanneer beschikbare kennis over diagnostiek en interventies op grote schaal in de zorg worden toegepast.
2. De continuïteit van zorg in de keten voor mensen met suïcidale gedachten is onvoldoende geregeld. Transfermomenten van de ene voorziening naar de andere zijn risicovol en dat vraagt om afspraken tussen instellingen in de regio.
3. Het betrekken van naasten bij de diagnose en behandeling, en hen informatie en steun bieden gebeurt niet systematisch.

In het implementatieplan wordt systematisch uiteengezet wat er op zowel landelijk, regionaal als instelling - en individueel niveau gedaan kan worden. De implementatie op landelijk niveau dient met name te bestaan uit het maken en verspreiden van educatieve producten waarmee de professionals aan de slag kunnen. Regionaal moeten instellingen sluitende afspraken maken over de ketenzorg. De instellingen moeten de afspraken borgen in hun kwaliteitssysteem en toezien op de naleving ervan. Tot slot moeten professionals getraind worden om de aanbevelingen uit de richtlijn in hun handelingsrepertoire op te nemen.