

# MONITOR VOORTGANG SUÏCIDEPREVENTIE GGZ

	1	2	3	4	5	Score	Feedback/aanvulling
Actueel Suïcidepreventie beleidsplan (jonger dan 5 jaar)	Er is <u>geen actueel</u> beleidsplan jonger dan 5 jaar waarin suïcidepreventie als speerpunt is opgenomen	Er is een actueel suïcidepreventie beleidsplan. In het beleidsplan komen <u>0-2 onderdelen van de LA</u> terug (MDR / Keten zorg / 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 / Keten zorg / Monitoring en Evaluatie van suïcides / Scholing)	Er is een actueel suïcidepreventie beleidsplan. In het beleidsplan staan <u>alle onderdelen van de LA</u> (MDR + Keten zorg + Monitoring en Evaluatie van suïcides + Scholing) <u>EN 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>		
Monitoring van suïcides en suïcidepogingen	De instelling monitort het aantal suïcides en suïcidepogingen van cliënten ingeschreven bij de instelling <u>niet altijd of niet continue; of slechts bij een deelpopulatie.</u>	De instelling monitort het aantal suïcides en suïcidepogingen 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 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>		
Evaluatie van suïcides (=Nabespreken in het team + opstellen van verbeteracties)	<u>Minder dan driekwart</u> van de suïcides en suïcidepogingen worden methodisch door het behandelteam of de afdeling geëvalueerd	<u>Meer dan driekwart</u> van de suïcides en suïcidepogingen worden methodisch (volgens een vast protocol/de MDR) door het behandelteam of de afdeling geëvalueerd	Als 2 met daarbij: <u>Naasten</u> worden actief en methodisch om verbeterpunten gevraagd. <u>Bij de evaluatie wordt structureel de contactpersoon van de patiënt betrokken</u>	Als 3 met daarbij: De evaluatie leidt tot verbeterpunten. Uitkomsten van evaluaties worden systematisch <u>intern gedeeld en verbeterpunten worden uitgevoerd en ingebed in de organisatie</u>	Als 4 met daarbij: Bij minimaal <u>25% wordt een PRISMa analyse</u> of vergelijkbaar verricht om grondoorzaken te ontdekken.		
Realisatie Keten zorg	Schriftelijke ketenzorg afspraken in de regio zijn <u>er niet of zijn in ontwikkeling;</u>	<u>Er zijn ketenzorg afspraken in de regio op schrift bij minimaal 2 locaties van de instelling</u> met taken en verantwoordelijkheden van de verschillende partijen	Als 2 met daarbij: De afspraken worden nageleefd met <u>minimaal 2 ketenpartners uit het zorgdomein (bijv SEH, huisarts, andere GGZ instelling)</u>	Als 3 met daarbij: De afspraken worden nageleefd met <u>minimaal 2 ketenpartners uit andere domeinen (bijv politie, GGD, gemeente)</u>	Als 4 met daarbij: Met de ketenpartners wordt de <u>ketenzorg minimaal jaarlijks geëvalueerd</u>		
Multidisciplinaire Richtlijn voor de Diagnostiek en Behandeling van Suïcidaal Gedrag (MDR DBSG)	De inhoud van de richtlijn is bij de instelling <u>niet bekend</u> of diagnostiek van suïcidaal gedrag wordt door <u>minder dan 20%</u> van het behandel personeel toegepast* volgens de richtlijn	<u>20-50%</u> van het behandel personeel past diagnostiek van suïcidaal gedrag toe volgens de richtlijn*	<u>51-80%</u> van het behandel personeel past diagnostiek van suïcidaal gedrag toe volgens de richtlijn*	<u>Meer dan 80%</u> van het behandel personeel past diagnostiek van suïcidaal gedrag toe volgens de richtlijn*	<u>Al</u> het behandel personeel past diagnostiek van suïcidaal gedrag toe volgens de richtlijn EN <u>Alle onderdelen van de richtlijn** zijn geïntegreerd in het EPD</u>		

\*Toepassen= Hulpverleners (1) Maken Contact; (2) Bepalen de suïcidale toestand (CASE benadering); (3) Bepalen de stress- en kwetsbaarheidsfactoren; (4) Betrekken naasten bij het onderzoek; (5) Formuleren de structuurdiagnose; (6) Bepalen de indicatie voor verdere zorg (7) Zorgen voor opvang van nabestaanden volgens het 3-fasenmodel. .

\*\*Alle onderdelen = inclusief Afronden, zie richtlijn.

	1	2	3	4	5
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 entree-trainingen voor nieuwe medewerkers</u>	Als vorig met daarbij: Er zijn <u>verplichte booster-trainingen voor getrainde medewerkers</u>
Gatekeeperstraining (voor niet behandelpersoneel: schoonmakers, secretaresses, telefonisten, gastvrouwen, ervaringsdeskundigen)	<u>Minder dan 1%</u> van het aantal werknemers per jaar zijn in de afgelopen 2 jaar getraind, of: er is <u>geen gericht trainingsaanbod</u> in portfolio; of het is <u>niet bekend</u> hoeveel medewerkers zijn getraind	<u>1-10%</u> van de medewerkers zijn in de afgelopen 2 jaar getraind	<u>11-40%</u> van de medewerkers zijn in de afgelopen 2 jaar getraind	<u>41-80%</u> van de medewerkers zijn in de afgelopen 2 jaar getraind	<u>80-100%</u> van de medewerkers zijn in de afgelopen 2 jaar getraind
Contact/gespreksvaardigheden training (voor begeleiders en behandelaren)	<u>Minder dan 1%</u> van het aantal werknemers per jaar zijn in de afgelopen 2 jaar getraind, of: er is <u>geen gericht trainingsaanbod</u> in portfolio; of het is <u>niet bekend</u> hoeveel medewerkers zijn getraind	<u>1-10%</u> van de medewerkers zijn in de afgelopen 2 jaar getraind	<u>11-40%</u> van de medewerkers zijn in de afgelopen 2 jaar getraind	<u>41-80%</u> van de medewerkers zijn in de afgelopen 2 jaar getraind	<u>80-100%</u> van de medewerkers zijn in de afgelopen 2 jaar getraind
PITSTOP (voor behandelaren)	<u>Minder dan 1%</u> van het aantal werknemers per jaar zijn in de afgelopen 2 jaar getraind, of: er is <u>geen gericht trainingsaanbod</u> in portfolio; of het is <u>niet bekend</u> hoeveel medewerkers zijn getraind	<u>1-10%</u> van de medewerkers zijn in de afgelopen 2 jaar getraind	<u>11-40%</u> van de medewerkers zijn in de afgelopen 2 jaar getraind	<u>41-80%</u> van de medewerkers zijn in de afgelopen 2 jaar getraind	<u>80-100%</u> van de medewerkers zijn in de afgelopen 2 jaar getraind