



**Veilige zorg,  
ieders zorg**

Patiëntveiligheidsprogramma ggz  
2008 - 2011



# Handreiking uniforme meldingsroute bij suïcides en suïcidepogingen met ernstig letsel

# Inhoudsopgave

- 1. Toezicht op en melden van suicides**
  - 1.1 Inleiding
  - 1.2 Doelstelling
  - 1.3 2011: Nieuwe meldingsprocedure suicides
  - 1.4 Van extern naar intern toezicht
  
- 2. Kwaliteits- en veiligheidsmanagement**
  - 2.1 Veiligheidsmanagement is risicomanagement
  - 2.2 Openheid, Aanspreekbaarheid, Risicobewustzijn
  
- 3. Prospectieve risicoanalyse op patiëntniveau**
  
- 4. Retrospectieve risicoanalyse op incidentniveau**
  - 4.1 Stap: Suicide of suïcidepoging met ernstig letsel: incident of calamiteit
  - 4.2 Stap: Is sprake van IBS/RM/beperkende maatregelen?
  - 4.3 Stap: Interne evaluatie
  - 4.4 Stap: Aanvullende evaluatie door geneesheer-directeur of RvB
  - 4.5 Stap: Aanleiding aanvullend onderzoek
  - 4.6 Stap: Check op calamiteit d.m.v. diepere analyse
  - 4.7 Stap: Calamiteit?
  - 4.8 Stap: Melding aan IGZ
  - 4.9 Stap: Verbeterpunten oppakken (in de lijn)
  - 4.10 Stap: Verificatie maatregelen
  
- 5. Retrospectieve risicoanalyse op organisatieniveau**
  - 5.1 Stap: Gegevens verzamelen voor jaarlijkse analyse
  - 5.2 Stap: Analyse op instellingsniveau
    - 5.2.1 Welke informatie aanleveren binnen het overzicht?
  - 5.3 Stap: Invoeren beheersmaatregelen
  - 5.4 Stap: Ontwikkelen preventief suïcidebeleid

## Bijlagen

- |           |   |
|-----------|---|
| Bijlage 1 | Definities  |
| Bijlage 2 | Overzicht Methodieken retrospectieve risicoanalyse                              |
| Bijlage 3 | Verantwoordelijkheden bij kwaliteit en veiligheid in relatie tot suicides       |
| Bijlage 4 | Format IGZ melding suïcide en suïcidepoging met ernstig letsel aan de inspectie |
| Bijlage 5 | Meldingsprocedure in relatie tot de WOB   |
| Bijlage 6 | Verantwoording Werkwijze ontwikkeling handreiking                               |
| Bijlage 7 | Bronvermelding  |

# 1. Toezicht op en melden van suicides

## 1.1. Inleiding

Nederland onderscheidt zich positief als een van de weinige landen in de wereld waar toezicht wordt gehouden op de kwaliteit van suïcidepreventie in de geestelijke gezondheidszorg. Dit toezicht vindt plaats door middel van een meldingsprocedure aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), met als doel de kwaliteit van zorg te waarborgen en te verbeteren.

## 1.2. Doelstelling

De IGZ heeft het afgelopen jaar in samenwerking met veldpartijen een nieuwe meldingsprocedure voor suïcides en suïcidepogingen met ernstig letsel ontwikkeld. Ter ondersteuning van ggz-instellingen heeft GGZ Nederland deze “handreiking uniforme meldingsroute bij suïcides en suïcidepogingen met ernstig letsel” ontwikkeld.

De verantwoordelijkheid voor de wijze van beoordeling en melding van suïcides en suïcidepogingen met ernstig letsel ligt bij ggz-instellingen, binnen de kaders die gesteld zijn door de IGZ.

In deze handreiking wordt stapsgewijs beschreven hoe instellingen daar uitvoering aan kunnen geven en worden ter inspiratie praktijkvoorbeelden gepresenteerd.

## 1.3 2011: Nieuwe meldingsprocedure suïcides

Ggz-instellingen zijn niet meer verplicht alle suïcides en suïcidepogingen met ernstig letsel te melden bij de IGZ.

Bij drie situaties zijn de instellingen in de nieuwe meldingsprocedure nog wel verplicht om een suïcide of een poging met ernstig letsel te melden. Dit betreft:

- suïcides van psychiatrische patiënten die gedwongen opgenomen zijn op basis van een strafrechtelijke titel of op basis van een civiele maatregel met een rechterlijke machtiging (RM), een voorwaardelijke RM of een inbewaringstelling (IBS).
- suïcides of pogingen met ernstig letsel van patiënten die gesepareerd, afgezonderd of gefixeerd zijn. Dat wil zeggen dat de instelling middelen of maatregelen heeft toegepast op de patiënt.
- suïcides of suïcidepogingen met ernstig letsel waarvan de instelling meent dat ze mogelijk samenhangen met tekortkomingen in de zorg. Bijvoorbeeld wanneer er sprake was van onvoldoende toezicht, slechte communicatie of fouten bij de overdracht. Deze laatste situatie noemt de inspectie een calamiteit: een onverwachte gebeurtenis die betrekking heeft op de kwaliteit van de zorg en die kan leiden tot de dood van de patiënt<sup>1</sup> of tot ernstige schade.

Daarnaast moeten ggz-instellingen voortaan elk jaar een algemeen overzicht verstrekken aan de IGZ met het aantal suïcides en suïcidepogingen met ernstig letsel (zijnde calamiteiten en incidenten) dat het voorafgaande jaar heeft plaatsgevonden.

De nieuwe procedure geldt vanaf 1 mei 2011 voor alle ggz-instellingen die onder de Kwaliteitswet vallen.

## 1.4 Van extern naar intern toezicht

In de nieuwe meldingsprocedure van de IGZ worden suïcides niet langer meer op voorhand beschouwd als een calamiteit volgens de definitie van de Kwaliteitswet. De Kwaliteitswet

---

<sup>1</sup> In de handreiking wordt gesproken over ‘patiënt’, hier kan ook ‘cliënt’ gelezen worden.

definieert een calamiteit als 'een niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis, die betrekking heeft op de kwaliteit van de zorg en die tot de dood van of tot een ernstig schadelijk gevolg voor een patiënt heeft geleid'.

Suïcides worden voortaan gezien als een incident waarvan onderzocht moet worden of er sprake is van een calamiteit. Er is volgens de IGZ bij een suïcide sprake van een calamiteit als er onzorgvuldig gehandeld is. Dit houdt in dat binnen de ggz-instellingen niet gewerkt is volgens professionele standaarden of conform het beleid van de organisatie.

Met deze meldingsprocedure wordt voor een aanzienlijk deel van de suïcides het externe toezicht door de IGZ verschoven naar intern toezicht. Van ggz-instellingen wordt vereist om de suïcide of suïcidepoging te onderzoeken en te bepalen of er sprake is van onzorgvuldig handelen. Indien sprake is van onzorgvuldig handelen dan moet de suïcide of suïcidepoging met ernstig letsel gemeld worden als een calamiteit. De IGZ geeft organisaties hiermee vertrouwen in eigen reflectief en lerend vermogen.

## 2. Kwaliteits- en veiligheidsmanagement

Sinds 2008 voert GGZ Nederland met subsidie van het ministerie van VWS het patiëntveiligheidsprogramma GGZ uit. Doel van het patiëntveiligheidsprogramma *Veilige zorg, ieders zorg* is de patiëntveiligheid in de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg verder te verbeteren en daarmee de optredende onbedoelde, vermijdbare schade bij patiënten te beperken. Binnen het programma zijn speerpunten benoemd waar onbedoelde, vermijdbare schade in de ggz voor patiënten en voor personeel kan worden teruggedrongen. Naast de speerpunten veiligheidsmanagementsysteem (VMS) en veilig incidenten melden (VIM) kent het programma vijf inhoudelijke speerpunten: agressie in de zorg; psychiatrische en somatische comorbiditeit; suïcidepreventie; medicatieveiligheid en dwang en drang. Dit zijn in de ggz bekende thema's. Het programma *Veilige zorg, ieders zorg* beoogt dat ggz-instellingen veiligheidsbeleid hebben op alle speerpunten.

### 2.1 Veiligheidsmanagement is risicomanagement

Veiligheid wordt meestal benaderd vanuit een negatief perspectief namelijk onveiligheid: iets wat juist niet mag ontstaan (als gevolg van bijvoorbeeld een behandeling) en waarbij de risico's zoveel mogelijk vermeden worden.

Risicomanagement biedt denkkaders waarmee het een hulpmiddel is om veiligheid vanuit een positief perspectief te benaderen.

Risicomanagement is een systematisch proces en omvat:

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

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

#### Prospectieve risicoanalyse

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

Bij suïcidepreventie heeft de prospectieve risicoanalyse betrekking op de beoordeling en behandeling van suïcidaliteit van individuele patiënten. Hiervoor komt in 2011 de Multidisciplinaire richtlijn beoordeling en behandeling van suïcidaliteit (MDR) uit (link later invoegen). De risicoanalyse bestaat dan uit diagnostiek en de inschatting van het suïcidale gedrag van een patiënt.

#### Retrospectieve risicoanalyse

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

verbetermaatregelen en (preventieve) maatregelen te nemen om zo te voorkomen dat de gebeurtenis nogmaals plaatsvindt.

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

Zowel het prospectieve als het retrospectieve proces dragen bij aan het vergroten van het risicobewustzijn waardoor betrokkenen inzicht krijgen op hun eigen kijk op risico's, het leren inschatten van de risicoperceptie van anderen en het leren omgaan met verschillen in risicobeleving.

## **2.2 Openheid, Aanspreekbaarheid, Risicobewustzijn**

Voor het succesvol melden van incidenten zoals een suïcide of suïcidepoging met ernstig letsel is het van wezenlijk belang dat er een *veilige cultuur* wordt gecreëerd: een cultuur waarin open over de suïcide gesproken kan worden. (Link Handreiking veiligheidscultuur <http://www.veiligezorggiederszorg.nl/scrivo/asset.php?id=509846>)

Het bespreken van een suïcide of suïcidepoging is voor professionals niet gemakkelijk. Praten over de suïcide of suïcidepoging en/of toegeven dat er bij het uitvoeren van de zorg misschien handelingen achterwege zijn gebleven, is voor veel professionals niet vanzelfsprekend (onafhankelijk van het feit of daar vanuit de zorgprofessionaliteit iets aan had kunnen worden gedaan of dat het ligt aan processen en organisatorische afspraken). Suïcides of suïcidepogingen moeten besproken worden zonder dat daar voor de individuele medewerker sancties aan zijn verbonden. Wat de ene medewerker overkomt, kan de ander net zo goed overkomen.

Naast het professioneler maken van de zorg vergroot het bespreekbaar maken van suïcides en suïcidepogingen ook het risicobewustzijn van medewerkers, wat een positieve uitwerking heeft op het voorkomen van onbedoelde gebeurtenissen.

Bij het schrijven van deze handreiking is het patiëntveiligheidsperspectief leidend geweest. Dit houdt in dat preventie van suïcide en de evaluatie en analyse van suïcides en suïcidepogingen met ernstig letsel plaatsvinden op basis van principes en methoden vanuit veiligheidsmanagement c.q. risicomangement.

### 3. Prospectieve risicoanalyse op patiëntniveau

Bij een suïcide of suïcidepoging met ernstig letsel dient nagegaan te worden of zorgvuldig gehandeld is. Er is sprake van zorgvuldig handelen wanneer volgens geldende veldnormen is gehandeld.

#### Veldnormen

In 2011 komt de Multidisciplinaire richtlijn beoordeling en behandeling van suïcidaliteit (MDR) uit (link later invoegen). In de MDR staat beschreven welke stappen zorgprofessionals moeten uitvoeren om suïcidaliteit goed te beoordelen en behandelen. De kern van deze multidisciplinaire richtlijn is dat diagnostiek plaatsvindt en de mate van suïcidaliteit wordt ingeschat. Op basis daarvan wordt de behandeling ingezet en worden zo nodig beschermende maatregelen genomen om te voorkomen dat een suïcide of suïcidepoging plaatsvindt.

Naast het zorgvuldig handelen op patiëntniveau moeten ggz-instellingen ook zorgvuldig samenwerken in de keten. Vooral omdat bekend is dat continuïteit van zorg cruciaal is bij suïcidale patiënten. Dit betekent dat ggz-instellingen de veldnormen volgen die zijn beschreven in het Kwaliteitsdocument Ketenzorg bij suïcidaliteit (Trimbos 2010)

<http://www.veilgezorgiederszorg.nl/scrivo/asset.php?id=540386>.

In dit document wordt specifiek ingegaan op kritische momenten in de zorgketen. Dit zijn de transfervormen als de patiënt overgaat van de ene partij naar de andere, of van het ene organisatieonderdeel naar het andere, of binnen één organisatie van de ene hulpverlener naar de andere. Het zijn ook de kritische momenten die ontstaan wanneer de patiënt geen zorg (meer) wil, terwijl die wel geïndiceerd is.

Tijdens de behandeling van patiënten met suïcidaal gedrag moeten in de keten afspraken gemaakt worden over een aantal kritische punten:

1. het proces: wie bepaalt de urgentie en hoe is de route die de patiënt kan doorlopen. Is dit proces duidelijk vastgelegd en bij alle partijen bekend.
2. de verantwoordelijkheden: welke taken en verantwoordelijkheden liggen bij welke zorgverlener.
3. kritische momenten: vastgelegd hoort te zijn wat de kritische momenten zijn en hoe die zijn opgelost.
4. implementatie en borging: heeft iedere zorgverlener haar taken geborgd en afgestemd op het patiëntproces.
5. evaluatie: zijn er afspraken over periodieke evaluatie van het functioneren van het zorgproces en evalueert iedere zorgverlener zijn eigen taken en verantwoordelijkheden.

Bij suïcide heeft de prospectieve risicoanalyse betrekking op de beoordeling en behandeling van suïcidaliteit van individuele patiënten. De prospectieve risicoanalyse wordt in de MDR beschreven als een onderdeel van het diagnostisch proces.

## 4. Retrospectieve risicoanalyse op incidentniveau

De retrospectieve risicoanalyse wordt doorlopen nadat een suïcide of suïcidepoging met ernstig letsel heeft plaatsgevonden. Van ggz-instellingen wordt gevraagd het suïcide-incident te evalueren en te bepalen of er zorgvuldig gehandeld is. Indien er naar het oordeel van de organisatie zorgvuldig gehandeld is, dan vindt er geen melding plaats aan de IGZ, tenzij het een patiënt betreft met een rechterlijke machtiging of in bewaringstelling of een patiënt waarbij ten tijde van het incident sprake was van toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen.

Indien de ggz-instelling constateert dat er sprake is van een (duidelijke) tekortkoming in de zorg, dan moet de ggz-instelling het incident als calamiteit melden bij de IGZ. De ggz-instelling moet het incident in dat geval dieper analyseren volgens een door de ggz-instelling vastgestelde methodiek (bijvoorbeeld PRISMA) om vast te stellen welke oorzaken aan het incident ten grondslag hebben gelegen. Vervolgens dienen maatregelen getroffen te worden om herhaling in de toekomst te voorkomen.

### RIBW-cliënten

Bij een suïcide of suïcidepoging met ernstig letsel van een patiënt die begeleid wordt door een RIBW-medewerker, is altijd sprake van ketenzorg. De interne evaluatie vindt zowel plaats in de RIBW als bij de behandelende ggz-instelling. In de evaluatie wordt expliciet de ketensamenwerking geëvalueerd met alle betrokkenen.

Indien sprake is van een calamiteit of beperkende maatregelen, dan vindt afstemming plaats tussen de RIBW en de behandelende instelling over wie de melding doet aan de IGZ om zo een dubbele melding te voorkomen.

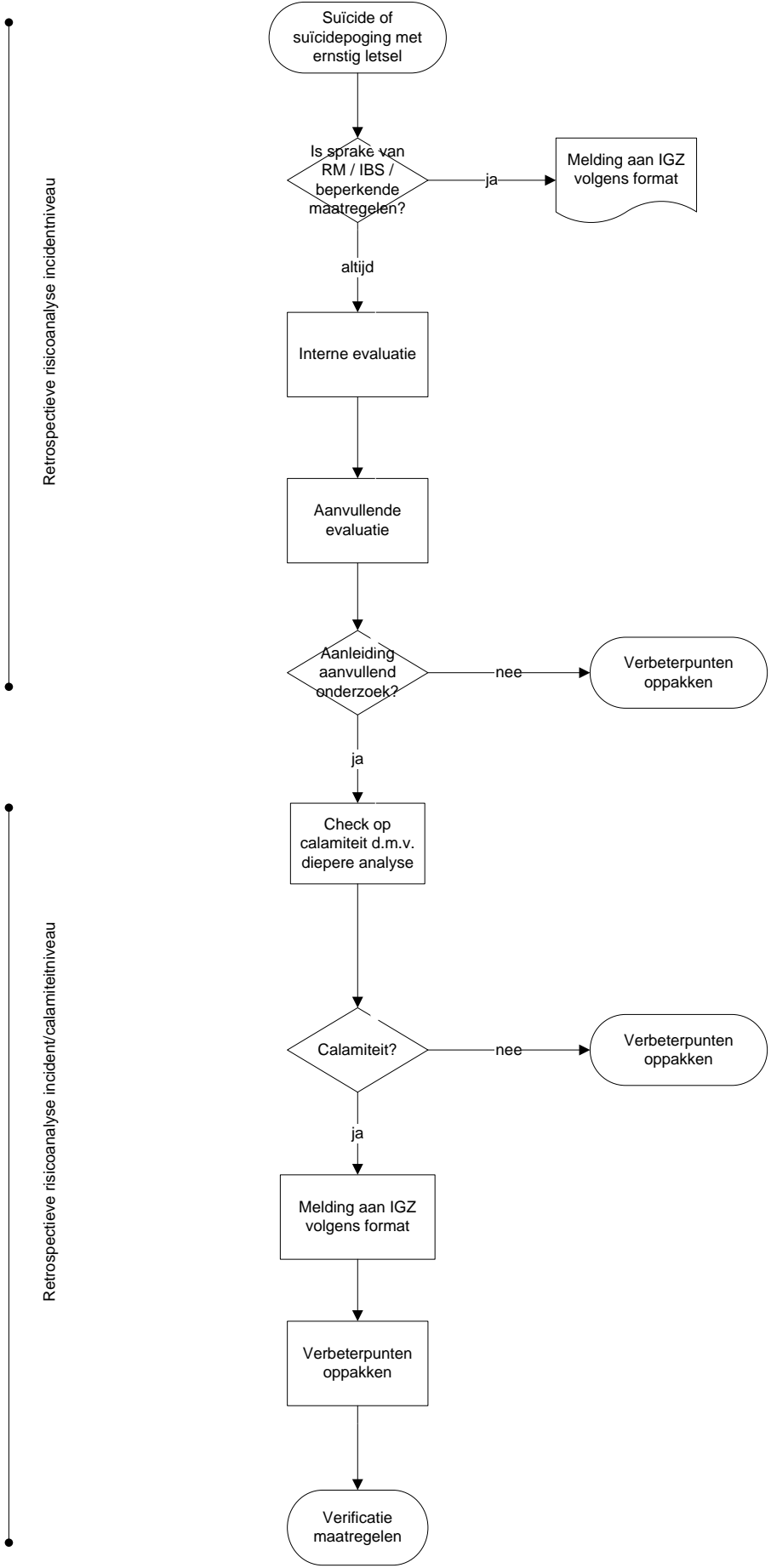
### Stappen

Onderstaand worden de verschillende stappen, instrumenten en betrokkenen beschreven bij het doorlopen van de retrospectieve risicoanalyse. Dit proces start bij een suïcide of een suïcidepoging met ernstig letsel. Het proces is vastgelegd in een processchema.

Bij suïcides en suïcidepogingen met ernstig letsel bij patiënten met een strafrechtelijke titel moet aanvullend een specifieke procedure worden doorlopen. Deze procedure staat beschreven in een circulaire van DJI (2009) en is te downloaden op <http://www.veiligezorgiederszorg.nl/scrivo/asset.php?id=929451>.

De rollen en verantwoordelijkheden van de IGZ, Raad van Bestuur en geneesheer-directeur zijn verder uitgewerkt in bijlage 2. Ggz-instellingen leggen in hun procedures vast welke functionaris voor welke stappen verantwoordelijk zijn.





#### **4.1 Stap: Suïcide of suïcidepoging met ernstig letsel: incident of calamiteit**

Er vindt een suïcide of suïcidepoging met ernstig letsel plaats. Het incident wordt conform de meldingsprocedure van de organisatie door de betrokken behandelaar gemeld en geregistreerd in het meldsysteem. Het is belangrijk op instellingsniveau vast te leggen welke informatie over incidenten naar welke functionaris binnen de organisatie gerapporteerd wordt. (Link handreiking VIM

<http://www.veiligezorgiederszorg.nl/scrivo/asset.php?id=496744>).

Omdat dit type incident een specifieke melding betreft, worden extra acties ondernomen.

Indien een vermoeden bestaat van een calamiteit, wordt een mondelinge melding van de suïcide of suïcidepoging met ernstig letsel aan de IGZ gedaan.

##### ***Instrumenten:***

- Meldingsprocedure instelling
- Handreiking VIM (Link handreiking VIM <http://www.veiligezorgiederszorg.nl/scrivo/asset.php?id=496744>)

##### ***Betrokkenen:***

Betrokken behandelaar/begeleider, functionarissen aan wie gerapporteerd wordt

#### **4.2 Stap: Is sprake van IBS/RM/beperkende maatregelen?**

Indien ten tijde van de suïcide of suïcidepoging met ernstig letsel sprake was van een gedwongen opname of voorwaardelijke RM in het kader van de Wet BOPZ of een vrijheidsbeperkende maatregel, dient de suïcide of suïcidepoging altijd gemeld te worden aan de IGZ.

##### ***Instrumenten:***

- Format 'melding suïcide en suïcidepoging met ernstig letsel aan de inspectie'<sup>2</sup> (bijlage 5)

##### ***Betrokkenen:***

Geneesheer-directeur of RvB

#### **4.3 Stap: Interne evaluatie**

De hoofdbehandelaar<sup>3</sup> organiseert zo spoedig mogelijk een evaluatie voor alle medewerkers die betrokken waren bij de patiënt die de suïcide of suïcidepoging met ernstig letsel heeft gepleegd. Tevens worden er afspraken gemaakt over de verslaglegging. Doel van de interne evaluatie is onderzoeken of er zorgvuldig gehandeld is, zowel zorginhoudelijk als organisatorisch.

Suïcides of suïcidepogingen worden gezien als incident. Er is sprake van een calamiteit<sup>4</sup> wanneer er een tekortkoming in de zorg is geweest. Dat kan gaan over:

- onvoldoende toezicht op de patiënt;
- onvoldoende risico-inventarisatie;
- onvoldoende overdracht of communicatie;
- het onvoldoende volgen van de professionele richtlijnen;
- niet naleven van het suïcidepreventiebeleid van de instelling.

---

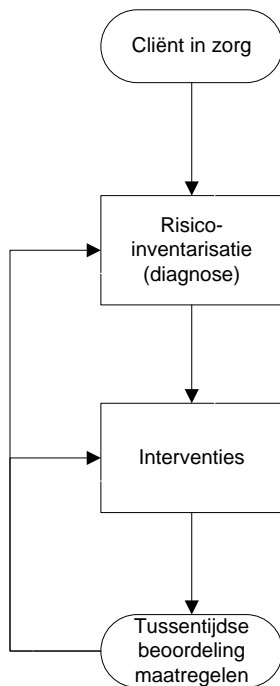
<sup>2</sup> Het format 'melding suïcide en suïcidepoging met ernstig letsel aan de inspectie' is vereist voor meldingen aan de IGZ.

<sup>3</sup> De ggz-instelling heeft vastgelegd wie de hoofdbehandelaar is. De ggz-instelling heeft vastgelegd dat er een evaluatiebespreking wordt gehouden, wie dit doet en wie daarbij aanwezig zijn.

<sup>4</sup> Definitie van een calamiteit volgens de Kwaliteitswet.

Voor beoordeling van tekortkomingen in de zorg zijn verschillende toetsingskaders relevant: de Multidisciplinaire Richtlijn beoordeling en behandeling suïcidaliteit (2011), het Kwaliteitsdocument Ketenzorg bij suïcidaliteit (2010) en de voor de betreffende patiënt relevante overige multidisciplinaire richtlijnen en interne richtlijnen en protocollen.

Bij de evaluatie worden minstens de volgende aspecten betrokken:



- Is de mate van suïcidaliteit ingeschat en wat was de kwaliteit daarvan?
- Is het suïcidegevaar aantoonbaar vastgelegd in het patiëntendossier?
- Welke interventies c.q. behandelingen zijn ingezet? Zijn dit de juiste interventies c.q. behandelingen geweest, gezien de kennis die voorhanden was? Wie was daar verantwoordelijk voor?
- Zijn de effecten van de ingezette maatregelen beoordeeld en door wie en zijn daarop risico's opnieuw ingeschat?
- Is familie betrokken bij de prospectieve risicoanalyse?
- Zijn de rollen, taken en verantwoordelijkheden verdeeld en vastgelegd, zowel intern als in de keten?

Bij de evaluatie is zoveel mogelijk schriftelijke informatie voorhanden. Na de evaluatie vult de hoofdbehandelaar de verslaglegging aan met bevindingen en legt dit voor aan de geneesheer-directeur of RvB. Hierin wordt een eerste aanname gedaan of er sprake is van een incident of calamiteit.

#### **Instrumenten:**

- Format 'melding suïcide en suïcidepoging met ernstig letsel aan de inspectie'<sup>5</sup>
- Multidisciplinaire richtlijn beoordeling en behandeling van suïcidaliteit (2011)
- Kwaliteitsdocument Ketenzorg bij suïcidaliteit (2010)
- De voor de betreffende patiënt relevante Multidisciplinaire Richtlijnen
- Interne richtlijnen en protocollen.

<sup>5</sup> Bij evaluaties kan het format 'melding suïcide en suïcidepoging met ernstig letsel aan de inspectie' als hulpmiddel gebruikt worden. Het gebruik van het format is in deze stap niet vereist.

### **Praktijkvoorbeelden<sup>6</sup>:**

#### Protocol suïcidepreventie en suïcide (GGZ NHN)

De leidinggevende organiseert binnen vier weken een reconstructiebijeenkomst. Het doel van deze bijeenkomst is te komen tot een zorgvuldige, gedetailleerde, chronologische reconstructie van de gebeurtenissen voorafgaande aan, tijdens en na de zelfdoding. De leidinggevende bereidt dit voor in een schriftelijk verslag van de gebeurtenissen. Dit verslag wordt in de bijeenkomst besproken en eventueel bijgesteld. De inhoud van het verslag moet voldoen aan de eisen zoals beschreven in 'Schriftelijk verslag zelfdoding'.

#### Vragen evaluatie suïcide (GGZ Centraal)

Alle voorkomende suïcides worden geëvalueerd met de betrokken werknemers. De directeur zorg / geneesheer-directeur BOPZ (GHD) zit deze evaluaties voor en rapporteert eventuele verbeterpunten aan de directeur. Deze evaluaties hebben tot doel de zorgvuldigheid in de verslaglegging te garanderen, zicht te krijgen op de genomen stappen en op basis daarvan indien mogelijk toekomstig beleid in soortgelijke situaties bij te stellen. Deze evaluatie gebeurt aan de hand van een lijst met agendapunten.

#### Format melding evaluatie van suïcide (Dimence)

Dit verslag wordt ingevuld naar aanleiding van de multidisciplinaire evaluatie enkele weken na de suïcide(poging). Het format biedt een leidraad voor de evaluatie.

### ***Betrokkenen:***

Hoofdbehandelaar, behandelteam, teamleider/afdelingsmanager, ketenpartners

#### **4.4 Stap: Aanvullende evaluatie door geneesheer-directeur of RvB**

In deze fase zal de geneesheer-directeur of RvB op basis van de rapportage toetsen of:

- de rapportage volledig is (bevat het alle elementen die beschreven moeten worden in stap 4.3);
- of uit interne evaluatie blijkt dat er zorginhoudelijk en organisatorisch zorgvuldig gehandeld is;
- er een helder beeld is van de situatie waarin de suïcide of suïcidepoging met ernstig letsel zich heeft afgespeeld. Relevante vragen hebben betrekking op bijvoorbeeld de veiligheidscultuur (<http://www.veiligezorgiederszorg.nl/scrivo/asset.php?id=509846>).

Bij gerede twijfel wordt aanvullend onderzoek uitgevoerd.

### ***Instrumenten:***

- Format 'melding suïcide en suïcidepoging met ernstig letsel aan de inspectie'<sup>7</sup>
- Multidisciplinaire richtlijn beoordeling en behandeling van suïcidaliteit (2011)
- Kwaliteitsdocument Ketenzorg bij suïcidaliteit (2010)
- De voor de betreffende patiënt relevante Multidisciplinaire Richtlijnen
- Interne richtlijnen en protocollen
- Handreiking Veiligheidscultuur (<http://www.veiligezorgiederszorg.nl/scrivo/asset.php?id=509846>)

<sup>6</sup> Praktijkvoorbeelden die ons tijdens het schrijven van de handreiking bekend zijn geworden en waarvan de ggz-instellingen aangeven dat het goede voorbeelden zijn. Dat wil niet zeggen dat alle goede voorbeelden bij ons bekend zijn. Instellingen worden verzocht de werkbare en voor andere instellingen bruikbare voorbeelden aan te leveren bij GGZ Nederland - [kdpointi@ggz nederland.nl](mailto:kdpointi@ggz nederland.nl).

<sup>7</sup> Bij evaluaties kan het format 'melding suïcide en suïcidepoging met ernstig letsel aan de inspectie' als hulpmiddel gebruikt worden, gebruik van het format is bij deze stap niet vereist.

**Praktijkvoorbeelden:**Vragen evaluatie suïcide (GGZ Centraal)

Alle voorkomende suïcides worden geëvalueerd met de betrokken werknemers. De directeur zorg / geneesheer-directeur BOPZ (GHD) zit deze evaluaties voor en rapporteert eventuele verbeterpunten aan de directeur. Deze evaluaties hebben tot doel de zorgvuldigheid in de verslaglegging te garanderen, zicht te krijgen op de genomen stappen en op basis daarvan indien mogelijk toekomstig beleid in soortgelijke situaties bij te stellen. Deze evaluatie gebeurt aan de hand van een lijst met agendapunten.

Protocol suïcidepreventie en suïcide (GGZ NHN)

De leidinggevende organiseert binnen vier weken een reconstructiebijeenkomst. De inhoud van het verslag moet voldoen aan de eisen zoals beschreven in 'Schriftelijk verslag zelfdoding'. De waarnemend geneesheer-directeur (en soms de geneesheer-directeur) is bij de reconstructie aanwezig. De rapportage wordt getoetst door de geneesheer-directeur. Naar aanleiding van de VIM melding en ten behoeve van de melding aan de inspectie zal na besluit door de directie de suïcide geanalyseerd worden middels de Prisma methode.

**Betrokkenen:**

Geneesheer-directeur of RvB

Indien de geneesheer-directeur of RvB op basis van de schriftelijke verslaglegging van de interne evaluatie oordeelt dat geen aanvullend onderzoek noodzakelijk is, wordt de suïcide of suïcidepoging met ernstig letsel als incident op geaggregeerd niveau in de incidentanalyses meegenomen (zie paragraaf 5.1).

**4.5 Stap: Aanleiding aanvullend onderzoek**

Als naar aanleiding van de evaluatie van het behandelteam en de evaluatie van de geneesheer-directeur of RvB een vermoeden van een calamiteit is ontstaan, geeft de geneesheer-directeur of RvB opdracht om een aanvullend onafhankelijk onderzoek in te stellen. Hierbij volgt de ggz-instelling haar eigen afgesproken werkwijze.

**Betrokkenen:**

Geneesheer-directeur of RvB

**4.6 Stap: Check op calamiteit d.m.v. diepere analyse**

Ggz-instellingen zijn vrij om 'een onverwachte gebeurtenis' binnen het begrip calamiteit te interpreteren en daar een eigen invulling aan te geven. De IGZ beveelt ggz-instellingen aan om een brede definitie van 'calamiteit' te hanteren.

Om uiteindelijk een definitieve inschatting te kunnen maken of sprake is van een incident of calamiteit, moeten ggz-instellingen volgens een door de ggz-instelling vastgestelde methodiek het incident analyseren en de oorzaken classificeren. Daarnaast helpt de analyse om conclusies te trekken ten aanzien van optimale verbeteropties.

Tijdens deze stap wordt beoordeeld of situaties voorkomen hadden kunnen worden of dat er in de toekomst nog meer maatregelen getroffen kunnen worden om de situatie van de patiënt te verbeteren en daarmee de risico's voor de patiënt verder in te perken. Hierbij staat niet het falen van personen maar het ontbreken of niet goed functioneren van procedures, afspraken en veiligheidsbarrières op de voorgrond. Beoogd wordt de implementatie van beleid en richtlijnen te toetsen.

Het diepgaand onderzoeken en analyseren van incidenten vraagt om een specifieke reflecterende attitude die niet vanzelfsprekend onderdeel is van de competenties van het

management en medewerkers. Ook blijkt in de praktijk dat op het niveau van uitvoerende eenheden niet alle bedrijfskennis aanwezig is die nodig is om de basisoorzaken van incidenten te achterhalen. Medewerkers die een retrospectieve incidentanalyse uitvoeren dienen hiervoor toegerust te zijn middels opleiding en ervaring.

***Instrumenten:***

- Retrospectieve risicoanalysemethodieken, zoals Prisma en Dam, zie bijlage 1;

**Praktijkvoorbeelden**

Onderzoek commissie Suïcidaliteit (GGZ Centraal);

Suïcides worden geëvalueerd door een lid van de interne commissie Suïcidaliteit. De leden worden aangesproken als interne deskundigen en rapporteren aan de directeur van de betreffende regio. Deze interne beoordeling richt zich op de gevolgde procedures. Na deze interne toetsing kan door de Inspectie gevraagd worden om een aanvullende externe toetsing in overleg met de Raad van Bestuur.

Onderzoek via PRISMA methodiek (GGZ NHN);

Volgens het protocol suïcidepreventie en suïcide wordt naar aanleiding van de VIM melding, na besluit door de directie, de suïcide geanalyseerd middels de Prisma methode. Hiervoor zijn ongeveer 10 personen op cursus geweest.

Onderzoek begeleid door speciale commissie (GGZ Pro Persona, GGZ Nijmegen).

Bij (ernstige) incidenten op een afdeling dient de voorzitter van de commissie Analyse en Evaluatie Incidenten zo spoedig mogelijk te worden ingelicht. Een lid van de commissie neemt contact op met de betreffende leidinggevende en biedt ondersteuning met betrekking tot de te volgen processen. De verantwoordelijkheid voor te nemen maatregelen met betrekking tot cliëntzaken ligt bij de hoofdbehandelaar, de leidinggevende (unitmanager of clustermanager) draagt verantwoordelijkheid voor het totale proces. De commissie Analyse en Evaluatie Incidenten initieert in samenspraak met de betreffende leidinggevende een Incident Evaluatie Bijeenkomst. Doel van die bijeenkomst is het leren van het incident en eventueel processen en afspraken bijstellen. De gang van zaken na een ernstig incident wordt gevolgd en indien nodig zal (bij)sturing plaatsvinden conform de geldende protocollen voor (Ernstige) Incidenten en Suïcide.

***Betrokkenen:***

Geneesheer-directeur of RvB als opdrachtgever, deskundigen op het gebied van retrospectieve risicoanalyse (bijvoorbeeld kwaliteitsmedewerker, leden van de VIM-commissie, leden van de suïcidecommissie of een onafhankelijk onderzoeksteam dat in staat is om op alle kenmerken van kwaliteit en veiligheid onderzoek te doen)

**4.7 Stap: Calamiteit?**

Indien uit het aanvullende onderzoek de conclusie wordt getrokken dat sprake is van een calamiteit, wordt de suïcide of suïcidepoging met ernstig letsel door de Raad van Bestuur volgens het format 'melding suïcide en suïcidepoging met ernstig letsel aan de inspectie' gemeld aan de IGZ. Tevens wordt de calamiteit op geaggregeerd niveau in de incidentanalyses meegenomen (zie paragraaf 5.1).

***Betrokkenen:***

Raad van Bestuur, geneesheer-directeur

#### **4.8 Stap: Melding aan IGZ**

Het ingevulde format 'melding suïcide en suïcidepoging met ernstig letsel aan de inspectie' wordt, voorzien van conclusies van de geneesheer-directeur of RvB en, indien van toepassing, afgesproken maatregelen, door de Raad van Bestuur naar de IGZ verzonden.

Gemiddeld neemt het totale proces vanaf het incident zes tot acht weken in beslag.

##### ***Instrumenten:***

- Format 'melding suïcide en suïcidepoging met ernstig letsel aan de inspectie'

##### ***Betrokkenen:***

Raad van Bestuur, geneesheer-directeur

#### **4.9 Stap: Verbeterpunten oppakken (in de lijn)**

Intern registreren en analyseren is een manier om inzicht te krijgen in de risico's op het gebied van patiëntveiligheid, met het doel deze risico's weg te nemen of te beheersen. Verbeteringen moeten leiden tot minder risico's waardoor de kans op incidenten kleiner wordt. Het is belangrijk afspraken te maken bij wie de verantwoordelijkheid ligt voor het invoeren van verbeteracties naar aanleiding van de incidenten.

De uiteindelijke conclusies van de diverse evaluaties en eventuele verbeteracties op incident- of calamiteitniveau worden teruggekoppeld naar de betrokken directies en managers die verantwoordelijk zijn voor de verdere communicatie en implementatie. Het management is verantwoordelijk voor een periodieke controle op de naleving van de verbetermaatregelen.

##### ***Betrokkenen:***

Leidinggevende (directeur, afdelingshoofd, teamleider etc.), medewerkers

#### **4.10 Stap: Verificatie maatregelen**

Binnen de ggz-instelling moet het effect van de maatregelen gecheckt worden. De constatering dat er geen of minder suïcides of suïcidepogingen plaatsvinden is niet voldoende hiervoor. Gecheckt moet worden of het uitblijven van suïcides of suïcidepogingen 'toeval' is, of een gevolg van de genomen maatregelen. Hierbij moet worden opgemerkt dat het aantonen van een causaal verband tussen genomen maatregelen en uitblijven van suïcides of suïcidepogingen methodologisch nog niet mogelijk is gebleken.

Het gaat er bij de beoordeling van eventuele volgende suïcides of suïcidepogingen om of de verbeterpunten uit eerdere analyses zijn meegenomen in nieuw beleid en/of procedure(s). Het transparant maken van deze verbeteracties en de uitvoering van maatregelen dient zorgvuldig en toetsbaar plaats te vinden. .

##### ***Betrokkenen:***

Leidinggevende (directeur, afdelingshoofd, teamleider etc.), afdeling kwaliteit

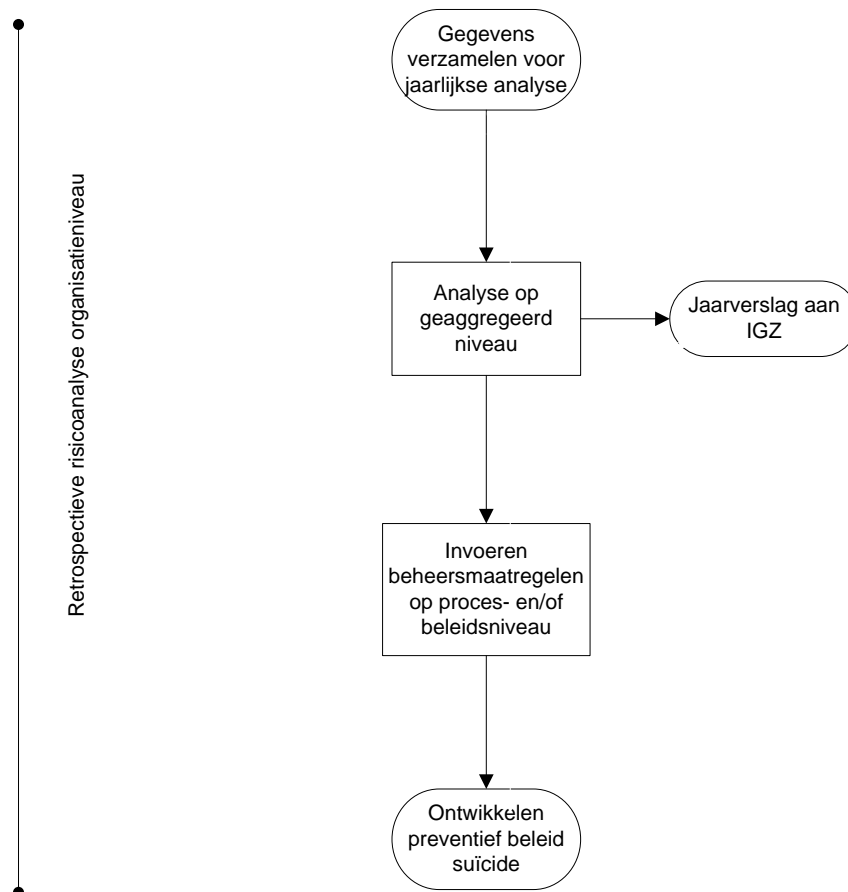
## 5. Retrospectieve risicoanalyse op organisatieniveau

Wanneer bepaalde kenmerken van de incidentmeldingen in verschillende tijdsperioden worden beschouwd, is het mogelijk om bepaalde trends waar te nemen die van betekenis kunnen zijn. Doorlooptijden tussen tijdstip incident, tijdstip melding, tijdstip analyse zijn sec te beschouwen, maar ook hoe deze doorlooptijden in het ene kwartaal zich verhouden tot die in het andere kwartaal kan een indicatie zijn voor de meldcultuur.

Per tijdsperiode kan o.a. gekeken worden naar:

- aantallen meldingen van suïcides en suïcidepogingen met ernstig letsel;
- absolute meldingsaantallen op instellingsniveau;
- op welke tijdstippen in de 24-uursituatie vinden de meeste suïcide-incidenten plaats en zijn daar veranderingen in waar te nemen.

Onderstaand worden de verschillende stappen, instrumenten en betrokkenen beschreven bij het doorlopen van de retrospectieve risicoanalyse op organisatieniveau. Het proces is vastgelegd in een processchema.





## 5.1 Stap: Gegevens verzamelen voor jaarlijkse analyse

Via melden van suïcides en suïcidepogingen met ernstig letsel in het meldsysteem van de organisatie, wordt alle informatie verzameld die nodig is om op geaggregeerd niveau analyses uit te voeren.

### **Instrumenten:**

- VIM-systeem (Link handreiking VIM <http://www.veiligezorgiederszorg.nl/scrivo/asset.php?id=496744>)

### **Betrokkenen:**

Leidinggevende (directeur, afdelingshoofd, teamleider etc.), medewerkers, leden VIM-commissie of suïcidecommissie

## 5.2 Stap: Analyse op instellingsniveau

Alle ggz-instellingen moeten jaarlijks een beperkte hoeveelheid overzichtsgegevens over alle suïcides en suïcidepogingen met ernstig letsel in het daaraan voorafgaande jaar aan de IGZ aanleveren. Het overzicht dient aangeleverd te worden in de vorm van een samenvattend verslag met op geaggregeerd niveau de aandachtspunten voor intern beleid.

### 5.2.1 Welke informatie aanleveren binnen het overzicht?

De inspectie vraagt instellingen om vanaf 1 januari 2012 ieder kalenderjaar de volgende informatie over het daaraan voorafgaande jaar (dus voor het eerst over 2011) aan te leveren:

1. Het totaal aantal suïcides in het afgelopen kalenderjaar bij patiënten van de instelling.  
Aan te leveren informatie: het totaal aantal en de namen van de afdelingen waar de suïcides plaatsvonden.
2. Het totaal aantal suïcidepogingen met ernstig letsel in het afgelopen kalenderjaar bij patiënten van de instelling.  
Aan te leveren informatie: het totaal aantal en de namen van de afdelingen waar de suïcidepogingen met ernstig letsel plaatsvonden.
3. Maakt de instelling gebruik van een systeem om systematisch incidenten te registreren en te analyseren en om op basis daarvan conclusies en eventuele verbetermaatregelen te formuleren?  
Aan te leveren informatie: Ja/nee
4. Heeft de instelling het afgelopen kalenderjaar verbetermaatregelen getroffen op grond van de analyse van suïcides en suïcidepogingen met ernstig letsel?  
Aan te leveren informatie: Ja/nee

### **Instrumenten intern:**

- Trendanalyse op basis van meldingen in het VIM-systeem (Link handreiking VIM <http://www.veiligezorgiederszorg.nl/scrivo/asset.php?id=496744>);  
Mogelijke oorzaken die uit trends geconstateerd kunnen worden:
  - de verhouding deskundig en ondeskundig (onervaren, onvoldoende opgeleid) personeel;
  - de verhouding inzet vast personeel en tijdelijk personeel of uitzendkrachten;
  - personeelscapaciteit (incl. bezetting avond-, nacht- en weekenddienst);
  - verzwaarde doelgroep (vanwege bv. tijdelijke sluiting andere afdeling);
- Periodieke rapportages;
  - Per kwartaal worden in het MT overleg met inhoudelijk verantwoordelijken de incidenten besproken, eventuele trends worden hierbij meegenomen.
  - Er wordt een jaarverslag opgesteld door de VIM-commissie, waarin trendanalyses beschreven staan.

## **Praktijkvoorbeelden**

### Trendanalyse door aparte commissie (Rivierduinen):

Indien blijkt dat er in een bepaalde periode binnen een centrum een verhoogd aantal suïcides heeft plaatsgevonden, bestaat de mogelijkheid om een aparte commissie in te stellen. Deze commissie bestaat uit de directeur Zorginnovatie (voorzitter), senior psychiater van een andere instelling en een deskundige voor een bepaalde doelgroep/ziektebeeld. Zij analyseren dit aantal suïcides op trends, waarbij de casussen op hoofdlijnen worden doorgenomen. Indien nodig worden vragen gesteld aan de directeur behandelenzaken van het betreffende centrum. De trendrapportage wordt verstuurd naar de geneesheer-directeur. De trendanalyse wordt besproken in de centra en directeuren behandelenzaken worden geacht om verbetermaatregelen te nemen.

### Commissie Analyse en Evaluatie Incidenten (Pro Persona, GGZ Nijmegen):

De Commissie Analyse en Evaluatie Incidenten analyseert de verschillende incidenten om te komen tot algemene lessen ter vergroting van de kwaliteit van zorg en ter preventie van calamiteiten. De Commissie verwerkt jaarlijks alle relevante gegevens in een statistiek en schrijft een jaarverslag. De commissie analyseert jaarlijks de meldingen van (ernstige) incidenten en adviseert in haar rapport aan de directie van GGZ Nijmegen.

### **Instrumenten extern:**

- Jaargesprekken IGZ

In de jaarlijkse gesprekken met de instelling wordt het aantal suïcides en suïcidepogingen en de maatregelen op geaggregeerd niveau besproken waarbij de aantallen uit het verleden en gegevens van andere ggz-instellingen als parameters en referenties zullen dienen.

### **Betrokkenen:**

Raad van Bestuur, geneesheer-directeur, leden VIM-commissie of suïcidecommissie

## **5.3 Stap: Invoeren beheersmaatregelen**

De Raad van Bestuur is verantwoordelijk voor het verspreiden van voorbeelden van goede zorg over afdelingen. Verbetermaatregelen die voortkomen uit de incidentanalyses kunnen voor meerdere afdelingen of de gehele instelling gelden. Maatregelen die ingrijpen op proces- en/of beleidsniveau moeten vanuit de Raad van Bestuur via de directie(s) worden ingevoerd, aangezien zij eindverantwoordelijk zijn voor een effectief managementinformatiesysteem.

Voorbeelden van beheersmaatregelen:

- Rechtstreekse toegang tot spoor afgezet;
- Afsluiten deuren;
- Verhoging van hekken;
- Inzet van veldwachters/toezichthouders (GGZ Centraal);
- Sturen op scholing personeel;
- Maatregelen voor continuïteit personeel (ontwikkelingsperspectief, verzuimbeleid);
- Toezicht/controle op hanteren protocollen.

### **Betrokkenen:**

Raad van Bestuur, geneesheer-directeur, leidinggevende (directeur, afdelingshoofd, teamleider etc.)

## 5.4 Stap: Ontwikkelen preventief suïcidebeleid

Op basis van de landelijke kaders moeten ggz-instellingen richtlijnen vertalen naar eigen beleid en kaders. Van ggz-instellingen wordt verwacht dat de Multidisciplinaire richtlijn beoordeling en behandeling suïcidaliteit en het Kwaliteitsdocument Ketenzorg bij suïcidaliteit worden geïmplementeerd en dat bij het onderzoeken van suïcide-incidenten wordt getoetst of dit beleid is toegepast. Naar aanleiding van analyses van incidenten en calamiteiten moet continu getoetst worden of bijstelling van beleid noodzakelijk is.

### **Praktijkvoorbeelden**

#### Train de trainer implementatie MDR

<http://www.veiligezorgiederszorg.nl/index.php?p=885938>

De VU in Amsterdam is in januari 2011 gestart met een onderzoek naar de implementatie van de nieuwe richtlijn beoordeling en behandeling van suïcidaliteit. Onderzocht wordt of een combinatie van train-de-trainer en e-learning bij tien ggz-instellingen een geschikt model is om de multidisciplinaire richtlijn te implementeren en daarmee de kwaliteit van zorg te verbeteren.

#### Suïcidebeleid (GGZ Centraal)

In het beleid is onder andere verplichte bijscholing op het gebied van suïcide en risicotaxatie vastgelegd.

#### Beleidsonderzoek naar mogelijkheden suïcidepreventie (Dimence)

In aanvulling op de Multidisciplinaire richtlijn beoordeling en behandeling van suïcidaliteit en het Kwaliteitsdocument Ketenzorg bij suïcidaliteit is Dimence nagegaan welke stappen ondernomen kunnen worden voor een professionalisering van het suïcidepreventiebeleid. Het beleidsonderzoek is door de Raad van Bestuur overgenomen als visie en – ontwikkeldocument voor Dimence.

#### Suïcidepreventie Meerjarenbeleid (Yulius)

Binnen Yulius is een multidisciplinaire Expertisegroep Suïcidepreventie samengesteld die de kennis verzamelt, beleidsadvies geeft, scholing verzorgt aan medewerkers, en behandelteams begeleiding biedt in de analyse van suïcide-incidenten en bij het opstellen van verbetertrajecten. Deze richten zich vooral op vroegsignalering van suïciderisico's en op het optimaliseren van behandelinterventies met als doel om suïcide-ideatie, -gedachten en –handelingen te reduceren en liefst te voorkomen.

De speciale Intervisiegroep Suïcides heeft vooral ten doel om na een suïcide van een patiënt die in zorg is bij Yulius het professioneel functioneren van de betrokken medewerkers te evalueren en zo (nodig) te herstellen: om daarmee de kwaliteit van de hulpverlening te handhaven en te verbeteren, en om de verwerking van de suïcide te bevorderen. De expertisegroep houdt verder contact met kenniscentra, onderzoeksgroepen en regionale ketenpartners om inhoud en organisatie van suïcidepreventie permanent te bevorderen en aan te haken aan landelijke en regionale ontwikkelingen.

# Bijlage 1 Definities

## **Calamiteit**

Niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis, die betrekking heeft op de kwaliteit van de zorg en die tot de dood van of een ernstig schadelijk gevolg voor een patiënt heeft geleid.

## **Incident**

Onbedoelde gebeurtenis tijdens het zorgproces die tot schade aan de patiënt heeft geleid, had kunnen leiden of (nog) kan leiden.

## **Patiëntveiligheid**

(nagenoeg) Ontbreken van (de kans op) aan de patiënt toegebrachte lichamelijke en/of psychisch schade die is ontstaan door het niet volgens de professionele standaard handelen van zorgverleners en/of door tekortkoming van het zorgsysteem.

## **Suïcidaliteit**

Suicide (zelfdoding) en het proces dat tot suicide kan leiden worden tezamen suicidaliteit genoemd. Aspecten van suicidaliteit zijn suïcidegedachten of suïcide-ideatie, suïcideplannen, zelfbeschadiging (automutilatie) en suïcidepogingen (ook wel parasuïcide genoemd). Automutilatie en een suïcidepoging zijn niet altijd gericht op het bewerkstelligen van de eigen dood maar hebben wel als doel gewenste veranderingen aan te brengen voor de ervaren problemen.

## **Tekortkoming in de zorg**

Een calamiteit verwijst naar een tekortkoming in de zorg. Een tekortkoming in de zorg in de context van dit onderwerp is aan de orde als er sprake is van onvoldoende toezicht op de patiënt, onvoldoende risico-inschatting, onvoldoende overdracht of communicatie en/of het onvoldoende volgen van de professionele richtlijnen, het professionele reglement of de suïcidepreventienota van de instelling. Deze aspecten zijn gebaseerd op de multidisciplinaire richtlijn voor suïcidepreventie die medio 2011 beschikbaar komt.

## **Veiligheidsmanagementsysteem**

Onderdeel van het algehele managementsysteem van een instelling om het beleid op het gebied van patiëntveiligheid te verwezenlijken, door systematische inventarisatie en beheersing van risico's teneinde deze zoveel mogelijk te verminderen of te elimineren.

## **Veilig Incidenten Melden (VIM)**

Een papieren of geautomatiseerd meldingsysteem (VIM-systeem) om incidenten te melden. Kern van het veilig incidenten melden (VIM) is de retrospectieve incidentanalyse. Incidenten, bijna-incidenten en onveilige situaties worden achteraf geanalyseerd om deze in de toekomst te voorkomen. Het VIM beoogt een lerende organisatie te creëren, waarbij met een 'blame free' attitude naar de organisatie wordt gekeken. Bij VIM vinden meldingen plaats 'op het niveau van de directe werkomgeving van de melder' (NTA 8009:2007 paragraaf 4.9.1b). Door het melden komen gegevens beschikbaar die in belangrijke mate bijdragen aan de kwaliteit van zorg en de patiëntveiligheid.

## Bijlage 2 Overzicht Methodieken retrospectieve risicoanalyse

Meer informatie over methodieken voor retrospectieve analyse is onder andere te vinden op: <http://www.nivel.nl/oc2/page.asp?pageid=12494>

### DAM methodiek

DAM (decentrale analyse methode) is een methode speciaal ontwikkeld voor het analyseren van incidenten op decentraal niveau. DAM bevat elementen uit PRISMA en SIRE.

Centraal in DAM staat de beschrijving van een (bijna) incident door middel van een oorzakenboom en een tijdslijn. Door het stap voor stap analyseren van (bijna) incidenten worden de oorzaken en eventueel herstelfactoren geïdentificeerd.

DAM kan worden ingezet bij het werken naar verbetermaatregelen n.a.v. incidenten. Hierbij kan worden gedacht aan procesafwijkingen en incidenten zonder schade en met schade.

Voordelen:

- Relatief breed toepasbaar;
- Gemakkelijk te leren waarbij geen kennis over complexe theorieën wordt verondersteld;
- Niet tijdsintensief;
- Toe te passen als preventief instrument door inzicht in herstelfactoren;
- Praktisch instrument voor afdelingen.

Nadelen:

- Beheersmaatregelen zullen na identificatie van de basisoorzaken opgesteld moeten worden om herhaling in de toekomst te voorkomen. Het formuleren van goede verbetermaatregelen komt aan de orde in de training;
- Barrières/controlemaatregelen worden niet expliciet genoemd maar komen bij een goede analyse wel boven tafel.

DAM levert inzicht op in zowel de directe oorzaken als de indirecte oorzaken. Daarnaast worden raakvlakken tussen eventueel betrokken personen, disciplines en/of zorgteams inzichtelijk.

### PRISMA methode

PRISMA is een afkorting van Prevention and Recovery Information System for Monitoring and Analysis. PRISMA is een analysemethode gebaseerd op systeemdenken.

**P**revention staat voor het proactieve uitgangspunt om tijdig te leren van procesafwijkingen, incidenten en near misses. Op deze manier kan het ontstaan van ernstige incidenten en calamiteiten worden voorkómen.

**R**ecovery geeft aan dat men niet alleen kijkt naar de faalfactoren bij incidenten, maar ook naar herstelfactoren. Herstel- of recovery factoren zijn factoren die incidenten hebben voorkómen. Men spreekt dan over bijna incidenten of near misses.

**I**nformation **S**ystem geeft de kwantitatieve en communicatieve insteek van PRISMA weer. Op basis van een opgebouwde databank probeert men trends in de aard van de basisoorzaken te ontdekken. De databank wordt opgebouwd met geclassificeerde basisoorzaken van meerdere incidenten.

De databank biedt de mogelijkheid tot **M**onitoring en **A**nalysis. Monitoring is de mate waarin oorzaken van bekende problemen succesvol worden beheerst door een organisatie. Onder Analysis verstaat men de tijdige signalering van mogelijke nieuwe problemen, door alert eventuele trends van relatief onbekende of onverwachte incidenten te volgen.

De PRISMA-methode kan worden toegepast in geval van eenvoudige en complexere incidenten. Hierbij kan worden gedacht aan procesafwijkingen, incidenten zonder schade en met schade en calamiteiten. Het maakt hierbij niet uit of de oorzaken van technische, organisatorische dan wel menselijke aard zijn.

Voordelen:

- Op praktijk gerichte methode met opbouw database;
- Beschikt over classificatiemodel om basisoorzaken te classificeren;
- Biedt sturing voor verbeteracties per incident en op basis van trends;
- Toe te passen als preventief instrument door inzicht in herstelfactoren.

Nadelen

- Tijdsintensief.

PRISMA is een systeemgerichte methode die de basisoorzaken van organisatorische, technische en menselijke aard in onderlinge samenhang identificeert en classificeert. Levert verbetervoorstellen op basis van individuele incidenten en groepen incidenten.

Door de classificering bouwt Prisma een database op die de mogelijkheid biedt tot monitoring en analyse.

### **SIRE-methode**

SIRE (Systematische Incident Reconstructie en Evaluatie) is een gestructureerde manier om een incident te reconstrueren (wat is er gebeurd?) en te evalueren (waarom is het gebeurd?). Door middel van het analyseren van incidenten worden basisoorzaken van het incident inzichtelijk. Vervolgens kunnen aanbevelingen worden gedaan om de kans op soortgelijke incidenten in de toekomst te verminderen.

De SIRE-methode kan worden toegepast in geval van eenvoudige en complexere incidenten. Hierbij kan worden gedacht aan procesafwijkingen, incidenten zonder schade en met schade en calamiteiten. Gezien de tijdsinvestering is SIRE het meest effectief bij ernstige of vaak voorkomende incidenten en calamiteiten.

Voordelen:

- Identificatie barrières/ inzicht in controle maatregelen;
- Geeft concrete voorstellen voor beheersmaatregelen;
- Gemakkelijk te leren waarbij geen kennis over complexe theorieën wordt verondersteld.

Nadelen

- Complex door de veelheid aan aandachtspunten en vragen;
- Tijdsintensief. Na enige tijd kan sneller en selectiever worden gewerkt met bepaalde categorieën, vragen en aandachtspunten

SIRE geeft inzicht in de basisoorzaken, barrières en controlemaatregelen. Een SIRE analyse levert vaak voldoende verbeterpunten op die op verschillende niveaus in de afdeling opgepakt dienen te worden. Het uiteindelijke resultaat van een SIRE analyse wordt bepaald door wat er met de aanbevelingen wordt gedaan. Hiertoe wordt een rapport opgesteld en toegezonden naar het management dat verplicht wordt te melden wat er met de aanbevelingen wordt gedaan.

### **Tripod Beta-methode**

Tripod Beta is een analysemethode die de directe oorzaken van een incident terugvoert op foutbevorderende omgevingsfactoren en tekortkomingen in organisaties. Een belangrijk

uitgangspunt van deze methode is dat een menselijke fout meestal veroorzaakt wordt door factoren in de directe werkomgeving als gevolg van deficiënties in de organisatie.

De Tripod methode kan worden toegepast voor alle incidenten waarbij lessen te leren zijn met betrekking tot het falen van technische en organisatorische maatregelen. Vanwege de aard van de latente, achterliggende factoren heeft het geen zin om incidenten met Tripod te onderzoeken die op voorhand gerelateerd zijn aan eerdere, in recente onderzoeken geïdentificeerde latente fouten. Deze dienen eerst gecorrigeerd te worden.

Voordelen:

- Goed te relateren aan beheersmaatregelen die preventief geïdentificeerd en geïmplementeerd zijn. Dit vereist wel enige training en ervaring;
- Door het identificeren en corrigeren van latente fouten wordt een range aan toekomstige incidenten voorkomen (preventief). Er wordt een daadwerkelijke veiligheid verhoging bereikt;
- Identificatie barrières / inzicht in controle maatregelen.

Nadelen:

- Het vereiste inzicht in de management systemen vraagt om specifieke achtergrond van de onderzoeker. Tevens is management commitment met het resultaat vereist. Dat is nog wel eens lastig.

De Tripod Beta methode identificeert mogelijk latente factoren en geeft inzicht in (falende) barrières binnen het zorgproces.

### **Visgraatmethode**

De **Ishikawa** of visgraatmethode kan best omschreven worden als een methode om suggesties die bij een brainstorming naar voren komen te ordenen. Ze wordt per incident uitgevoerd. De eerste stap bestaat dus uit de formulering van het incident. Dan wordt bepaald welke categorieën betrokken kunnen zijn bij dit incident. De meest voorkomende categorieën zijn mens, methode, machine (apparatuur), materiaal en omgeving. Andere categorieën zijn ook mogelijk. Denk hierbij bijvoorbeeld aan communicatie, beleid, registratie, administratie en patiënten/cliënten.

Bij de analyse gaat het om het vinden van bruikbare aanknopingspunten voor verbetering van de patiëntveiligheid. Concreet betekent dit dat bij het benoemen van de oorzaken men zich steeds afvraagt of het aanpakken van die oorzaak echt leidt tot het verkleinen van de kans op hetzelfde incident.

## **Bijlage 3 Verantwoordelijkheden bij kwaliteit en veiligheid in relatie tot suïcides**

### **Algemeen**

De kernboodschap van de Staat van de Gezondheidszorg (SGZ) 2009 is dat binnen zorginstellingen een cultuur en verantwoordelijkheidsstructuur noodzakelijk zijn waarbinnen continu leren en verbeteren van kwaliteit en veiligheid vanzelfsprekend zijn en veilig kunnen plaatsvinden. Daarvoor is nodig dat de diverse te onderscheiden rollen en verantwoordelijkheden van professionals, Raad van Bestuur en Raad van Toezicht voor kwaliteit en veiligheid elkaar versterken en verbindend werken. In de SGZ 2009 is dit uitgewerkt in de volgende uitgangspunten:

- In contact met patiënt wordt de kwaliteit en veiligheid van zorg gemaakt. Alle betrokkenen in de zorginstelling hebben een eigen verantwoordelijkheid in deze relatie.
- Professionals nemen vanuit hun vakbekwaamheid de operationele verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid op zich, werken met elkaar samen, zien toe op elkaar en leggen verantwoording af aan het bestuur van de zorginstelling over de resultaten hiervan.
- Bestuurders rekenen kwaliteit en veiligheid tot hun kerntaak, stimuleren en faciliteren professionals om hun verantwoordelijkheden waar te kunnen maken, geven zelf het goede voorbeeld, spreken professionals aan waar dat nodig is en leggen verantwoording af aan de Raad van Toezicht over de wijze waarop zij hun bestuurlijke eindverantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid hebben ingevuld, inclusief de resultaten hiervan.
- Raden van Toezicht houden expliciet toezicht op de wijze waarop het bestuur zijn eindverantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid waarmaakt en leggen daarover extern verantwoording af.

Daarnaast moeten twee andere faciliterende voorwaarden worden ingevuld:

- Juist in de verbinding van professionele en de bestuurlijke verantwoordelijkheid ontstaat de meerwaarde die naar beide kanten vrijblijvendheid voorkomt.
- Betekenisvolle kwantitatieve en kwalitatieve informatie wordt gebruikt om deze brede coöperatie te faciliteren.

Continu leren en verbeteren begint en eindigt bij een gedrag waarbij het op elk niveau elkaar aanspreken op onvoldoende kwaliteit en veiligheid vanzelfsprekend is.

(uit Consultatiedocument IGZ-Toezichtkader voor de invulling van de bestuurlijke verantwoordelijkheid van zorginstellingen voor kwaliteit en veiligheid, augustus 2010)

In de SGZ 2009 worden vijf sleutels voor gerechtvaardigd vertrouwen in verantwoorde zorg genoemd. Daarbij is het perspectief van patiënten en patiënten leidend.

1. Professionals 'maken' kwaliteit en veiligheid samen. Kernbegrippen zijn daarbij vakmanschap, samenwerken, elkaar aanspreken en verantwoording afleggen.
2. Kwaliteit en veiligheid vereisen sturing door de Raad van bestuur. Dit is haar kerntaak.
3. De Raad van Toezicht houdt toezicht op de wijze waarop het bestuur haar verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid waarmaakt. Met als kernbegrippen kunst en kunde.

Als het bestuur op deze manier leiding geeft aan het verbeteren van de patiëntveiligheid, leveren de zorgprofessionals de inhoudelijke kennis terwijl het bestuur steeds beter invulling kan geven aan zijn eindverantwoordelijkheid voor het verbeteren van de patiëntveiligheid.

De twee faciliterende randvoorwaarden zijn:

4. Horizontaal aanspreken en verticaal toezien met als kernbegrip verbinden.
5. Goede informatie is voorwaarde. Kernbegrip hierbij is meten en (aan-)voelen.



## **IGZ**

Het Staatstoezicht op de Volksgezondheid is geregeld in de Gezondheidswet. Hiervan maakt IGZ deel van uit. De IGZ houdt toezicht op basis van 24 wetten, waaronder de Kwaliteitswet. De handhavingstaak valt uiteen in toezicht en opsporing. Het toezicht kent een breed scala van activiteiten variërend van overleg en advies, stimulering, overreding, het uitvoeren van inspecties tot het (laten) treffen van maatregelen en eventueel sancties. Het toezicht heeft dus een preventieve én een repressieve kant. Als toezichthouder zal een inspecteur bij een zorgaanbieder aandringen op beëindiging van een ongewenste situatie, ook al is er geen sprake van overtreding van de wet. Alleen echte wetsovertredingen kunnen leiden tot opsporingshandelingen in het kader van het strafrecht. Er moet dan wel sprake zijn van 'een redelijk vermoeden van een strafbaar feit'.

*Om haar toezichtrol goed te kunnen uitvoeren, moet de inspectie over voldoende informatie beschikken. Daarom is het van groot belang dat de inspectie op de hoogte is van calamiteiten die zich voordoen in een instelling. Een melding van een calamiteit kan aanleiding zijn voor een onderzoek naar de kwaliteit en veiligheid van de zorgverlening. Op grond van de Kwaliteitswet Zorginstellingen is de zorgaanbieder wettelijk verplicht iedere calamiteit die in de instelling heeft plaatsgevonden, te melden aan de inspectie. IGZ gaat er bij de nieuwe meldingsprocedure vanuit dat instellingen zelf het onderscheid kunnen maken tussen suïcides die als calamiteit beschouwd worden en suïcides die zich nu eenmaal bij sommige psychische ziektebeelden voordoen. De IGZ legt de calamiteiteninschatting voortaan bij de ggz-instelling.*

## **Raad van Bestuur**

Het is de primaire verantwoordelijkheid van de raad van bestuur om ervoor te zorgen dat de patiënt/patiënt het vertrouwen in de zorg kan hebben en dat hij dit gevoel van veiligheid heeft. Wettelijk is het bestuur van de zorginstelling hiervoor verantwoordelijk en moet deze zodanige afspraken maken met de professionals en de leidinggevenden in de zorginstelling dat het bestuur deze verantwoordelijkheid ook waar kan maken.

*Is eindverantwoordelijk voor de kwaliteit en veiligheid van de zorg. Dit komt tot uiting doordat zij:*

- *Informatie vragen en ontvangen over resultaten van de patiëntenzorg;*
- *zicht hebben op het functioneren en mogelijk disfunctioneren van professionals;*
- *Verantwoordelijk zijn voor het kennen en beheersen van de risico's in de patiëntenzorg;*
- *Heeft afspraken gemaakt over het informatieprotocol en zorgt voor tijdige informatie.*

## **Geneesheer-directeur**

De "Standaard geneesheer-directeur" van de Nederlandse Vereniging voor Geneesheren-Directeuren (NVDG) geeft een beschrijving van de functie van geneesheer-directeur in de psychiatrie. Volgens de wet Bopz is de geneesheer-directeur belast met de kwaliteit van de (medische) zorg. De geneesheer-directeur is krachtens de wet Bopz onder andere belast met de zorg voor de medische gang van zaken die uit de wet Bopz en de wettelijke taken van de IGZ voortvloeien. Vanuit de wettelijke taken van de IGZ is de geneesheer-directeur belast met de meldingen van onder andere calamiteiten, waaronder suïcides of suïcidepogingen.

Het is aan de ggz-instelling om de functie van geneesheer-directeur in te richten. Dit kan 'smal', aansluitend bij de wet Bopz, maar ook breder.

*In de meldingsprocedure bij suïcides en suïcidepogingen met ernstig letsel heeft de geneesheer-directeur een belangrijke rol. De geneesheer-directeur beoordeelt de interne evaluaties aan de hand van het format van de IGZ met betrekking tot de suïcide of suïcidepoging en stelt zonodig aanvullende vragen. In de meeste gevallen toetst de*

*geneesheer-directeur hierbij of het afgesproken beleid van de instelling is gevolgd en is hij verantwoordelijk om het format in te vullen en te voorzien van conclusies en, indien van toepassing, afgesproken maatregelen.*

*De IGZ voorziet in de nieuwe procedure dat de geneesheer directeur een regisserende rol heeft met de directie vanuit de lijn m.b.t. de interne evaluatie van suicides.*

# Bijlage 4 Format IGZ melding suïcide en suïcidepoging met ernstig letsel aan de inspectie



Inspectie voor de Gezondheidszorg  
Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

Format melding suïcide of suïcidepoging met ernstig letsel aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg

april 2011

De rapportage die naar de inspectie wordt gestuurd, bevat de bevindingen van het (interne of externe) onderzoek, de conclusies en aanbevelingen, alsmede de te treffen of reeds getroffen maatregelen.

Deze rapportage wordt opgesteld op basis van het onderstaande format.

1. Gegevens over de patiënt: initialen, geboortedatum, geslacht, juridische status, vrijheidsbeperkende maatregelen (ook als de patiënt de maatregel vrijwillig onderging)
2. Gegevens over suïcide(poging): datum, tijdstip, plaats, toedracht
3. Wijze waarop de suïcide(poging) is onderzocht en door wie
4. Aansluiting zorg/behandeling bij hulpvraag vanaf 2 maanden voorafgaand aan de suïcide(poging)
5. Inschatting risico op suïcide bij aanmelding van patiënt, eerdere incidenten, suïcidepogingen e.d.
6. Frequentie screening en/of risicotaxatie tijdens behandeling, de wijze waarop (welke methode, checklist bijvoorbeeld) en het resultaat ervan
7. Hoe was het toezicht op de patiënt geregeld?
8. Was er een passend crisispreventie-actieplan/signaleringsplan?
9. Op welke wijze zijn behandelrichtlijnen gevolgd?
10. Op welke wijze is (suïcide-)preventiebeleid gevolgd? Belicht de aspecten zoals genoemd in de multidisciplinaire richtlijn voor suïcidepreventie.
11. Hoe is netwerk/familie betrokken bij behandelbeleid en preventie van suïcide?
12. Vond informatie-uitwisseling met netwerk/familie voldoende en tijdig plaats?
13. Hoe was ketenzorg (indien van toepassing) geregeld?
14. Hoe was de overdracht tussen hulpverleners onderling georganiseerd?
15. Actiepunten/verbeterpunten/conclusie uit evaluatie door behandelteam
16. Factoren binnen of buiten het team die mogelijk van invloed zijn geweest op het ontstaan van de calamiteit (suïcide of suïcidepoging)
17. Aangetroffen bijzonderheden/onregelmatigheden/nalatigheden door onderzoeker(s)

## Conclusie en maatregelen

1. Welke conclusies kunnen worden getrokken ten aanzien van de vermijdbaarheid van de calamiteit?
2. Welke SMART geformuleerde maatregelen zijn er getroffen ten aanzien van de organisatie en/of de individuele hulpverleners, aansluitend bij de basisoorzaken uit de analyse?

## **Bijlage 5 Meldingsprocedure in relatie tot de WOB**

Op 27 april 2011 heeft de Raad van State zich uitgesproken over de kwestie of de WOB gebruikt kan worden voor openbaarmaking van suïcideverslagen. De Raad van State vindt dat ggz-instellingen informatie mag geheimhouden van patiënten die overleden zijn door suïcide. Deze uitspraak is om verschillende redenen gunstig voor de sector: gegevens na het overlijden van patiënten komen niet "op straat"; het werk van de IGZ wordt niet ondermijnd: toesturen van de suïcideverslagen kan zonder angst voor openbaarmaking plaatsvinden.

### **Familie niet in de kou**

In de gezondheidszorg (mede op basis van de Wgbo) wordt al langer het uitgangspunt gehanteerd dat gegevens van de patiënt ook na diens overlijden tot het geheim van de patiënt behoren. Een uitzondering daarop kan gevonden worden indien familie of andere naaststaanden die dicht bij de zorg van de patiënt betrokken waren, desgevraagd inzage krijgen in delen van diens dossier, nadat en voor zover de hulpverlener de wil van de patiënt heeft kunnen reconstrueren dat inzage mogelijk is; ook als de patiënt bij leven expliciete toestemming aan bepaalde familieleden of andere naastbetrokkenen heeft gegeven om inzage zijn dossier te krijgen, is die inzage beperkt mogelijk.

Familieleden, met name ouders die in het kader van de rouwverwerking delen van het dossier willen inzien van hun overleden familielid, kunnen daartoe een verzoek indienen bij de hulpverlener: die kan delen van het dossier ter inzage geven indien de fictie van toestemming van de betrokken overleden patiënt gereconstrueerd kan worden.

In eerdere uitspraken inzake het al dan niet openbaar maken van suïcideverslagen werd het werk van de IGZ belemmerd, bij het onderzoeken van de toedracht die leidde tot de suïcide van betrokken patiënt. Instellingen hebben immers de plicht om calamiteiten te melden aan de IGZ, op basis van artikel 4a. Kwaliteitswet zorginstellingen. Hoewel dit artikel en de Memorie van Toelichting daarbij veel vragen open laat, is nu duidelijk geworden dat suïcides in de instelling transparant gemeld kunnen worden aan de IGZ die dan kan besluiten een onderzoek in te stellen.

## **Bijlage 6 Verantwoording Werkwijze ontwikkeling handreiking**

### **Literatuurstudie**

CKMZ heeft op basis van een aantal documenten zoals het proefschrift van mw. dr. A. Huisman en het conceptdocument Multidisciplinaire richtlijn beoordeling en behandeling van suicidaliteit, beleidsstukken van GGZ Nederland en ggz-instellingen en informatie van de IGZ, geïnventariseerd welke uitgangspunten worden gehanteerd en welke aanknopingspunten er zijn voor het te ontwikkelen instrumentarium.

### **Interviews**

Daarop volgend is met de volgende deskundigen en betrokkenen gesproken:

- H. Koetsier, geneesheer-directeur, GGZ Noord-Holland-Noord
- M. Roeten, geneesheer-directeur en J. Vuyk, psychiater directeur, Altrecht
- R. Laport, Raad van Bestuur, Rivierduinen
- A. Hondius, geneesheer-directeur, GGZ Centraal (voorheen Meerkanten)
- J. Schneider, geneesheer-directeur, Parnassia Bavo Groep
- T. Heeren, Raad van Bestuur, GGZ Centraal (voorheen Symfora)
- A. Huisman, onderzoeker, Vrije Universiteit Amsterdam
- G. van Blanken, inspecteur, IGZ
- P. de Beurs, psychiater/adviseur, IGZ
- M. Schippers, programmaleider, IGZ

Tijdens de interviews zijn ervaringen en opvattingen uit het veld verzameld met betrekking tot instrumenten c.q. methodieken om risico's te inventariseren en (trend)analyses uit te voeren met betrekking tot suïcides. Aan de orde zijn geweest de voorwaarden die geregeld moeten zijn, de ervaringen met toegepaste methodieken wat betreft de wijze van uitvoering en de uitkomsten, op welke niveaus risico's worden onderzocht en wie erbij betrokken zijn.

Met geneesheer-directeuren en directies is gesproken over welke opvattingen zij hebben ten aanzien van het uitvoeren van trendanalyses en wat hun rol kan zijn in het creëren van voorwaarden en een open cultuur voor het melden van suïcides.

In deze fase is ook gevraagd naar bezwaren met betrekking tot de toepassing van een instrument voor het uitvoeren van trendanalyses bij suïcides.

### **Opstellen handreiking**

Uit de bevindingen voortkomend uit de literatuurstudie en de gehouden interviews, is gebleken dat er redelijke unanimiteit bestaat in opvattingen over het gebruik dan wel de toepassing van een instrument voor het uitvoeren van trendanalyses bij suïcides.

### **Overleg en besluitvorming**

De conceptversie van de handreiking is ter toetsing voorgelegd aan diverse gremia: de IGZ, de bestuurscommissie Zorgvisie & Normering van GGZ Nederland, de RIBW alliantie, de NVvP, afdeling geneesheer directeuren en de ontwikkelgroep Patiëntveiligheid. De reacties zijn verwerkt in de definitieve versie.

Tijdens de ontwikkeling van de handreiking is structureel op inhoud en proces/planning afgestemd met de beleidsadviseur van GGZ Nederland, die tevens in de rol van opdrachtgever het einddocument heeft geaccordeerd.

De handreiking is aangeboden aan de stuurgroep van het patiëntveiligheidsprogramma. Zij beslist of de handreiking via de website [www.veiligezorgiederszorg.nl](http://www.veiligezorgiederszorg.nl) aangeboden wordt aan ggz-instellingen.

## **Bijlage 7 Bronvermelding**

Ministerie van Justitie - Dienst Justitiële Inrichtingen (2009) *Circulaire Landelijke uniforme richtlijn overlijden in een justitiële inrichting*

Huisman, A. (2010). *Learning from suicides. Towards an improved supervision procedure of suicides in mental health care in the Netherlands*. Amsterdam: Vrije Universiteit.

Inspectie voor de Gezondheidszorg, brief d.d. 4 juni 2010. *Veranderingen meldingsprocedure suïcides*.

Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en Nederlands Instituut voor Psychologie (2011, in ontwikkeling). *Multidisciplinaire richtlijn beoordeling en behandeling van suïcidaliteit*.

Trimbos-instituut, Utrecht, 2010. *Kwaliteitsdocument Ketenzorg bij suïcidaliteit. Aanbevelingen voor zorgvuldig samenwerken in de keten*.

Trimbos-instituut, Utrecht, 2010. Factsheet preventie van suïcidaliteit.