



**PROJECT “RECIDIVEPREVENTIE
SUÏCIDEPOGINGEN IN SAMENWERKING MET
HUISARTSEN”**

*Project uitgevoerd in opdracht van en gerealiseerd met de financiële steun van het
ministerie van de Vlaamse Gemeenschap.*

Januari 2006



OPDRACHTGEVER: Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, Afdeling Preventieve en Sociale
Gezondheidszorg

ONDERZOEKERS UNIVERSITEIT HASSELT (UH): Sara De Clerck, Joke Manshoven, Tinne Mertens

PROJECT ZELFMOORDPREVENTIE (CGG): Rita Vanhove

PROMOTORS: Prof. Jan Vinck (UH), Prof. C van Heeringen (UGent)



DANKWOORD

De uitvoering van dit project was niet haalbaar geweest zonder de medewerking en steun van verscheidene organisaties en personen.

We wensen vooreerst onze dank te betuigen aan het Vlaamse Ministerie van Gezondheid, Welzijn en Gezin. Dankzij hun initiatiefname en financiële ondersteuning hebben we de kans gekregen dit project te realiseren en te evalueren.

We willen onze waardering uiten voor de ziekenhuizen die op basis van voluntarisme hebben meegewerkt aan dit project. We bedanken hierbij alle personeelsleden die op de een of andere manier hebben bijgedragen aan de uitvoering van het project. In het bijzonder wensen we Cindy Monard (AZ Vesalius), Bert Appermans en Kristof Vandingenen (Sint-Franciskusziekenhuis), Chris De Smet (Virga Jesseziekenhuis), dr. Walter De Queker (Ziekenhuis Oost-Limburg), Hilde Severijns (Ziekenhuis Sint-Trudo), Tanja Maes en Patrick Lamotte (Ziekenhuis Maas en Kempen) te bedanken voor hun inzet en tijdsinvestering.

Verder willen we ook alle patiënten bedanken die hebben toegestemd om mee te werken aan het onderzoek. We waarderen de openheid waarmee ze de onderzoekers te woord hebben gestaan over een zeer moeilijke periode in hun leven.

Ook de huisartsen, die een essentiële rol binnen het project vervulden, willen we bedanken. Hun aanwezigheid op de talrijke infosessies en bijscholingsavonden getuigde van een belangstelling voor de problematiek van suïcidaliteit en een bereidheid om hierin te investeren.

Tenslotte een dankwoord voor alle mensen die herhaaldelijk aandacht besteed hebben aan de voortgang van dit project en ons waardevolle suggesties en inzichten hebben aangeleverd. We hebben ons in het bijzonder geruggensteund gevoeld door de Werkgroep Suïcidepreventie Limburg, de medewerkers van de Eenheid voor Zelfmoordonderzoek en de leden van de stuurgroep die ten behoeve van dit project is opgericht.

SAMENVATTING

Suïcide is een belangrijk probleem van de volksgezondheid. Een suïcidepoging (SP) is één van de belangrijkste risicofactoren voor suïcide. Inspanningen om hernieuwde suïcidepogingen (SPn) te voorkomen zijn dan ook van groot belang. De meeste suïcidepogers (SPrs) worden opgenomen in een algemeen ziekenhuis (AZ). Vermits de huisarts (HA) een belangrijke rol kan spelen in de vervolgzorg van een suïcidepogger, wordt het tot stand komen van een snel contact tussen HA en patiënt na ontslag van SPrs uit het AZ van cruciaal belang geacht.

DOELSTELLING VAN HET PROJECT

Nagaan (1) of via verbeterde afspraken tussen patiënt, AZ en HA een contact tussen HA en patiënt kan gerealiseerd worden binnen de 14 dagen na het ontslag van de patiënt uit het AZ na opname omwille van een SP, en (2) of zo'n snel contact leidt tot een verbeterde vervolgzorg en een verbeterd welzijn van de patiënt na 6 maanden.

ONDERZOEKSOPZET

Met zes Limburgse ziekenhuizen werden afspraken gemaakt voor de registratie van SPn. Deze ziekenhuizen verzochten in aanmerking komende SPrs deel te nemen aan het onderzoek.

In vier interventieziekenhuizen (IZ) werden SPrs gemotiveerd om zo snel mogelijk na ontslag contact op te nemen met de HA voor het opzetten van vervolgzorg. Met deze vier interventieziekenhuizen werd eveneens afgesproken dat zij de HA zo snel mogelijk zouden informeren over het ontslag van de patiënt na opname omwille van een SP en dat zij de HA hierbij de flyer zouden meesturen, waarin informatie gegeven werd over suïcide en de opvang van SPrs. Met de huisartsen uit de overeenkomstige regio's werd afgesproken dat zij, via "out-reaching" de SP zouden contacteren indien deze niet zelf na een week contact had opgenomen. In drie controleziekenhuizen (CZ) werd gevraagd om, buiten de registratie en rekrutering van een onderzoeksgroep, deze patiënten "as usual" te behandelen.

Na twee weken en na zes maanden werden alle patiënten, die via "informed consent" hadden te kennen gegeven aan het onderzoek te willen meewerken, door de onderzoekers gecontacteerd, om na te gaan (1) of er binnen de 2 weken contact met de HA geweest was (telefonisch contact), en (2) hoe na 6 maand hun psycho-emotionele toestand was (afpraak aan huis).

Verwacht werd (1) dat de gemaakte afspraken de kans op een snel contact met de HA na ontslag zouden bevorderen en (2) dat het op deze wijze opstarten van een vervolgzorg op middellange termijn (6 maand) zou leiden tot een verbeterd welzijn van de SPr.

ONDERZOEKSRESULTATEN

Door onduidelijke communicatie binnen sommige ziekenhuizen over de opname van SPrs en doordat buiten de normale werkuren de opvang van deze patiënten niet of nauwelijks kon gebeuren zoals voorzien was in het kader van het project, werden veel minder patiënten voor het onderzoek gerekruteerd dan oorspronkelijk werd voorzien. Hierdoor kan niet worden gegarandeerd dat niet-statistisch-significante verschillen tussen IZ en CZ niet te wijten zijn aan een te klein aantal observaties. 85 SPrs ondertekenden het “informed consent”-formulier (70 IZ; 15 CZ); van 72 subjecten hebben we follow-up-gegevens kunnen verzamelen na 2 weken; na 6 maand werden door 55 subjecten de interviewvragen beantwoord, en kregen we van 51 subjecten de ingevulde vragenlijsten.

De gemaakte afspraken met de betrokken groepen (SP, AZ en HA) leiden tot een hoger percentage SPrs dat binnen de 2 weken na ontslag contact heeft opgenomen met de HA : 71.2% bij SPrs uit IZ tegenover 46.2% bij CZ. Het is niet duidelijk of de interventie “out-reaching” heeft bevorderd.

Na 6 maanden is er geen verschil in psycho-emotionele toestand tussen SPrs uit de IZ en SPrs uit de CZ. We vinden op dat ogenblik ook geen verschil tussen de toestand van SPrs die wel contact gehad hebben met hun HA binnen de twee weken na hun ontslag en diegenen die dit niet hebben gehad.

De strategie leidt dus wel tot een grotere kans op snel contact met de HA. De verzamelde gegevens laten echter niet toe te zeggen dat hierdoor op middellange termijn het welzijn van de SPr wordt bevorderd. Uiteraard zijn er een hele reeks factoren die een mogelijk effect kunnen gemaskeerd hebben.

CONCLUSIE M.B.T. ZIEKENHUIZEN

Bij de voorafgaandelijke besprekingen van het project werd de situatie met betrekking tot de opvang van SPrs door de verantwoordelijken van de AZ vaak voorgesteld als duidelijk georganiseerd. Bij de daadwerkelijke opstart van registratie en opvang werden sommige AZ geconfronteerd met een reeks moeilijkheden.

Voor een deel kwamen deze voort uit het feit dat de opvang van SPs, naast een somatische, een specifieke psycho-emotionele opvang vereist en dat personeel van bijvoorbeeld spoeddiensten hiervoor niet is opgeleid en/of geen tijd heeft, en dat gespecialiseerd (“psi”-)personeel niet aanwezig is buiten de normale werkuren, tenzij in AZ met een PAAZ-dienst.

Een aantal problemen kwamen ook voort uit het feit dat SPs op verschillende diensten terecht komen, waarbij de opvang in grote mate afhangt van de behandelende geneesheer en diens geneigdheid om in de psycho-emotionele opvang van deze patiënten te (laten) investeren. Vaak bleek ook de communicatie tussen verschillende diensten onduidelijk gestructureerd. Tenslotte bleek een veel groter aantal SPs dan voorzien – eventueel op basis van een ontkenning van de suïcideproblematiek en/of een weerstand tegen expliciete bespreking van deze problematiek – zeer snel het AZ te verlaten, zodat een goede opvang niet mogelijk was.

Deze confrontatie heeft bij de meeste ziekenhuizen (bij enkele ziekenhuizen was dit proces al enige tijd bezig) een proces in gang gezet met het oog op de verbetering van de opvang van deze patiënten; dit proces zette zich verder gedurende de loop van het onderzoek. Als elementen van een tot stand te brengen klinisch pad, werden afspraken gemaakt over verantwoordelijkheden en interne en externe (met de HA) communicatie met betrekking tot de problematiek van SPs. Om te remediëren aan de aangevoelde tekorten op vlak van informatie en competentie bij het personeel werd het aanbod vanuit het project om vorming te geven uitgebreid gebruikt.

De ervaring leert dat het voor een goede opvang van SPs binnen het AZ nodig is dat er een centrale figuur (psychiater/psycholoog) of werkgroep gemandateerd wordt om ten aanzien van deze opvang de nodige afspraken te maken over een duidelijk klinisch pad; dat deze figuur/werkgroep steunt op een brede basis, onder meer van de directie en van de relevante medische diensthoofden. Vermits de personeelsleden met een psychiatrisch/psychologische competentie niet steeds aanwezig zijn is een (minimale) training van de personeelsleden van spoeddiensten eveneens noodzakelijk om SPs op te vangen buiten de normale werktijden.

De communicatie met de HA dient snel en efficiënt te gebeuren: in de perceptie van de AZ gebeurt dit wel, maar de HA geven aan dat zij in 1/3 van de gevallen niet op de hoogte zijn van de SP van één van hun patiënten.

Een goede opvang in het AZ vereist een duidelijk klinisch pad (afspraken over verantwoordelijkheden, interne en externe communicatie, ...) voor de opvang van SPs, met een specifieke verantwoordelijke voor de naleving van deze afspraken en waarbij de afspraken gedragen worden door een brede basis (onder meer, directie, diensthoofden,...).

Training voor bij opvang betrokken personeel is nodig, onder meer (verplegend) personeel dat opvang moet realiseren buiten de normale werktijden.

CONCLUSIE M.B.T. HUISARTSEN

Huisartsen (HA) beschouwen het als een deel van hun verantwoordelijkheid om te zorgen voor een goede opvang van SPrs. Zij ervaren hierbij de behoefte aan informatie en vorming (onder andere via LOK-groepen).

Enigszins in tegenstelling tot wat de AZ aangeven (namelijk dat zij vrijwel steeds de HA informeren over het ontslag van een SPr), zeggen de HA dat zij in ongeveer 1/3 van de gevallen hierover geen informatie ontvangen; wanneer zij wel een verslag kregen bleek in 1/4 van de gevallen de verwachte flyer niet bijgevoegd te zijn. Er dient met andere woorden nog verder zorg besteed te worden aan de communicatie tussen AZ en HA. Wanneer we kijken naar de vorm van deze communicatie zien we dat dit voornamelijk éénrichtingsverkeer betreft, namelijk een verwijsrapport vanuit het ziekenhuis. Het feitelijke overleg met de huisarts over de meer inhoudelijke aspecten van de zorg gebeurt minder frequent.

HA appreciëren de bij het verslag gevoegde flyer en gebruiken de erin gegeven informatie. Zij maken zeer weinig gebruik van de overige aangeboden ondersteuningsmogelijkheden (consultatief overleg met de CGG en elektronisch pakket).

Hoewel de meeste HA “out-reaching” zien als “good practice”, voelen velen zich hierbij toch onwennig, en stellen zij zich vragen onder meer over hoe de patiënt dit ervaart en over honorering. In de meeste gevallen waarin contact tussen SPr en HA tot stand kwam, gebeurde dit op initiatief van de patiënt.

HA dienen snel geïnformeerd te worden over ontslag van hun patiënt na opname voor SP. Zij ervaren de ondersteuning van hun zorg door flyer als zinvol en nuttig. Zij hebben behoefte aan duidelijkheid over de aspecten van out-reaching.

CONCLUSIES M.B.T. SPrs

Een vrij groot deel van de SPrs die opgenomen worden, verlaten snel het AZ – dit wil zeggen vooraleer een psychologische opvang kan plaatsvinden. We vermoeden dat zij zich hierdoor onttrekken aan een voor hen op dat ogenblik niet gewenste opvang; wellicht wordt de beleving van een SP ervaren als stigmatiserend.

Patiënten die deelnemen aan het onderzoek zijn over het algemeen tevreden over de opvang in het AZ en door de HA. De meeste SPrs nemen zelf snel contact op met hun HA wanneer zij hiertoe vanuit het AZ gemotiveerd zijn.

Met de in het onderzoek gebruikte schalen vinden we geen effect van de interventie op het vlak van het welbevinden na 6 maand.

In het merendeel van de gevallen wordt vervolgzorg opgenomen via individuele contacten met psychiater/psycholoog. Van de afspraken met CGG voor een snelle instroom wordt slechts uitzonderlijk gebruik gemaakt. Indien dit verwijskanaal belangrijk geacht wordt moeten de factoren die op dit ogenblik deze mogelijkheid blokkeren worden onderzocht en opgeheven.

INHOUDSOPGAVE

1	<u>Achtergrond</u>	4
1.1	Inleiding	4
1.2	Historiek	5
1.2.1	Het project Zelfmoordpreventie van de CGG	6
1.2.2	De Gezondheidsconferentie: Preventie van depressie en zelfmoord	8
1.2.3	Deskundigheidsbevordering bij huisartsen	9
2	<u>Theoretisch kader</u>	11
2.1	Definities	11
2.1.1	Suicide	11
2.1.2	Suicidepoging	11
2.1.3	Suïcidale ideatie	12
2.1.4	Suïcidaal gedrag	12
2.1.5	Suïcidaliteit	12
2.1.6	Suïcidale intentie	12
2.2	De suicidepoging: belangrijkste klinische risicofactor t.a.v. suicide	12
2.3	Epidemiologie suicidepogingen	14
2.3.1	Incidentie suicidepogingen	14
2.3.2	Resultaten suicidepogingen Hasselt en Genk	19
2.4	Risicofactoren	21
2.5	Opvang na een suicidepoging en preventie van recidive	21
3	<u>Onderzoeksproject ‘Recidivepreventie suicidepogingen in samenwerking met huisartsen’</u>	26
3.1	Opzet en doelstellingen	26
3.1.1	Algemene doelstelling van het project	26
3.1.2	Specifieke onderzoeksvragen	27
3.1.3	Inclusiecriteria onderzoeksgroep	28
3.2	Voorbereidende fase/pilootfase	28
3.2.1	Ziekenhuizen	29
3.2.2	Huisartsen	31
3.2.3	CGG	34
3.3	Gegevensverzameling	35
3.3.1	Initiële situatie	35
3.3.2	Opzet effectevaluatie	36
3.3.3	Opzet procesevaluatie	43
4	<u>Resultaten</u>	47
4.1	Enquête “Samenwerking tussen ziekenhuizen en huisartsen”	47
4.1.1	Respons	47
4.1.2	Resultaten	49
4.2	Enquête “Opvang van suicidepogers in een algemeen ziekenhuis”	61
4.2.1	Respons	61
4.2.2	Resultaten	61

4.2.3	Veranderingen gedurende het verloop van het project	68
4.3	Procesevaluatie	68
4.3.1	Conclusies proefperiode	69
4.3.2	Informatie verzameld bij de betrokken partijen van het project	70
4.3.3	Registratiegegevens	78
4.4	Effectevaluatie	81
4.4.1	Karakteristieken van in de studie opgenomen suïcidepogers	82
4.4.2	Follow-up na twee weken	88
4.4.3	Follow-up na zes maanden	91
5	Conclusie en discussie	103
5.1	Conclusie	103
5.1.1	Enquêtes	103
5.1.2	Effectonderzoek	108
5.2	Discussie	111
5.2.1	Implementatie van het onderzoek	111
5.2.2	Implementatie van de strategie	115
5.3	Kritische succesfactoren	120
5.4	Vergelijking buitenlands onderzoek	121
Epiloog		123
Referentielijst		124
Bijlagen		129
Bijlage 1:	Flyer (versie voor regio Tongeren)	130
Bijlage 2:	Informed consent voor minderjarige en volwassene	131
Bijlage 3:	Nieuwsbrieven	135
Bijlage 4:	Brief aan huisartsen in regio Maas en Kempen	151
Bijlage 5:	Enquête ‘Samenwerking ziekenhuizen – Huisartsen	153
Bijlage 6:	Enquête ‘Opvang suïcidepogers in een algemeen ziekenhuis	159
Bijlage 7:	Identificatieformulier	167
Bijlage 8:	1 ^{ste} follow-up: stramien telefonisch contact	168
Bijlage 9:	1 ^{ste} follow-up: Schriftelijke bevraging	169
Bijlage 10:	Powerberekeningen	171
Bijlage 11:	Stramien evaluatie- en terugkoppelingsmoment in ziekenhuizen	183
Bijlage 12:	Procesvragen ziekenhuizen	185
Bijlage 13:	vragenreeks voor de huisartsen	187
Bijlage 14:	Registratieformulier	192
Bijlage 15:	Aangepaste flyer	193

1 ACHTERGROND

Dit project concretiseert het eerste luik van de tijdens de *Gezondheidsconferentie 2002 "Preventie van depressie en zelfmoord"*, goedgekeurde strategie: "Na de zelfmoordpoging". Het project is gestart op 1 november 2003, het voorliggende rapport betreft de eindrapportage. Het tweede luik van deze preventiestrategie behelst een tweede pilootproject dat gestart is op 1 juni 2005. De eindrapportage van dit tweede project is voorzien voor september 2006.

1.1 INLEIDING

Suicide is een belangrijk volksgezondheidsprobleem. België heeft reeds lang een hoog suïdecijfer. De meest recente cijfers voor ons land die opgenomen zijn in een internationale vergelijking wijzen op een uitermate ongunstige situatie: België bekleedt de negende plaats in de wereld wat betreft het voorkomen van suïcide bij vrouwen; voor de mannen staan we op de dertiende plaats (World Health Organisation, 2004). Per dag zijn er in België zeven doden ten gevolge van zelfdoding; op jaarbasis betekent dat zo'n 2000 zelfmoorden. Dit is nog een onderschatting. Heel wat suïcides worden immers niet in de statistieken opgenomen. Bij vergelijking met andere doodsoorzaken, wordt duidelijk dat suïcide, na verkeersongevallen, de tweede belangrijkste doodsoorzaak is bij jongeren (15 tot 24-jarigen) en de voornaamste doodsoorzaak bij mannen in de leeftijdscategorie van 25 tot 44 jaar (Vlaamse Overheid - Administratie Gezondheidszorg, 2001). Op bevolkingsniveau gaat suïcide gepaard met verlies van een aanzienlijk aantal potentiële levensjaren. Maatschappelijke evoluties kunnen het risico op suïcide mee beïnvloeden en het herkennen en beperken van risicofactoren voor suïcide is een belangrijke maatschappelijke opdracht.

Suïcidaal gedrag wijst bij de betrokken persoon op een diepgaande crisis met hopeloosheid en machteloosheid als dominante gevoelens. Bij de omgeving van de potentiële suïcidant leidt de vrees voor suïcide eveneens tot hevige angst, gevoelens van machteloosheid, vaak ook schuldgevoelens omwille van de onmacht om de situatie voor de betrokkene voldoende leefbaar te maken.

Suïcidaal gedrag kan begrepen worden als een 'cry of pain', de persoon voelt zich gevangen in een hopeloze situatie waaruit geen redding noch ontsnappen mogelijk is: 'no rescue' en 'no escape'. De probleemoplossende vermogens schieten tekort en het cognitief functioneren is van die aard dat de situatie als hopeloos wordt geïnterpreteerd. Er is sprake van dichotoom denken: zaken worden zwart/wit ingeschat en nuancering is afwezig.

In het geheugen domineren de emotioneel negatief gekleurde elementen, zodat men niet kan putten uit ervaringen uit het verleden om creatief met een crisis om te gaan. Een gebrek aan flexibele oplossingsstrategieën en het typisch cognitief functioneren, leiden tot een gevoel van ‘entrapment’, vastzitten (van Heeringen, Hawton, & Williams, 2000). Eens de persoon een suïcidepoging heeft ondernomen, blijkt de drempel voor suïcidaal gedrag te zijn verlaagd en neemt de kans op nieuwe pogingen en suïcide toe.

Als belangrijkste voorspeller van suïcide, verdienen de suïcidepogingen dus zeker onze aandacht. Ruim de helft van alle suïcides wordt voorafgegaan door een suïcidepoging. De kans dat iemand die een zelfmoordpoging doet uiteindelijk sterft door suïcide is 100 keer hoger dan in de bevolking in het algemeen. Uit epidemiologisch onderzoek in Vlaanderen blijkt dat één op dertig suïcidepogers binnen het jaar sterft door suïcide, één op de tien binnen de tien jaar (van Heeringen et al., 1995). Ook recidieven komen vaak voor: zo’n 43% van de pogers recidiveren (Van Rijsselberghe, Scoliers, & van Heeringen, 2003). Suïcidepreventie dient met andere woorden rekening te houden met deze belangrijke risicogroep.

Een goed uitgebouwde aanpak die verschillende domeinen bestrijkt is zeer belangrijk in de preventie van suïcidaal gedrag. Bij de ontwikkeling van preventiestrategieën wordt uitgegaan van een ‘stress-kwetsbaarheid’ interactiemodel ter verklaring van suïcidaal gedrag. In dit model wordt gesteld dat suïcidaal gedrag kadert in een toestandsbeeld dat uitgelokt kan worden door een ingrijpende, bedreigende levensgebeurtenis of toestand (‘stress’), die inwerkt op een voorafbestaande kwetsbaarheid of voorbeschiktheid in een onvoldoende bescherming biedende situatie. Of een persoon op een bepaald moment in zijn leven overgaat tot suïcidaal gedrag hangt dus af van de wisselwerking tussen deze factoren. Vertaald naar de preventie van suïcide betekent dit dat enerzijds crisisinterventie aan bod dient te komen, maar dat anderzijds ook de onderliggende kwetsbaarheid en de leefsituatie aangepakt zullen moeten worden. Vandaar dat het belangrijk is om ook binnen de preventie aandacht te besteden aan suïcidepogers tijdens en na de acute situatie. De huisarts kan hierbij een belangrijke rol spelen.

1.2 HISTORIEK

In wat volgt wordt de historiek beschreven van het pilootproject “Recidivepreventie suïcidepogers in samenwerking met huisartsen”. Deze strategie werd ontwikkeld door de Suïcidepreventiewerkgroep Limburg, in het kader van de doelstellingen van het Project Zelfmoordpreventie van de CGG, en werd goedgekeurd door de Gezondheidsconferentie “Preventie van Depressie en Zelfmoord” in 2002.

1.2.1 HET PROJECT ZELFMOORDPREVENTIE VAN DE CGG

Op 1 december 1997 werd een convenant afgesloten tussen de Vlaams Minister van Financiën, Begroting en Gezondheidsbeleid (toenmalig minister W. De Meester), het Samenwerkingsverband Federatie voor Diensten Geestelijke Gezondheidszorg (FDG) en het Verbond der Medische en Sociale Instellingen (VMSI), met het oog op het realiseren van zelfmoordpreventieactiviteiten in de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) in Vlaanderen.

Zestien deeltijdse medewerkers, verspreid over de Vlaamse CGG, kregen de opdracht om in hun regio's de opgestelde doelstellingen te implementeren. Sinds 2002 is zelfmoordpreventie geïntegreerd in de reguliere werking van de CGG, van dan af genaamd: CGG Zelfmoordpreventieproject (CGGZMP). Van bij de start werden de doelstellingen omschreven.

De eerste doelstelling: ingebouwde preventie – waarmee bedoeld wordt op deze preventieactiviteiten die verweven zitten in de curatieve zorg of begeleiding – bestaat uit twee onderdelen. Enerzijds is er de optimalisering van de hulpverlening in het CGG bij risico op suïcidaal gedrag en anderzijds, het optimaliseren van de samenwerking met hulpverleners buiten het CGG. Dit laatste slaat op het realiseren van samenwerkingsverbanden teneinde de opvolging van suïcidepogers en patiënten met risico op suïcide te verbeteren. De deskundigheidsbevordering van intermediairen, met name huisartsen, ziekenhuispersoneel, jeugdhulpverleners, politiemedewerkers en teleonthaalfrijwilligers, is een tweede doelstelling. Het participeren aan overleg en het bewaken van suïcidepreventie in regionale overlegstructuren, is de derde doelstelling. Postventie, de opvang van nabestaanden, werd in de loop der jaren als doelstelling toegevoegd.

Een Stuurgroep begeleidt de werkzaamheden. Deze stuurgroep is samengesteld uit vertegenwoordigers van de koepelorganisaties van de CGG, CGG directies, vertegenwoordigers van organisaties actief op het domein van zelfmoordpreventie, projectmedewerkers, academici- experts en de coördinator van het CGGproject.

▣ DE SUÏCIDEPREVENTIEWERKGROEP LIMBURG (SPWL)

De 2 projectmedewerkers van de CGG van Limburg namen het initiatief om een overleggroep op te richten, dit met de bedoeling een breder gedragen platform te creëren voor de implementatie van de verschillende doelstellingen. Het Samenwerkingsplatform Psychiatrische Initiatieven Limburg (SPIIL) verleende hierbij haar steun. In 1999 ging de Werkgroep Suïcidepreventie Limburg van start. Vertegenwoordigers van SPIILsectoren, met name psychiatrische ziekenhuizen (PZ), jongerenhulpverlening, PAAZ¹-overleg, CGG-overleg, evenals Similes, de Limburgse Preventieve Gezondheidsraad (vertegenwoordigd door een LOGO-arts) en het Limburgs Universitair Centrum (inmiddels Universiteit Hasselt) nemen er aan deel.

¹ PAAZ: Psychiatrisch(e) Aanbod/Afdeling Algemeen Ziekenhuis

Met steun van de Suïcidepreventiewerkgroep Limburg, organiseerden de projectmedewerkers van de CGG activiteiten (ondermeer in het kader van deskundigheidsbevordering bij personeel van Algemene Ziekenhuizen (AZ), huisartsen, hulpverleners uit de GGZ en werd in verschillende regio's in Limburg overleg opgestart tussen hulpverlenende sectoren als AZ, huisartsen, CGG en PZ.

Uit dit overleg en de bijscholingsactiviteiten ontstond het idee om een specifieke strategie uit te werken met het oog op recidivepreventie - in samenwerking met huisartsen - bij suïcidepogers na ontslag uit het AZ. De doelstelling was: het verzekeren van zorgcontinuïteit aan de hoog risicogroep van suïcidepogers.

De SPWL vertrok van de volgende observaties:

- Suïcidepogers melden zich vaak rechtstreeks aan op de Spoedafdeling van een AZ;
- Suïcidepogers verlaten vaak snel het AZ, vooraleer een goede evaluatie van risico's en zorgbehoeften mogelijk was en vervolgzorg kon geregeld worden;
- Suïcidepogers zijn voor ambulante vervolgzorg moeilijk te verwijzen naar de CGG, de instroom in de CGG van Limburg is laag;
- Suïcidepogers vertonen een lage therapietrouw;
- Huisartsen zijn vaak niet op de hoogte van de suïcidepoging van de patiënt, die zich voor verzorging meestal rechtsreeks aanmeldt bij een AZ;
- Huisartsen wensen een snelle en systematische rapportage vanuit het AZ;
- Huisartsen wensen meer betrokken te worden in de organisatie van de vervolgzorg;
- Huisartsen kunnen gezien de lage incidentie van suïcidepogingen moeilijk specifieke deskundigheid opbouwen.

Op basis van deze observaties werkte de SPWL in 2000 de zogeheten 'flyerstrategie' uit. Kernelementen zijn: een snelle rapportage aan de huisarts én het inschakelen van de huisarts in de vervolgzorg aan suïcidepogers. Dit zou kunnen gerealiseerd worden door voor elke suïcidepogers die het ziekenhuis verlaat, een 'flyer' naar de huisarts te sturen, die als bijlage aan het verwijsrapport vanuit het ziekenhuis wordt gekoppeld. In deze flyer (onder redactie van de SPWL) wordt aan de huisarts gevraagd om de patiënt actief op te volgen en worden enkele aanbevelingen in het kader van een gesprek met de patiënt geformuleerd. Tevens wordt een aanbod gedaan voor consultatief overleg met CGG-medewerkers. Een link naar de website van het CGGZMP, waar meer informatie over de opvang door de huisarts te lezen staat, zou tegemoet kunnen komen aan de vraag van de huisartsen naar meer informatie. Over de inhoud van de 'flyer' werd onderhandeld met experts en huisartsen. De beoordeling door de Stuurgroep van het CGGZMP, leverde het advies op om de flyerstrategie te koppelen aan een wetenschappelijk onderzoek.

De implementatie van de strategie in Limburg werd aldus afhankelijk gemaakt van de mogelijkheid een effectonderzoek op te starten. Professor van Heeringen, lid van de Stuurgroep CGGZMP, engageerde zich hiervoor. De ‘flyerstrategie’ is voorgesteld en goedgekeurd tijdens de Gezondheidsconferentie ‘Preventie van depressie en zelfmoord’ in 2002.

1.2.2 DE GEZONDHEIDSCONFERENTIE: PREVENTIE VAN DEPRESSIE EN ZELFMOORD

In de regeringsverklaring van de Vlaamse regering van juli 1999 kan men onder het kopje ‘gezondheidsbeleid’ lezen: “ het verhogen van de geestelijke gezondheid wordt als extra doelstelling toegevoegd aan het preventieve gezondheidsbeleid” en “het gezondheidsbeleid moet kunnen worden ingevuld op basis van gezondheidsdoelstellingen, die vastgelegd worden op basis van wetenschappelijk onderzoek, epidemiologische gegevens en een brede maatschappelijke discussie”.

Om het voorgaande te realiseren, is het concept van de gezondheidsconferentie ‘Preventie van depressie en zelfmoord’ in 2002 gelanceerd door toenmalig Vlaams Minister van Gezondheid, Welzijn en Gelijke Kansen, M. Vogels.

Het begrip ‘gezondheidsconferentie’ is uitgewerkt in het ontwerp van decreet betreffende het preventieve gezondheidsbeleid in Vlaanderen. De werkzaamheden omvatten verschillende fasen gespreid in de tijd. De minister neemt het initiatief tot het formuleren van een nieuwe gezondheidsdoelstelling, en een voortraject wordt opgestart. In het voortraject worden een stuurgroep en verschillende werkgroepen opgericht, samengesteld uit experts in de materie, en belast met de voorbereidende analyses. Op basis van wetenschappelijke gegevens en praktijkervaring moeten ze een voorstel van gezondheidsdoelstelling en bijbehorende preventiestrategieën ontwikkelen.

Op de gezondheidsconferentie zelf worden deze strategieën voorgesteld aan, besproken met de betrokken actoren en getoetst aan verschillende criteria. Deze ‘selectie’ resulteert in een concreet voorstel van gezondheidsdoelstelling en preventiestrategieën ter realisatie hiervan. Dit voorstel wordt voor advies voorgelegd aan de Vlaamse Gezondheidsraad, en daarna ter goedkeuring aan de Vlaamse Regering. Ten slotte debatteert het Vlaams Parlement hierover en verwerpt of bekrachtigt het voorstel.

Tijdens het voortraject werden naast een stuurgroep, verschillende werkgroepen in het leven geroepen. De Werkgroep ‘Suïcide en Suïcidepogingen’ selecteerde onder meer de ‘flyerstrategie’ en deze werd goedgekeurd door de stuurgroep en aldus voorgelegd aan de Conferentie. Ook hier kon de strategie op een quasi unanieme goedkeuring rekenen.

In het natraject van de Gezondheidsconferentie besliste de stuurgroep de ‘flyerstrategie’ prioritair voor te stellen aan de minister, zodat werk kon gemaakt worden van een snelle implementatie. Limburg zou als regio gekozen worden om dit pilootproject, gekoppeld aan een effectonderzoek, te realiseren.

De Eenheid voor Zelfmoordonderzoek, onder leiding van professor C. van Heeringen, werkte samen met professor J. Vinck van het Limburgs Universitair Centrum en de voorzitter van de SPWL een onderzoeksvoorstel uit. In oktober 2004 verleende toenmalig minister Byttebier haar goedkeuring aan dit Pilotproject, getiteld 'Recidivepreventie suïcidepogers in samenwerking met huisartsen'.

1.2.3 DESKUNDIGHEIDSBEVORDERING BIJ HUISARTSEN

Verscheidene suïcidepreventieprojecten focussen op de rol van de huisarts, vooral in vroegdetectie en behandeling van depressie, herkennen van suïcidale signalen én recidivepreventie na suïcidepoging. In het kader van de doelstellingen van het project Zelfmoordpreventie van de CGG, werd een nascholingspakket ontwikkeld voor huisartsen, dat via het Vlaams Huisartsen Navormingsinstituut (2000-2003) werd aangeboden. De werkgroep ontwikkelde eveneens aanbevelingen voor de opvang van suïcidepogers na ontslag uit het AZ en dit op basis van een uitgebreide literatuurstudie. Het vormingspakket is elektronisch en in druk beschikbaar. Tijdens de vormingen (onder meer in Limburg) bleek duidelijk de wens en de noodzakelijkheid naar meer scholing. In samenwerking met het Interuniversitair Centrum voor Huisartsenopleiding (ICHO) werd het initiatief genomen om een vormingspakket voor huisartsen in beroepsopleiding te ontwikkelen. Er werd gekozen om een elektronisch leerpakket te ontwikkelen: het ITOL zelfmoordpreventie (internet ondersteunde opleidingslijn).

Dit ITOL werd eveneens als preventiestrategie gepresenteerd en goedgekeurd tijdens de Gezondheidsconferentie: preventie van depressie en zelfmoord (2002). Dankzij de privé-sponsoring van CERA-holding en de financiële ondersteuning van het Vlaams Ministerie voor Gezondheid, kon het ITOL ook uitgewerkt worden voor de doelgroep van de praktiserende huisarts. Sinds einde 2003 is deze vorm van bijscholing operationeel.

Eveneens werd een interactieve webstek ontwikkeld die vanaf december 2005 beschikbaar is voor huisartsen. Het ITOL samen met de interactieve webstek vormen de sleutelementen van de elektronische helpdesk die via ICHO en de Wetenschappelijke Vereniging voor Huisartsen (WVVH) worden aangeboden en waarbij de preventiewerkers van de CGG actief zijn betrokken.

Uit onze contacten met huisartsen en huisartsenopleiders en uit ervaringen in het buitenland (ondermeer Bennewith, Stocks, Gunnell, Evans, & Sharp, 2002) bleek dat de slaagkans van de strategie van recidivepreventie in samenwerking met huisartsen, sterk zou verhogen indien er tegelijkertijd een sensibiliserings- en deskundigheidsbevorderingactie zou opgezet worden.

Daarom werd geopteerd om in de 'flyer', het bijvoegsel aan het rapport vanuit het ziekenhuis, naast enkele basisaanbevelingen m.b.t. de opvang van de patiënt, een link toe te voegen naar het vormingspakket van het Project van de CGG.

Bovendien werd beslist om alle huisartsen en hun vertegenwoordigers schriftelijk te informeren en infosessies aan te bieden voor huisartsenkringen en Lokale Kwaliteitsgroepen (LOK's). Bij deze gelegenheid werden de syllabus van het vormingspakket en een aparte brochure met aanbevelingen ter beschikking gesteld en informatie gegeven over het 'ITOL zelfmoordpreventie'.

Voor de toekomst wordt geopteerd om in de 'flyer' een link naar de elektronische helpdesk te leggen (dus ITOL en interactieve webstek).

2 THEORETISCH KADER

In paragraaf 2.1 wordt een omschrijving gegeven van enkele aan suïcidaliteit gerelateerde begrippen. De volgende paragrafen richten zich in het bijzonder op één aspect van suïcidaliteit, de suïcidepogingen. In paragraaf 2.2 wordt de problematiek van de suïcidepogingen, als zijnde de belangrijkste risicofactor voor toekomstige pogingen en suïcide, belicht. De epidemiologie en risicofactoren van suïcidepogers worden besproken in paragraaf 2.3 respectievelijk 2.4. Tenslotte wordt in paragraaf 2.5 ingegaan op preventie na een suïcidepoging, waarbij ondermeer de unieke rol van de huisarts aan bod komt.

2.1 DEFINITIES

Omwille van de duidelijkheid, wordt eerst een verklaring gegeven voor de relevante termen die verder in dit rapport aan bod zullen komen. Tenzij anders aangegeven, wordt steeds gerefereerd aan Portzky en Van Heeringen (2001).

2.1.1 SUÏCIDE

Bij suïcide gaat het om een gedrag met een dodelijke afloop, dat het gevolg is van (een) door de betrokken persoon zelf geïnitieerde en uitgevoerde handeling(en). Deze handeling(en) werd(en) ondernomen in de wetenschap of verwachting van de genoemde afloop. De betrokken persoon bedoelde met deze handeling(en) via haar (hun) dodelijk gevolg bepaalde door hem of haar gewenste veranderingen te bewerkstelligen.

2.1.2 SUÏCIDEPOGING

(definitie van de WHO/Euro Study of suicidal behaviour)

Een suïcidepoging is een handeling met een niet-fatale afloop, waarbij een individu opzettelijk en weloverwogen een ongewoon gedrag stelt of initieert, dat zonder interventie van anderen zal leiden tot zelfverwonding (-vernietiging), of waarbij een individu opzettelijk een stof inneemt in een grotere dan de voorgeschreven of algemeen aanvaarde therapeutische dosis, met de bedoeling via de actuele of verwachte fysische gevolgen, verlangde verandering te bewerkstelligen.

2.1.3 SUÏCIDALE IDEATIE

Onder suïcidale ideatie verstaat men het voorkomen van actieve gedachten over zelfdestructief gedrag, waarbij al dan niet de dood wordt geogd. Deze gedachten kunnen variëren van vage ideeën omtrent de mogelijkheid een einde te maken aan zijn leven ergens in de toekomst tot concrete plannen om suïcide te plegen.

2.1.4 SUÏCIDAAL GEDRAG

Met suïcidaal gedrag wordt een breed scala van zelfdestructieve gedragingen met fatale of niet-fatale afloop aangeduid, zoals suïcide of suïcidepogingen.

2.1.5 SUÏCIDALITEIT

Het begrip 'suïcidaliteit' is een verzamelterm, waarmee de cognitieve en gedragsmatige karakterkenmerken worden aangeduid die manifest worden als suïcidale ideatie of suïcidaal gedrag.

2.1.6 SUÏCIDALE INTENTIE

Suïcidale intentie is de wens/het verlangen te sterven.

2.2 DE SUÏCIDEPOGING: BELANGRIJKSTE KLINISCHE RISICOFACOR

T.A.V. SUÏCIDE

De suïcidepoging is het meest duidelijke signaal van een zich ontwikkelend suïcidaal proces. Het begrip suïcidaal proces verwijst naar een intra-individueel proces als reactie op de omgeving. Er wordt een samenhang verondersteld tussen suïcidedachten, suïcidepogingen en suïcide. Het proces kan evolueren van gedachten over suïcide naar concrete plannen, suïcidepogingen die vaak herhaald worden met een toenemende graad van suïcidale intentie, risico en eventueel suïcide. In het begin van het proces is er vaak angst en agitatie op interne en externe stressoren. Hoe meer het proces ontwikkelt, hoe meer de hopeloosheid toeneemt, evenals de depressie.

Eens de persoon een suïcidepoging heeft ondernomen, blijkt de drempel voor suïcidaal gedrag te zijn verlaagd en neemt de kans op nieuwe pogingen en suïcide toe.

Onderzoeksresultaten zijn hieromtrent overtuigend: er is een sterk verhoogd risico op suïcide na een suïcidepoging en er bestaat een co-variantie van de rates van de suïcidepogingen en suïcides in een populatie. De meest belangrijke voorspeller van een suïcide(poging) is ongetwijfeld de aanwezigheid van één (of meerdere) eerdere suïcidepoging(en) (De Leo, Bille-Brahe, Kerkhof, & Schmidtke, 2004; Hawton & van Heeringen, 2000; Hawton & Zahl, 2003).

Owens (2002) analyseerde 90 onderzoeken omtrent het voorkomen van suïcidepogingen en suïcides. Binnen het jaar recidiveren 16% van de pogers en 2% sterven door suïcide. Na ongeveer 9 jaar loopt het suïdecijfer bij de pogers op tot 7%. De conclusie uit dit overzicht is dat het risico op suïcide bij pogers 100 keer groter is dan in de algemene bevolking. Het relatieve suïciderisico stijgt naargelang er meer tijd verstrijkt.

Cooper et al (2005) deden een follow-up studie gedurende 4 jaar bij 7968 patiënten na een suïcidepoging, verzorgd op een spoedafdeling. Ook zij concludeerden dat het suïdecijfer bij suïcidepogers vele malen hoger is dan in de algemene bevolking en dat de eerste zes maanden na opname van enorm belang zijn. De suïcideratio is dan immers het hoogst. In Vlaanderen werd becijferd dat het risico op suïcide bij pogers 150 keer hoger is dan in de algehele bevolking (Portzky & van Heeringen, 2001).

Psychologische autopsiestudies bevestigen het hoge suïciderisico na een poging: tot 44% van de suïcides worden voorafgegaan door een poging in de voorgeschiedenis. Vrouwen hebben meer pogingen in de voorgeschiedenis (44%) dan mannen (19%), en dit in het laatste jaar voor de suïcide (Isometsä & Lönnqvist, 1998). Kerkhof en Arensman (2004) concluderen dat op basis van verschillende onderzoeken blijkt dat 'repeaters' een hoger risico hebben op suïcide dan diegenen die slechts één poging hebben gedaan ("first ever").

Het recidiverende karakter van suïcidaal gedrag werd veelvuldig aangetoond. In de WHO/EURO Multi-Centre Study on Suicidal Behaviour werd vastgesteld dat 56% van de geregistreerde pogers voordien reeds een poging gedaan hadden en dat 32% minstens 2 pogingen en 29% meerdere pogingen deden. Binnen het jaar recidiveerde 29% (Arensman et al., 2003). Uit de Repetition-Prediction Study bleek uit interviews bij pogers (EPSIS II) dat 29% minstens één keer en 17% minstens twee keer binnen het jaar een nieuwe poging doen (Kerkhof & Arensman, 2004).

De cijfers in Vlaanderen volgen deze trend. In 2000 werd in Gent in het kader van de WHO/EURO studie vastgesteld dat van de zelfmoordpogers die al eerder suïcidaal gedrag stelden – 41% – er 21% reeds één poging had ondernomen sinds 1996 (startdatum van het onderzoek) en 20% een voorgeschiedenis had van twee of meer pogingen (van Heeringen, 2002).

In de WESOV studie (registratie op de spoedgevallendiensten van vier algemene ziekenhuizen) had meer dan de helft van de suïcidepogers geen gekende voorgeschiedenis van suïcidaal gedrag (57,1%). Eén op zes (16,8%) had één eerdere zelfmoordpoging ondernomen. Meer dan een tiende van de onderzoeksgroep (10,5%) had reeds vier of meer pogingen achter de rug. 8,7% ondernam al twee eerdere pogingen en 6,9% ageerde reeds driemaal voordien (Van Rijsselberghe, Scoliers, & van Heeringen, 2004).

Onderzoekers zijn het erover eens: de preventie van recidieven bij suïcidepogers is een kernstrategie bij suïcidepreventie (Arensman et al., 2001; De Leo et al., 2004; Hawton & Zahl, 2003).

2.3 EPIDEMIOLOGIE SUÏCIDEPOGINGEN

Op basis van epidemiologisch onderzoek is het mogelijk groepen te omschrijven die gekenmerkt worden door een verhoogd risico op suïcidaal gedrag (van Heeringen & Kerkhof, 2000). Voor de ontwikkeling van behandel- en preventiestrategieën is deze kennis onontbeerlijk. Epidemiologisch onderzoek naar suïcidaal gedrag in Vlaanderen is echter schaars. In het hiernavolgende wordt de situatie tot 2003 beschreven, gebruikmakend van de meest recente gegevens (De Clerck, Mertens, Manshoven, Vanhove, & Vinck, 2005).

2.3.1 INCIDENTIE SUÏCIDEPOGINGEN

Overlijdens ten gevolge van suïcide worden systematisch opgetekend, suïcidepogingen niet. Er zijn geen exacte gegevens over het totale aantal suïcidepogingen in Vlaanderen. Er moet hiertoe een beroep gedaan worden op schattingen op basis van de registraties van de Huisartsenpeilpraktijken (Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid, Peilpraktijken 2001) en van de Eenheid voor Zelfmoordonderzoek van de UGent (Eenheid voor Zelfmoordonderzoek, Universiteit Gent, onder subsidie van het Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap).

De **Huisartsenpeilpraktijken** geven een indicatie van het belang van een aantal gezondheidsproblemen in de algemene populatie en bestuderen er de belangrijkste epidemiologische kenmerken van. Sinds de start van de Huisartsenpeilpraktijken werden suïcide en suïcidepogingen drie maal opgenomen: in de periodes 1982-'83, 1993-'95 en 2000-'01. Het netwerk van huisartsenpeilpraktijken (150-tal huisartsenpraktijken) vertegenwoordigde in de laatste twee registratiejaren 1.5% van de Vlaamse huisartsen en 1.6% van de Waalse huisartsen en bereikte 1.5% van de bevolking.

De peilpopulatie wordt geschat op basis van de vergelijking van het totale aantal contacten van de peilartsen met het totaal aan contacten van alle huisartsen op het niveau van het arrondissement.

De registratie van de huisartsenpeilpraktijken omvat alle gevallen van suïcide(poging) die vastgesteld worden door een peil-/huisarts, een collega huisarts tijdens wachtdienst, op een ambulante psychiatrische dienst of rechtstreekse opname in het ziekenhuis voor zover de peilarts hierover achteraf bericht kreeg (Bossuyt & Van Casteren, 2001). De registratie levert dus incidentiecijfers op.

De **Eenheid voor Zelfmoordonderzoek** van de UGent registreert zelfmoordpogingen in twee studies, de WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide en de Monitoring Studie Zelfmoordpogingen Vlaanderen. De WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide staat onder toezicht van de Wereldgezondheidsorganisatie en de commissie van de EU. Deze studie loopt in 16 Europese landen en onderzoekt de epidemiologie van zelfmoordpogingen aan de hand van de registratie van karakteristieken van zelfmoordpogers in een geografisch goed afgebakend gebied (regio Groot Gent). Er gebeurt een registratie van gegevens van alle zelfmoordpogers die in aanraking komen met gezondheidsinstellingen in de regio Gent, waaronder algemene en psychiatrische ziekenhuizen, huisartsen, crisisinterventiecentra, gevangenis, enz (van Heeringen et al., 2003a). In de Monitoring Studie Zelfmoordpogingen Vlaanderen, opgestart door de Werkgroep Suïcide Onderzoek Vlaanderen (Wesov), worden het aantal suïcidepogingen en kenmerken van suïcidepogers (+15 jaar), die in Vlaanderen onder de aandacht van een AZ komen, geregistreerd. Deze registratie gebeurt aan de hand van een uniform formulier en wordt uitgevoerd in de spoedopnamediensten van vier Vlaamse ziekenhuizen (U.Z. te Gent, A.Z. Sint-Jan te Brugge, Virga Jesse te Hasselt en A.Z. Oost-Limburg te Genk). Deze registratie wordt achteraf onderworpen aan een kwaliteitscontrole waarbij het onderzoeksteam de spoeddiensten bezoekt om de opnameregisters te vergelijken met het aantal geregistreerde suïcidepogingen (van Heeringen et al., 2003b).

Op basis van de registratiegegevens uit zowel Monitoring Studie Zelfmoordpogingen Vlaanderen als uit WHO/EURO Study on Parasuicide is door de Eenheid voor Zelfmoordonderzoek van de UGent een schatting gemaakt van het aantal suïcidepogers in Vlaanderen per 100.000 inwoners.

Ook op basis van de registratiegegevens verzameld door de Huisartsenpeilpraktijken in de periode 2000-2001 is een extrapolatie gebeurd naar suïcidepogingen per 100.000 Vlamingen. Deze gegevens staan gepresenteerd in tabel 2.1.

Tabel 2.1: Schatting van het aantal suïcidepogingen per 100.000 inwoners in Vlaanderen 2001

Aantal suïcidepogingen per 100.000 inwoners in Vlaanderen in 2001			
	Monitoring Studie zelfmoord- pogingen Vlaanderen ^(a) (person-based)	WHO/EURO Multicentre Study ^(b) (person-based)	Huisartsen-peilpraktijken ^{(c), (d)} (event-based)
Mannen	109	136	55
Vrouwen	185	244	102
Totaal	146	192	79

(a) Eenheid voor Zelfmoordonderzoek, Universiteit Gent (van Heeringen et al., 2003b)

(b) Eenheid voor Zelfmoordonderzoek, Universiteit Gent (van Heeringen et al., 2003a)

(c) Gezondheidsindicatoren 2001 (Bossuyt & Van Casteren, 2001)

(d) Schatting aantal suïcidepoging in Vlaanderen op basis van registratie Huisartsenpeilpraktijken in periode 2000-2001

Op basis van de registratiegegevens van de vier spoedgevallendiensten (Monitoring Studie Zelfmoordpogingen Vlaanderen) wordt het aantal pogingen (person-based) voor Vlaanderen in 2001 geraamd op 146 per 100.000 inwoners (van Heeringen et al., 2003b). Voor ditzelfde jaar bedragen de ramingen op basis van de registratiegegevens in de regio Groot Gent (WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide) 192 pogingen (person-based) per 100.000 inwoners (van Heeringen et al., 2003a). Beide schattingen liggen ruim hoger dan het geschatte aantal pogingen berekend op basis van de gegevens van de Huisartsenpeilpraktijken: 146 tot 192 suïcidepogingen per 100.000 versus 79 per 100.000. Hierbij moet worden opgemerkt dat de verschillende registratiesystemen niet zondermeer met elkaar kunnen vergeleken worden, zoals reeds eerder aangehaald. Elk registratiesysteem heeft zijn specifieke beperkingen. Enkele mogelijke verklaringen van de gevonden verschillen worden hierna genoemd.

In de Monitoring Studie Zelfmoordpogingen Vlaanderen registreren de spoedgevallendiensten van vier algemene ziekenhuizen het aantal suïcidepogingen. We vermoeden echter dat een niet te onderschatten aantal suïcidepogers enkel door de huisarts wordt behandeld en opgevolgd, of via de huisarts rechtstreeks verwezen wordt naar ambulante hulpverlening, en met andere woorden ontsnapt aan het zicht van de spoedgevallendiensten.

In de WHO/EURO Study on Parasuicide worden gegevens verzameld in Gent en 14 randgemeenten. Het betreft hier dus voornamelijk een stedelijke populatie, waarbij men zich kan afvragen in hoeverre deze een representatieve steekproef vormt van de Vlaamse bevolking.

Voor de registratie van de Huisartsenpeilpraktijken heeft men wel enig idee van de (geografische) representativiteit, aangezien vrijwel elk arrondissement vertegenwoordigd is. Echter, de betreffende incidentiecijfers zijn wellicht onderschattingen van de ware incidentie aangezien personen zonder vaste huisarts niet zijn opgenomen in de registratie.

Bovendien wordt de huisarts niet altijd op de hoogte gebracht van een suïcidepoging van één van zijn patiënten wanneer deze rechtstreeks in een ziekenhuis wordt opgenomen (zie tabel 2.2).

Zowel in de registratie van Huisartsenpeilpraktijken als de registratie in de Monitoring Studie Zelfmoordpogingen Vlaanderen, wordt een onderscheid gemaakt naar eerste hulpverlener, dit is de hulpverlener waar de patiënt eerst terechtkomt.

Tabel 2.2: Aantal suïcidepogingen in Vlaanderen 2001, naar eerste hulpverlener

Registreerende partij	Percentage pogingen per hulpverleningsinstantie		
	Huisarts ^(a) (peilpraktijken)	Spoedopnamediensten ^(b) (Monitoring Studie Zelfmoordpogingen Vlaanderen)	
		Percent	Valid percent
Ziekenhuis	38,9% (28)	41,3% (237)	58.5%
Huisarts	52,8% (38)	29,3% (168)	41.5%
Andere	8,3% (6)		
Missings		29,4% (169)	

(a) Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, Peilpraktijken 2001 (Bossuyt, N., persoonlijke communicatie, Oktober 4, 2004)

(b) Eenheid voor Zelfmoordonderzoek, Universiteit Gent (Scoliers, G., persoonlijke communicatie, Oktober 21, 2004)

Bij de registraties van de Huisartsenpeilpraktijken komt het merendeel (52,8%) van de pogingen eerst onder de aandacht van de huisarts, alvorens te worden doorverwezen naar een ziekenhuis.

Uit de registratiegegevens van de Monitoring Studie Zelfmoordpogingen Vlaanderen (Eenheid voor Zelfmoordonderzoek) blijkt dat bijna 60% van de pogingen eerst onder aandacht komt van het ziekenhuis, alvorens andere hulpverleners hierbij betrokken worden. Wie de voornaamste eerste hulpverlener is, verschilt dus naargelang wie er registreert: de huisarts of de spoedgevallendienst.

Volgens de registratie die gebeurt op de spoedgevallendiensten (Monitoring Studie Zelfmoordpogingen Vlaanderen) is de huisarts slechts in 41.5% van de gevallen de eerste hulpverlener. Dit kan er op wijzen dat een belangrijk deel van de pogingen niet gekend wordt door de huisarts. Het aandeel missings ligt vrij hoog voor de Monitoring Studie Zelfmoordpogingen Vlaanderen. Op 169 registratieformulieren werd niet aangeduid wie de eerste hulpverlener was geweest bij de geregistreerde poging.

EVOLUTIE SUÏCIDEPOGINGEN

Op basis van de registratiegegevens van de vier deelnemende ziekenhuizen uit de Monitoring Studie Zelfmoordpogingen Vlaanderen (van Heeringen et al., 2003b), is door de Eenheid voor Zelfmoordonderzoek van de UGent, een schatting gemaakt van het aantal suïcidepogers in Vlaanderen per 100.000 inwoners (zie tabel 2.3).

Tabel 2.3: Evolutie van het aantal suïcidepogingen in Vlaanderen (Monitoring studie)

Aantal suïcidepogingen per 100.000 inwoners in Vlaanderen (Person-Based)			
	2001	2002	2003
Mannen	109	133	102
Vrouwen	185	214	168
Totaal	146	172	135

Eenheid voor Zelfmoordonderzoek, Universiteit Gent (van Heeringen et al., 2003b)

Voor 2001 wordt het aantal pogingen (person-based) in Vlaanderen geraamd op 146 per 100.000 inwoners (van Heeringen et al., 2003b). Dit is een aanzienlijke afname ten opzichte van voorgaande jaren (data niet gepresenteerd). In 2003 zet deze dalende trend zich verder, met uitzondering van het jaar 2002 waarin er een stijging van het aantal pogingen (person-based) werd opgetekend tot 172 per 100.000. De cijfers tonen aan dat vrouwen vaker een suïcidepoging ondernemen dan mannen.

De gegevens van de WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide staan weergegeven in tabel 2.4.

Tabel 2.4: Evolutie van het aantal suïcidepogingen in Groot Gent (WHO/EURO studie)

Aantal suïcidepogingen per 100.000 inwoners in regio Groot Gent (Person-Based)			
	2001	2002	2003
Mannen	136	233	154
Vrouwen	244	246	267
Totaal	192	241	213

Eenheid voor Zelfmoordonderzoek, Universiteit Gent (van Heeringen et al., 2003a)

In 2001 registreerde men in de regio Groot Gent 192 pogingen (person-based) per 100.000 inwoners. De man/vrouw ratio bedroeg 1:1.79. In 2002 is er een stijging op te tekenen tot 241 pogingen (person-based). Het verschil tussen mannen en vrouwen is echter aanzienlijk kleiner dan in 2001 (man/vrouw ratio 1:1.03).

In 2003 daalt het aantal pogingen (person-based) opnieuw tot 213 per 100.000 inwoners. De man/vrouw ratio is opnieuw hoog (1:1.73), te wijten aan een forse daling van het aantal mannelijke pogingen en een stijging van het aantal vrouwelijke pogingen (van Heeringen et al., 2003a).

Zowel de gegevens afkomstig van de Monitoring studie als de gegevens van de WHO/EURO Study lijken er op te wijzen dat er een dalende trend aanwezig is ten aanzien van het aantal suïcidepogingen.

2.3.2 RESULTATEN SUÏCIDEPOGINGEN HASSELT EN GENK

In de Monitoring Studie Zelfmoordpogingen Vlaanderen gebeurt een registratie van het aantal suïcidepogingen en kenmerken van suïcidepogers op de spoedgevallendiensten van vier Vlaamse ziekenhuizen (U.Z. te Gent, A.Z. Sint-Jan te Brugge, Virga Jesse te Hasselt en A.Z. Oost-Limburg te Genk). In het hiernavolgende worden de registratieresultaten voor het jaar 2003 van het Virga Jesse ziekenhuis te Hasselt en het Ziekenhuis Oost-Limburg te Genk kort vermeld (Van Rijsselberghe et al., 2003).

■ RESULTATEN GENK

In het Ziekenhuis Oost-Limburg (ZOL) werden in 2003 111 pogingen opgetekend, uitgevoerd door 105 personen. Op basis van deze resultaten kon het aantal pogingen in de regio Genk geschat worden op 111 per 100.000 inwoners. Het overwicht aan vrouwelijke pogers in Genk was groter dan in Vlaanderen (77% vrouwelijke pogers in Genk versus 64.2% vrouwelijke pogers in Vlaanderen).

De gemiddelde leeftijd van de suïcidepogers in Genk was 37,42 jaar. De meest pogers behoorden tot de leeftijdscategorieën 30-34 jaar en 35-39 jaar. Dit kwam deels overeen met de situatie in Vlaanderen, waar de meeste zelfmoordpogingen voorkwamen binnen de leeftijdscategorieën 35-39 en 20-24.

Net zoals voor Vlaanderen was ook in Genk de meest gehanteerde methode 'zelfvergiftiging' d.m.v. medicatie, alcohol en pesticiden/dampen (N=93; 83,8%). De overige 16,2% (N=18) hanteerde de methode van 'zelfverwonding'. Net zoals in Vlaanderen, werd ook voor de regio Genk een significant verschil gevonden tussen mannen en vrouwen wat betrof hun methode om een suïcidepoging te ondernemen ($\chi^2=6,315$; $df=1$; $p=0,012$). Mannen maakten eerder gebruik van zelfverwonding dan vrouwen.

Van alle suïcidepogers die terechtkwamen op de spoedafdeling van het ZOL, werd 76,9% gehospitaliseerd, 13% werd extramuraal ambulante behandeld, en 5,6% werd intramuraal ambulante behandeld. De overige 4,6% werd niet doorverwezen. In vergelijking met Vlaanderen, werden in Genk ietwat meer suïcidepogers gehospitaliseerd (76.9% versus 72.5%) en doorverwezen (94.4% versus 90.6%).

Voor 67,6% van de pogers was dit hun eerste zelfmoordpoging. 16,9% had één eerdere poging ondernomen; 8,5% had twee eerdere pogingen ondernomen; 1,4% had drie eerdere pogingen ondernomen en nog eens 5,6% had vier of meer eerdere pogingen ondernomen. Procentueel gezien had Genk minder repeaters (32,4%) dan Vlaanderen (42,9%).

■ RESULTATEN HASSELT

In het Virga Jesse ziekenhuis werden in 2003 76 pogingen geregistreerd, uitgevoerd door 73 personen. Op basis van deze resultaten kon het aantal pogingen in de regio Hasselt geschat worden op 98 per 100.000 inwoners.

De man-vrouw verdeling was identiek aan die van Vlaanderen, namelijk 64,4% vrouwelijke en 35,6% mannelijke suïcidepogers.

De gemiddelde leeftijd van de suïcidepogers was in Hasselt 34,23 jaar. De meest suïcidepogingen kwamen voor in de leeftijdscategorieën 15-19 jaar en 20-24 jaar. Dit komt gedeeltelijk overeen met de situatie in Vlaanderen, waar de meeste zelfmoordpogingen voorkwamen binnen de leeftijdscategorieën 35 tot 39 jaar en 20 tot 24 jaar.

Net zoals voor Vlaanderen was ook in Hasselt de meest gehanteerde methode 'zelfvergiftiging' d.m.v. medicatie, alcohol en pesticiden/dampen (N=67; 88,2%). De overige 11,8% (N=19) hanteerde de methode van 'zelfverwonding'. In Hasselt is, in tegenstelling tot Vlaanderen, geen significant verschil op te tekenen tussen mannen en vrouwen ten aanzien van de methode om een suïcidepoging te ondernemen ($\chi^2=0,003$; $df=1$; $p=0,953$).

Van alle suïcidepogers die terechtkwamen op de spoedafdeling van het Virga Jesseziekenhuis, werd 78,6% gehospitaliseerd, 10% werd extramuraal ambulante behandeld, en 4,3% kreeg een intramurale ambulante behandeling. De overige 7,1% werd niet doorverwezen. Ook voor Hasselt gold dat iets meer patiënten werden gehospitaliseerd in vergelijking met Vlaanderen (78,6% versus 72,5%). Er waren minder extramurale ambulante behandelingen (10% versus 13%), maar een gelijk aantal intramurale ambulante therapieën (4,3% versus 4,5%). Meer personen werden doorverwezen (92,9% versus 90,6%).

Voor 70,6% van de pogers was dit hun eerste zelfmoordpoging. 10,3% had één eerdere poging ondernomen; 5,9% had twee eerdere pogingen ondernomen; 5,9% had drie eerdere pogingen ondernomen en nog eens 7,4% had vier of meer eerdere pogingen ondernomen. Procentueel gezien had Hasselt minder repeaters (29,4%) dan Vlaanderen (42,9%).

2.4 RISICOFACTOREN

Suïcidaal gedrag kan nooit verklaard worden vanuit één enkele oorzaak. Het is het gevolg van de complexe interactie van sociale, psychologische en biologische karakteristieken en bijgevolg multifactorieel bepaald. Het risico wordt bepaald door de (cumulatie van) risicofactoren in de afwezigheid van beschermende factoren.

Suïcidaal gedrag komt zelden voor in afwezigheid van psychiatrische stoornissen. Zowel bij suïcides als bij suïcidepogingen worden psychiatrische aandoeningen vastgesteld, en vaak is er sprake van co-morbiditeit. Depressie is de 'final common pathway' naar suïcide. In ongeveer 70% van de suïcidepogingen wordt een depressie gediagnosticeerd. Persoonlijke stoornissen komen voor bij bijna de helft van de suïcidepogers (Haw, Hawton, Houston, & Townsend, 2001).

In het geval van de aanwezigheid van depressie werden ondermeer volgende karakteristieken van suïcidaliteit door onderzoek geïdentificeerd: hopeloosheid, verstoord seretonerg functioneren, verminderde probleemoplossende vermogens, sensitiviteit voor sociale stimuli (hoofdzakelijk interpersoonlijke levensgebeurtenissen), persoonlijkheidsstoornis, temperament, en noradrenergische dysfuncties (van Heeringen, Portzky, & Audenaert, 2004).

Bij suïcidaal gedrag is er steeds sprake van een interactie tussen het kwetsbare individu en de omgeving. Biologische kwetsbaarheid is vastgesteld en recent onderzoek geeft aanwijzingen over een mogelijke genetische invloed (Marusic, 2005). De kwetsbaarheid kan ook 'verworven' zijn. Levensgebeurtenissen die gepaard gaan met chronische of acute stress kunnen enerzijds op lange termijn de kwetsbaarheid vergroten, anderzijds op korte termijn aanleidingen vormen voor suïcidaal gedrag. Een psychobiologisch model van suïcidaal gedrag is beschreven door van Heeringen (2004). Dit model geeft aanwijzingen voor behandeling: psychofarmacologische behandeling in combinatie met psychotherapeutische behandeling is nodig om de kans op suïcidaal gedrag (in de context van een depressie) in te perken.

2.5 OPVANG NA EEN SUÏCIDEPOGING EN PREVENTIE VAN RECIDIVE

Meta-analyses van effectonderzoeken van behandelingsstrategieën na suïcidepoging geven geen definitieve aanwijzingen voor de meest effectieve behandeling (Arensman et al., 2001; Hawton et al., 2000; Hepp, Wittman, Schnyder, & Michel, 2004; Townsend et al., 2001).

De geciteerde studie van Hepp et al. (2004) waarin een overzicht wordt gegeven van psychologische en psychosociale interventies na suïcidepoging stelt: "Any new approach toward the suicidal patient should primarily emphasize an enhancement of the therapeutic alliance and, at the same time, consider the generally low attendance rate in aftercare. What patients in suicidal crisis generally need is probably not so much extensive therapy as a 'lifeline' or an 'anchor' as provided by some interventions. However a 'lifeline' is only helpful if there is someone at the other end, [...]. As the suicide risk after an attempted suicide remains elevated, even long-term perspective interventions should probably aim less at a curative treatment of suicidality, and more at improving the patient's resilience to, and coping with, psychosocial stress and suicidal crisis" (Hepp et al., 2004, p. 113).

Intensieve of lange termijn interventies worden veelal niet goed geaccepteerd door de patiënten. Men vermoedt dat suïcidepogers mogelijk de psychiater en de huisarts niet percipiëren als mensen die hulp kunnen bieden bij hun probleem en dat er geen overeenkomst is tussen de visie van de patiënt en de hulpverlener op het probleem dat aan de oorsprong ligt van het suïcidale gedrag.

'Compliance', therapietrouw blijkt een belangrijk probleem te zijn in de opvang van suïcidepogers (van Heeringen, C. et al. 1995). Verschillende strategieën met het oog op therapietrouw werden onderzocht (Bennewith et al., 2002; Links, Balchand, Dawe, & Watson, 1999; Morgan, Jones, & Owen, 1993; Motto & Bostrom, 2001; van Heeringen, 2000; van Heeringen et al., 1995). Strategieën die gericht zijn op het verhogen van therapietrouw door out-reachprogramma's en door continuïteit van de therapeut blijken succesvol te zijn, maar slechts in twee onderzoeken resulteerde dit in een verminderd aantal recidieven (Hepp et al., 2004). Out-reaching via telefonische contacten bij oudere patiënten kon het voorkomen van suïcides verminderen (De Leo, Dello Buono, & Dwyer, 2002) en verhoogde de therapietrouw bij suïcidepogers (Cedereke, Monti, & Öjehagen, 2002).

Voor Vlaanderen is de strategie die uitgetest werd aan de UGent belangrijk (van Heeringen et al., 1995). Zij deden een gerandomiseerde, gecontroleerde studie bij suïcidepogers waarbij het effect werd onderzocht van huisbezoeken door een sociaal verpleegkundige. In de experimentele conditie werden patiënten tot driemaal bezocht wanneer zij afhaakten voor de geplande vervolgzorg na ontslag uit het AZ. Tijdens deze bezoeken werden de redenen hiervoor besproken, de zorgbehoeften in kaart gebracht en trachtte de hulpverlener er voor te zorgen dat de zorgbehoeften en het vervolgzorgaanbod op elkaar werden afgestemd. Men stelde vast dat in vergelijking met de controleconditie (behandeling 'as usual') er een verhoogde therapietrouw was en een bijna significant effect ten aanzien van recidivepreventie.

Tijdens de 4^{de} Internationale Meeting: “Suicide: Interplay of Genes and Environment” in Gent 2005², presenteerden Wang en Hvid de voorlopige resultaten van een interventiestudie waarin out-reaching werd onderzocht door een hulpverlener verbonden aan het Centrum voor Zelfmoordpreventie van Kopenhagen (Hvid & Wang, 2005). De out-reaching bestond uit: huisbezoeken (gemiddeld vier), telefooncontacten waarin de patiënt werd aangemoedigd om zijn vervolgzorg op te nemen en te continueren. De patiënt werd op een empathische, geduldige en respectvolle manier benaderd. Praktische obstakels en problemen werden besproken. Na een half jaar bleek dat 5 van de 58 patiënten in de studie een nieuwe poging hadden ondernomen. In vergelijking met een controlegroep uit een vorige studie was dit aantal significant lager. Dergelijke out-reaching programma’s blijken beloftevol te zijn en worden momenteel in verschillende landen uitgetest (10th European Symposium on Suicide and Suicidal behaviour Kopenhagen 2004). Gemeenschappelijk is dat de hulpverlener die aan out-reaching doet, niet zélf de vervolgzorg verstrekt, maar eerder instaat voor het motiveren van de patiënt om een vervolgzorgprogramma te volgen. Dit vervolgzorgadvies werd gegeven tijdens de opvang in het AZ en behelst veelal een verwijzing naar de voorzieningen voor Geestelijke Gezondheidszorg of naar een privé gevestigde psychiater. De Vlaamse realiteit is dat er erg weinig middelen ter beschikking zijn voor zelfmoordpreventie en men dus moeilijk kan investeren in bijkomend personeel, in casu “community nurses”. In Limburg – waar dit pilootproject werd ontwikkeld door de Suïcidepreventiewerkgroep Limburg – kiezen we ervoor om deze rol toe te bedelen aan de huisartsen. Hiervoor zijn goede redenen.

■ ROL VAN DE HUISARTS

Onderzoek wijst uit dat de meeste patiënten die suïcide plegen of een suïcidepoging ondernemen, hun huisarts kort voor de suïcidale act bezoeken. Bij benadering de helft tot twee derde van de individuen bezoeken hun huisarts binnen 1 maand voor de suïcide(poging) (Dillen, De Ruyter, & Cosyns, 1999; Houston, Haw, Townsed, & Hawton, 2003; Luoma, Martin, & Pearson, 2002; Schulberg, Bruce, Lee, Williams, & Dietrich, 2004), 10 tot 40 % doet dit zelfs een week ervoor (Houston et al., 2003). Deze bevindingen vormen een rationale om huisartsen een meer prominente rol toe te kennen in suïcidepreventie. Het wordt aangenomen dat de interesse van de huisarts in de problemen van de patiënt en een meer diepgaande assessment tijdens deze consultaties een slechte afloop kan vermijden door tijdige interventies. Niettegenstaande is het moeilijk voor huisartsen om die patiënten te identificeren die een hoog risico hebben op suïcidaal gedrag. Veelal immers worden tijdens het contact met de huisarts hoofdzakelijk somatische klachten en vage psychische klachten geformuleerd (1997).

² Project voorgesteld op 4th International Meeting: “Suicide: Interplay of Genes and Environment” in Gent 2005 door R. Vanhove: Implementing suicide prevention in Flanders: network with primary care physicians in prevention of repetition of suicidal behaviour and training programme for GP’s.

Studies tonen aan dat in slechts 19% tot 54% van de medische consultaties voorafgaand aan een suïcidepoging, patiënten hun huisarts expliciet inlichten over hun suïcidale gedachten en/of plannen (Isometsä, Aro, Henriksson, Heikkinen, & Lönnqvist, 1994; Stenager & Jensen, 1994).

Huisartsen moeten dus alert zijn ten aanzien van suïcidale ideatie bij patiënten die aan een depressie lijden of één van de andere voorgenoemde risicofactoren vertonen.

Onderzoek heeft bovendien uitgewezen dat huisartsen die voor een dergelijke bevraging getraind worden, meer frequent relevante informatie verzamelen dan hun collega's die hierin niet getraind zijn (Kaplan, Adamek, & Rhoades, 1998). Huisartsen kunnen technieken aanleren om hun patiënten zowel direct als indirect te bevragen over suïcidale plannen en de uitvoering ervan.

Ook na een suïcidepoging blijkt de huisarts een centraal aanspreekpunt te zijn. De studie van Houston (2003) toonde aan dat tweederde van de patiënten hun huisarts binnen de maand na de poging consulteerden. Tijdens dit contact bespraken ruim de helft van de patiënten hun emotionele problemen, alsook de factoren die aanleiding hadden gegeven tot de poging.

De rol van de huisarts in de vervolgzorg van suïcidepogers is belangrijk aangezien meer dan de helft van deze patiënten geen psychiatrische follow-up ontvangt. Onderzoeksbevindingen tonen aan dat de therapietrouw in gestandaardiseerde vervolgzorg zelden 40% overschrijdt (van Heeringen et al., 1995). Een bijkomend probleem is dat suïcidepogers vaak zeer vlug het algemeen ziekenhuis verlaten, nadat de eerste medisch zorgen zijn toegediend. Op deze manier is het stellen van een goede diagnose en het opzetten van een vervolgbehandeling onmogelijk.

Daarenboven blijkt dat het in vele gevallen erg moeilijk is om, onmiddellijk na de poging, te communiceren met de patiënt. Sommige suïcidepogers minimaliseren de poging, voelen zich beschaamd en mislukt. Wat de patiënt zelf aangeeft omtrent de planning en intentie van de poging is niet altijd betrouwbaar. Uit onderzoek (Verwey & Kerkhof, 2000) blijkt dat suïcidepogers zich vaak weinig kunnen herinneren van een gesprek in het ziekenhuis. Anterograde amnesie, veroorzaakt door ingenomen medicamenten, is een van de verklaringen hiervoor.

De conclusie is dan ook dat het van groot belang is voor alle suïcidepogers, in het bijzonder voor de groep die het ziekenhuis zeer vlug verlaat, dat de huisarts vlug op de hoogte wordt gebracht en een vervolgzorgcontact geregeld wordt. Voor deze patiënten is de huisarts vaak de belangrijkste hulpverlener in het organiseren van de broodnodige vervolgzorg, en veelal de enige waarmee het gezin vertrouwd is. Huisartsen bevinden zich immers vaak in een positie waarin zij lange termijn therapeutische relaties kunnen aangaan met patiënten en kennis hebben van familiale achtergronden en psychosociale problemen.

Ze kunnen 'een vinger aan de pols houden' op lange termijn, met andere woorden op geregelde basis informeren naar het psychische welzijn van de patiënt, zeker naar aanleiding van crisismomenten en verliessituaties (verlies van relatie, gezondheid, rouw,...) en aldus kwetsbare patiënten met een verhoogd risico doorheen moeilijke momenten in hun leven opvolgen en eventueel (terug) verwijzen naar hulpverleners in de geestelijke gezondheidszorg indien psychisch disfunctioneren aanwezig is.

Op deze manier kan de motivatie en therapietrouw van patiënten positief beïnvloed worden. Daarenboven geven huisartsen zelf aan meer betrokken te willen worden bij de zorg voor de patiënt na ontslag uit het AZ of het psychiatrische ziekenhuis.

Een noodzakelijke voorwaarde voor deze gang van zaken is weliswaar dat de patiënt vanuit het ziekenhuis wordt doorverwezen naar de huisarts en dat de huisarts wordt geïnformeerd over de crisisopname.

Bij de populatie van de suïcidepogers is het zo dat de huisarts in Vlaanderen veelal niet op de hoogte is van de poging van een patiënt die zich aanmeldt in een AZ. Suïcidepogers melden zich immers vaak rechtstreeks aan bij de dienst spoedgevallen van het AZ.

Moens maakte in 1999 de volgende berekeningen: Slechts 16,3% van de patiënten die op de spoedgevallendienst binnenkomen, zouden door hun huisarts hiernaar verwezen zijn. Wat de overige groep betreft (83,7%), blijkt de huisarts slechts in 11% op de hoogte te zijn van de spoedopname. Met andere woorden, het gros van de rechtstreekse spoedopnames wegens suïcidepogingen zou ontsnappen aan de aandacht van de huisarts. Alles tezamen zou de huisarts zicht hebben op 31% van de suïcidepogingen, de spoedopnamediensten op 93%. Communicatie vanuit het ziekenhuis aan de huisarts is dan ook zeer belangrijk (Moens et al., 1999).

Meer recente cijfers, afkomstig van de registratie in het kader van de Monitoring Studie Zelfmoordpogingen Vlaanderen (Eenheid voor Zelfmoordonderzoek) tonen aan dat meer dan 58.5%³ van de pogingen eerst onder aandacht komt van het ziekenhuis, alvorens andere hulpverleners hierbij betrokken worden. De huisarts zou volgens deze registratie slechts in 41.5% van de gevallen de eerste hulpverlener zijn, hetgeen indiceert dat een belangrijk deel van de pogingen hoogstwaarschijnlijk niet gekend is door de huisarts (Scoliers, G., persoonlijke communicatie, Oktober 21, 2004). Ook bevindingen van de 'WHO Euro Studie' van de Universiteit Gent tonen aan dat de huisarts relatief weinig betrokken is bij interventies naar aanleiding van suïcidepogingen (van Heeringen, 2002).

³ Aantal missende waarden buiten beschouwing gelaten bij de percentageberekeningen

3 ONDERZOEKSPROJECT ‘RECIDIVEPREVENTIE SUÏCIDEPOGINGEN IN SAMENWERKING MET HUISARTSEN’

Dit hoofdstuk start met een beschrijving van de inhoud en opzet van het project en de projectvereisten (paragraaf 3.1). Vervolgens wordt in paragraaf 3.2 ingegaan op de werkzaamheden die gebeurd zijn tijdens de voorbereidende fase van het project. In paragraaf 3.3 tenslotte wordt de opzet van de gegevensverzameling besproken, in het kader van het aan project gekoppelde onderzoek besproken, bestaande uit een effect- en procesevaluatie. Het onderzoek liep van 1 november 2003 tot 31 december 2005 en werd uitgevoerd aan de Universiteit Hasselt (UH) door Joke Manshoven (van 1 november 2003 tot 1 februari 2005), Tinne Mertens (1 juni 2004 tot 31 oktober 2004) en Sara De Clerck (vanaf 1 februari 2005), in samenwerking met Rita Vanhove (projectmedewerkster CGG, Suïcidepreventiewerkgroep Limburg) en Prof. Jan Vinck (UH). Een stuurgroep, onder leiding van Prof. Van Heeringen (Universiteit Gent) en bestaande uit Martine Vanhecke, opgevolgd door Jessy Hoste (financierende overheid), Hans Bamelis (Huisarts, LOGO-arts), Cindy Monard (psychologe liaison team A.Z. Vesalius), Chris De Smet (zorgmanager psychiatrie Virga Jesseziekenhuis), Liesbeth Bruckers (Centrum voor Statistiek, UH), Rita Vanhove en onderzoeksteam Gezondheidspsychologie van UH, begeleidde het project.

3.1 OPZET EN DOELSTELLINGEN

In wat volgt worden de opzet en inhoud van het project geschetst. Het onderzoek dat gekoppeld was aan het project, vereiste dat een onderzoeksgroep geworven werd. De criteria waaraan deze groep moest voldoen, worden beschreven.

3.1.1 ALGEMENE DOELSTELLING VAN HET PROJECT

Algemene doelstelling van het project: nagaan of de meer systematische inschakeling en ondersteuning van de huisarts leidt tot een betere opvang na ontslag uit het ziekenhuis en een verbeterd welzijn van de patiënt die na een suïcidepoging wordt ontslagen uit het AZ.

Het in het project onderzochte verwijssysteem trachtte ervoor te zorgen dat er zo snel mogelijk na ontslag uit het ziekenhuis een contact tussen huisarts en patiënt tot stand kwam.

De strategie bestond erin dat het algemeen ziekenhuis binnen de week na ontslag een rapport zou sturen naar de huisarts naar aanleiding van het ontslag van een suïcidepoging uit het ziekenhuis. In het ziekenhuis werd aan de patiënt uitgelegd dat de huisarts een belangrijke hulpverlener kan zijn, die beschikbaar is als de patiënt in moeilijkheden komt en die, naast het lichamelijke, ook zorg kan dragen voor het psychische welzijn. Er werd voorgesteld dat de patiënt de huisarts binnen de week na ontslag uit het ziekenhuis zou contacteren. De huisarts ontving naast het rapport een 'flyer' (zie bijlage 1) waarin het belang van de strategie toegelicht werd en waarin hulp aangereikt werd voor de inhoud van een gesprek met de patiënt. Voor bijkomende informatie werden de huisartsen verwezen naar de website:

<http://users.skynet.be/oase/suicide1.html>. Op deze website werden enkele links verzameld naar website die nuttig kunnen zijn voor hulpverleners en hulpbehoevenden en konden huisartsen suïcidegerelateerde informatie terugvinden (onder andere over vooroordelen die bestaan rond suïcide, de mate waarin en de manier waarop men het suïcidethema bespreekbaar kan maken, welke stadia mensen doorlopen die in een 'suïcidaal proces' terechtgekomen zijn, hoe men het suïciderisico bij iemand kan inschatten, de mate waarin medicatie kan helpen, enzovoorts). In de flyer werd daarnaast aan de huisarts gevraagd om binnen de twee weken na ontslag contact op te nemen met de patiënt ('out-reaching') wanneer de patiënt zelf hiertoe geen initiatief nam. Patiënt moest voor deze werkwijze 'informed consent' geven (zie bijlage 2).

Om het effect van de voorgestelde strategie te kunnen toetsen, werden een aantal ziekenhuizen gekozen waarin de hoger beschreven strategie werd toegepast (interventieziekenhuizen), terwijl een aantal andere ziekenhuizen (de controleziekenhuizen) werd gevraagd dit (nog) niet te doen en te handelen 'as usual' (voor een overzicht van interventie- en controleziekenhuizen zie subparagraaf 3.3.2).

3.1.2 SPECIFIEKE ONDERZOEKSVRAGEN

Via een effectmeting (zie subparagraaf 3.3.2) moest onderzocht worden of de verwijfsstrategie, waarbij zowel patiënt als huisarts gestimuleerd werden om contact op te nemen, tot een betere opvang na ontslag uit het ziekenhuis en een gunstiger welzijn van de patiënt zou leiden. Een eerste onderdeel van de effectevaluatie bestond er bijgevolg in om te onderzoeken of de geïntroduceerde verwijfsstrategie er toe leidde dat er effectief én snel (binnen de twee weken na ontslag uit ziekenhuis) een contact tot stand kwam tussen de patiënt en de huisarts. Een tweede onderdeel van de effectevaluatie had tot doel na te gaan of het – met behulp van hoger genoemd verwijfssysteem – tot stand brengen van een contact met de huisarts en eventueel op gang brengen van vervolgzorg een gunstige invloed had op het welzijn en functioneren van de patiënt, zes maanden na zijn ontslag uit het ziekenhuis. Patiënten werden hiertoe 2 maal gecontacteerd na ontslag uit het ziekenhuis, een eerste maal twee weken na ontslag en een tweede maal 6 maanden na ontslag.

Aan de hand van een procesevaluatie (subparagraaf 3.3.3) werd nagegaan in hoever en in welke condities we erin geslaagd waren om de vooropgezette strategie uit te laten voeren door de betrokken ziekenhuizen en huisartsen.

3.1.3 INCLUSIECRITERIA ONDERZOEKSGROEP

Binnen het onderzoek werd de volgende WHO definitie van een 'suïcidepoging' gehanteerd:

Een zelfmoordpoging wordt gedefinieerd als een handeling, met niet fatale afloop, waarbij een individu opzettelijk en weloverwogen een ongewoon gedrag stelt of initieert, dat zonder interventie van anderen zal leiden tot zelfverwonding (-vernietiging), of waarbij een individu opzettelijk een stof inneemt in een grotere dan de voorgeschreven of algemeen aanvaardbare therapeutische dosis, met de bedoeling via de actuele of verwachte fysieke gevolgen, verlangde veranderingen te bewerkstelligen. Onder de zelfverwonding klasseren we de meer harde, gewelddadige methodes zoals ophanging, wurging, verdrinking, zichzelf verwonden met een stomp of scherp voorwerp, van een hoogte springen, ...

Onder de zelfvergiftiging plaatsen we de zachtere methodes zoals inname van (psycho)farmaca, drugs, alcohol, chemicaliën of andere schadelijke stoffen.

Elke patiënt (vanaf 16 jaar) die met een zelfmoordpoging werd opgenomen en ontslagen vanuit het algemeen ziekenhuis behoorde tot de onderzoeksgroep. Patiënten die na opname in een algemeen ziekenhuis eerst werden doorverwezen naar een psychiatrische instelling, werden om praktische redenen (telefonisch contact na twee weken) niet opgenomen in de studie. We kunnen tevens verwachten dat deze groep patiënten veelal gekenmerkt wordt door de aanwezigheid van psychiatrische problematieken.

3.2 VOORBEREIDENDE FASE/PILOOTFASE

De voorbereidende fase van het project omvatte alle activiteiten gericht op het informeren over en motiveren voor het project, evenals de voorbereidende werkzaamheden in het kader van de opstart van het project. Deelnemende partners aan het project waren de ziekenhuizen (3.2.1), de huisartsen (3.2.2) en de CGG (3.2.3). De voorbereidende fase liep van 1 februari tot 1 mei 2004.

3.2.1 ZIEKENHUIZEN

▣ OPSTART/PROEFPERIODE

Alle Limburgse Algemene Ziekenhuizen werden gecontacteerd om hun medewerking te vragen voor het project. Zeven van de acht ziekenhuizen reageerden positief op deze vraag.

Het project werd ter goedkeuring voorgelegd aan de ethische commissies van de ziekenhuizen⁴. In alle deelnemende ziekenhuizen werd het project gunstig geadviseerd. Het project werd tevens goedgekeurd door de ethische commissie van het Limburgs Universitair Centrum.

Volgende ziekenhuizen zegden hun deelname aan het onderzoek toe:

- Ziekenhuis Oost-Limburg, Campus Sint-Jan, Genk
- A.Z. Vesalius, Tongeren
- Sint-Franciskusziekenhuis, Heusden
- Sint-Trudo Regionaal Ziekenhuis, Sint-Truiden
- Maria Ziekenhuis Noord-Limburg, Lommel
- Ziekenhuis Maas en Kempen, Maaseik
- Virga Jesseziekenhuis, Hasselt

Een aantal ziekenhuizen (drie interventieziekenhuizen) werkten mee aan een korte proefperiode. Deze proefperiode had als doel na te gaan of de gemaakte afspraken werkten, of de formulieren duidelijk waren, waar zich problemen voordeden bij het bespreken van het onderzoek met de patiënten, e.d.

Omwille van praktische redenen (definitieve goedkeuring ethische commissie, informeren van alle betrokken partijen binnen het ziekenhuis, ...) konden niet alle ziekenhuizen even lang testen.

In één ziekenhuis werd het verwijssysteem gedurende een maand uitgetest (begin april 2004- 1 mei 2004).

In de twee andere ziekenhuizen duurde de pilootfase 2 weken (15 april 2004 – 1 mei 2004).

Aan het einde van deze proefperiode vond een korte evaluatie plaats. De opzet van deze evaluatie is een onderdeel van de uitgevoerde procesevaluatie en is terug te vinden in subparagraaf 3.3.3.

▣ VORMING EN OVERLEG MET ZIEKENHUISPERSONEEL

Door de projectmedewerkster van de CGG werd een aanbod deskundigheidsbevordering voor ziekenhuispersoneel gedaan. In het hiernavolgende wordt een overzicht gegeven van de activiteiten:

⁴ Voorafgaan aan het KB van mei 2004 inzake de rol van ethische commissies binnen een multicentre trial, was het aangewezen de commissies van elk deelnemend ziekenhuizen te raadplegen.

- op 18 maart '04: Studiedag in het Limburgs Universitair Centrum (LUC) voor gezondheidswerkers uit de voorzieningen en algemene ziekenhuizen: 'Weggaan en toch blijven', een studiedag over de problematiek van suïcidaliteit in de context van de familie. Organisatie: Suïcidepreventiewerkgroep Limburg in samenwerking met SPIL.
- Op 28 september '04: Vorming en overleg met verpleegkundigen op psychiatrische afdeling (PAAZ) van Sint-Franciskusziekenhuis in Heusden.
- Op 20 september '04: Vorming en overleg met verpleegkundigen van Regionaal Ziekenhuis Sint-Trudo.
- Oktober 2003: tweemaal tweedaagse vormingen in AZ Vesalius: vorming van spoedverpleegkundigen en van psychologisch liaisonteam.
- Januari 2004: twee maal tweedaagse vormingen in AZ Vesalius: vorming van verpleegkundigen van verblijfsafdelingen.
- In het A.Z. Vesalius Tongeren werd een Stuurgroep Suïcidepreventie opgericht met partners uit het ziekenhuis, vertegenwoordigers van huisartsen, CGG, CLB, OCMW en projectmedewerkers van de CGG. Deze stuurgroep heeft als doelstelling een protocol met betrekking tot suïcidepreventie uit te werken in het AZ en de samenwerking met externe hulpverleners te bevorderen. Deze werkgroep evalueerde de stappen van het klinisch pad en de evoluties rond de 'flyer'-strategie.
- Met het personeel van de daghospitalisatie van het Sint-Franciscusziekenhuis vond een overleg plaats op 14 december over de zorgbehoeften van suïcidepogers en de op punt stelling van hun aanbod van vervolgzorg aan suïcidepogers. Met het personeel van de PAAZ van dat zelfde ziekenhuis vond een tweede overleg en bijscholingsmoment plaats op 15 februari 2005.
- Met het personeel van de spoedafdeling van het Sint-Trudoziekenhuis werd een bijscholings- en infoavond georganiseerd op 10 maart 2005. Op 24 mei 2005 vond een overleg plaats met ziekenhuispersoneel en dit met de bedoeling de werkzaamheden in het kader van netwerkontwikkeling en de ontwikkeling van een klinisch pad (die in het verleden reeds werden gevoerd) terug op te starten.
- Met het personeel van de sociale en psychologische dienst van het ziekenhuis Maas en Kempen werden de vormingsbehoeften en behoeften aan het op punt zetten van een klinisch pad 'opvang suïcidepogers' in kaart gebracht. Dit met de bedoeling om na afloop van de wervingsperiode van patiënten voor het onderzoek, ook in dit 'controle ziekenhuis' goede praktijken verder te ontwikkelen. Er werd een afspraak gemaakt met directie en personeel sociale dienst en psychologe voor overleg op 22 juni 2005.

✚ NIEUWSBRIEF

Om de ziekenhuizen regelmatig te informeren en blijvend te motiveren, werden op regelmatige tijdstippen na de voorbereidende fase nieuwsbrieven verstuurd naar alle deelnemende ziekenhuizen. In totaal zijn vier nieuwsbrieven verschenen: in oktober 2004, november 2004, februari 2005 en april 2005 (zie bijlage 3).

Iedere nieuwsbrief informeerde over de stand van zaken binnen het onderzoek, maar belichte daarnaast telkens een ander aspect in het kader van suïcidepreventie (bijvoorbeeld risico-inschatting, opvang suïcidepogers in een algemeen ziekenhuis, ...). De nieuwsbrief werd zowel schriftelijk als elektronisch verspreid naar alle contactpersonen binnen de ziekenhuizen. Het stond de contactpersonen vrij om de nieuwsbrief intern verder te verspreiden zodanig dat alle bij het onderzoek betrokken personen in het ziekenhuis op de hoogte waren van de stand van zaken van het project.

3.2.2 HUISARTSEN

Het opzet van dit pilootproject bestond erin de huisarts actief te betrekken in de (na)zorg aan de suïcidepogers na ontslag uit het algemeen ziekenhuis. De huisartsen uit de interventieregio's (= regio van een interventieziekenhuis) moesten daartoe geïnformeerd worden over het project, gesensibiliseerd i.v.m. hun rol in recidivepreventie en ondersteund in de zorg voor de suïcidale patiënt.

Via de vertegenwoordigers van de Huisartsenkringen (HAK) en Lokale Kwaliteitsgroepen (LOK's) werden de huisartsen schriftelijk en/of mondeling geïnformeerd over het project. In de hen toegezonden flyer werden huisartsen er op gewezen dat ze voor consultatief overleg terecht zouden kunnen in de CGG. Daarnaast werd aan deze huisartsen een bijscholingsaanbod gedaan. Dit laatste omdat bekend is dat de huisarts in de dagelijkse praktijkvoering niet frequent geconfronteerd wordt met de suïcideproblematiek en het opbouwen van deskundigheid hieromtrent niet vanzelfsprekend is.

De huisartsen uit de controleregio's werden geacht hun praktijk 'as usual' voort te zetten. Ze werden bijgevolg niet geïnformeerd en er werd geen bijscholing aangeboden. In het Maasland overlapte de "interventieregio" echter gedeeltelijk met de "controleregio". Aldus werd beslist de huisartsen uit deze regio schriftelijk te informeren over het project, hun te wijzen op het verschil in werkwijze tussen interventie- en controlepatiënten en te vragen dit verschil in acht te nemen (zie bijlage 4). Het verschil in werkwijze betrof hier voornamelijk het initiatief door de huisarts om aan out-reaching te doen.

Tijdens de infoavonden in de interventieregio's, werd (door de projectmedewerkster van de CGG) de strategie toegelicht en werden belangrijke elementen van de zorg voor de suïcidale patiënt, evenals kernelementen van suïcidepreventie besproken. Er werd gewerkt aan een verdieping van kennis en een positieve evolutie van attitudes. Vooroordelen en misvattingen werden gecorrigeerd.

Er werd veel aandacht gegeven aan het motiveren van de huisartsen om aan out-reaching te doen en hoe zij dit in de realiteit konden gestalte geven. Eveneens werd het ter beschikking zijnde elektronisch vormingsprogramma 'ITOL suïcidepreventie' voorgesteld en werden de huisartsen gemotiveerd om aan deze nieuwe vorm van bijscholing te participeren. Er werd een aanbod gedaan om in LOK-vergaderingen dieper in te gaan op het onderwerp en casuïstiek te bespreken.

Tijdens gezamenlijke infoavonden met ziekenhuispersoneel, huisartsen en CGG's werden samenwerkingsmodaliteiten besproken.

▣ INTERVENTIEREGIO'S

Regio Tongeren

Alle betrokken huisartsenkringen werden schriftelijk geïnformeerd in de loop van januari 2004. Drie huisartsenkringen gingen akkoord om de gezamenlijke infoavond in het ziekenhuis (A.Z. Vesalius) op 18 maart 2004 bij te wonen. Tijdens deze 'startconferentie' gaven Cindy Monard, Petra Suchanek (beide leden van psychologisch liaisonteam van ziekenhuis) en Rita Vanhove (CGG-medewerkster) toelichting over de opvangprocedure voor suïcidepogers in het ziekenhuis, de preventiestrategie en de rol van de huisarts in de vervolgzorg en het onderzoeksopzet van het project. Nadien volgde een panelgesprek met voorgenoemde sprekers, een huisarts, liaisonpsychiaters en een onderzoeksmedewerkster van het LUC. Ziekenhuispersoneel en 3 huisartsenkringen waren aanwezig. Het initiatief werd zeer gunstig onthaald door de betrokkenen. Op 22 april werd een bijscholingsavond georganiseerd voor de huisartsenkring Tongeren. Deze avond werd verzorgd door Rita Vanhove in samenwerking met het liaisonteam en de medisch directeur van het ziekenhuis.

De huisartsen uit Zutendaal (behorende bij interventieregio's Tongeren én Genk) werden schriftelijk geïnformeerd over het project en kregen toelichting door dokter Hans Bamelis (lid Suïcidepreventiewerkgroep).

Regio Genk

De kring- en lokverantwoordelijken werden schriftelijk geïnformeerd over het project in de loop van januari-februari 2004. Op hun beurt gaven zij de informatie door aan hun leden. Nadien werden telefonische afspraken gemaakt rond info- en bijscholingsmomenten door de projectmedewerkster. Info- en vormingsavonden vonden plaats in 6 LOK-groepen in de periode tussen 19 februari en 23 september 2004. Alle LOK's van de regio Groot Genk worden aldus bereikt.

Regio Heusden

Voorzitters van kringen en sleutelfiguren werden schriftelijk geïnformeerd begin april 2004. Via de voorzitters werden de leden van de kringen geïnformeerd.

In de periode tussen 6 mei en 12 oktober 2004 vonden 6 info- en vormingsavonden plaats in de huisartsenkringen en LOK's uit de regio.

Op 26 juni 2004 organiseerde het Sint-Franciscusziekenhuis een ontmoetingsdag met huisartsen uit de regio, waarop een infostand over het pilootproject kon bezocht worden, bemand door medewerkers van het CGG van Beringen, projectmedewerkster Rita Vanhove en Joke Manshoven, onderzoekster van UHasselt.

Op 22 juni en 9 november 2004 werd een overleg gehouden met SIT Heusden-Zolder, huisartsenvertegenwoordigers en vertegenwoordigers CGG over de geplande infocampagne over preventie van depressie en suïcide op 8 december. Deze campagne richtte zich naar thuisverzorgers, huisartsen, apothekers en OCMW-medewerkers. Met de LOK van Beringen vond een vormingsavond plaats op 9 december 2004 over de rol van de huisarts in zelfmoordpreventie.

Regio Sint-Truiden

De HAK Groot Sint-Truiden, bestaande uit 120 huisartsen werd schriftelijk geïnformeerd en uitgenodigd op een infoavond op 9 september, georganiseerd in samenwerking met de vormingsverantwoordelijke van de kring. Ook artsen uit het Regionaal Ziekenhuis Sint-Trudo werden uitgenodigd. Een panelgesprek met vertegenwoordigers uit het ziekenhuis, de CGG, onderzoeker LUC en projectmedewerkster volgde op de uiteenzetting. De 5 LOK-verantwoordelijken werden nogmaals gecontacteerd in de maand oktober met het aanbod om in de LOK's dieper in te gaan op de opvang van de suïcidale patiënt door de huisarts.

Een vormingsavond vond plaats op 27 oktober 2004 met de huisartsenkring van Borgloon, Landen, Zoutleeuw, Nieuwerkerken, Kerniel.

■ INFORMATIE EN BIJSCHOLINGSAVONDEN VOOR HUISARTSEN: ENKELE OBSERVATIES, CONCLUSIES

Voorzitters van huisartsenkringen en LOK's waren zeer bereidwillig om de informatie kort toe te lichten t.a.v. hun collega's en bereid om op korte termijn tijd vrij te maken om tijdens hun LOK- en Kringvergaderingen dit project uitgebreid aan bod te laten komen. Hieruit leidden wij af dat het initiatief vanaf het begin gunstig onthaald werd.

Tijdens de info- en vormingavonden konden volgende zaken vastgesteld worden:

1. Huisartsen beseffen dat suïcidepogers vaak rechtstreeks contact nemen met het algemeen ziekenhuis en dat zij dus niet op de hoogte zijn van de opname tenzij het ziekenhuis rapporteert of de patiënt later (eerder zeldzaam) zelf de huisarts op de hoogte brengt. Huisartsen worden wel vaak om hulp gevraagd door de omgeving (ouders, partners die zich zorgen maken).
2. Huisartsen waarderen het dat ze in kader van het pilootproject vlug worden ingelicht door het ziekenhuis. In het verleden hadden huisartsen veelal kritiek op de laattijdige rapportering of het volledig uitblijven van de rapportering.
3. Huisartsen hebben kritiek op feit dat ziekenhuizen hen niet betrekken inzake het inschatten van de problematiek, het opmaken van het behandelingsplan en de organisatie van de vervolgzorg.

4. Huisartsen vinden dat het tot hun taak behoort om hun patiënten op te volgen na een suïcidepoging, maar ze voelen zich hierbij vaak onzeker. Ze hebben nood aan bijscholing en richtlijnen (ook over de opvang en risico-inschatting bij suïcidale patiënten die nog geen poging hebben gedaan).
5. Sommige huisartsen stellen zich vragen bij de strategie van "out-reaching". Opmerkingen zijn: " we kunnen toch niet ongevraagd bij patiënten langsgaan", "ongevraagd diensten aanbieden betekent dat ook geen honorering mogelijk is". Vaak treft men echter ook artsen die dit anders zien en argumenten voor out-reaching aandragen. In elk geval is het concept van out-reaching een eerder nieuw gedachtegoed voor huisartsen, waarbij oudere huisartsen vaak meer problemen voorzien dan de jongere artsen. Veelal is het voldoende om duidelijke tips te geven hoe dit contact gelegd kan worden (veelal telefonisch) en wat de boodschap kan zijn.
6. In één groep was er veel weerstand en onzekerheid. Artsen stelden de vraag of zij juridisch aansprakelijk konden zijn als een patiënt in dit project suïcide pleegde. Uiteindelijk waren ze toch akkoord om aan het project mee te werken.
7. De klassieke vooroordelen over suïcide leven nog sterk.
8. Bij elke gelegenheid werd het elektronische leerpakket (ItoI) voorgesteld en positief onthaald.
9. Een voorzitter stelde de vraag of huisartsen konden betrokken worden bij de eindrapportering.
10. Huisartsen hebben vaak klachten over wachtlijsten en -tijden in de CGG en over het gebrek aan overleg; ze appreciëren het engagement van de betrokken CGG om de patiënten binnen de week te laten instromen, maar beseffen ook dat dit tot gevolg zal hebben dat andere patiënten langer zullen moeten wachten.

Conclusie: over het algemeen werd het project zeer positief onthaald en zegden artsen hun medewerking toe. Het netwerk 'algemeen ziekenhuis – CGG – (GGZ) – huisarts', vonden ze zinvol en noodzakelijk.

3.2.3 CGG

De CGG uit de interventieregio's (en Maasland) waren betrokken partners in dit project. Hun medewerking werd verzekerd door de betrokken directies. Een snelle instroom van verwezen patiënten in het kader van dit pilootproject werd gegarandeerd evenals snelle en goede communicatie met ziekenhuis en huisartsen. De projectmedewerkers informeerden tijdens overlegvergaderingen de teamleden van de CGG.

Aan de nood aan bijkomende scholing werd tegemoet gekomen via seminaries en het ter beschikking stellen van de brochure "Opvang na suïcidepoging".

3.3 GEGEVENSVERZAMELING

In het onderzoek hebben we vooreerst getracht de initiële situatie ten aanzien van enerzijds de samenwerking tussen ziekenhuizen en huisartsen en anderzijds de opvang van suïcidepogers in het algemeen, in kaart te brengen aan de hand van de twee enquêtes. De inhoud en afname van deze enquêtes worden besproken in 3.3.1. In wat volgt wordt de opzet van de verschillende onderdelen van de effectevaluatie (3.3.2) en procesevaluatie (3.3.3) besproken.

3.3.1 INITIËLE SITUATIE

■ ENQUÊTE “SAMENWERKING TUSSEN ZIEKENHUIZEN EN HUISARTSEN”

Om een zicht te krijgen op de mate van samenwerking tussen ziekenhuizen en huisartsen bij de behandeling van suïcidepogers, is een enquête ontwikkeld (zie bijlage 5). Met deze enquête willen we te weten komen hoe de communicatie over suïcidepogers verloopt tussen ziekenhuizen en huisartsen. De klemtoon in deze enquête ligt op de mate waarin deze contacten “standaard” zijn. Het doel is een zicht te krijgen op de knelpunten in de afstemming van ziekenhuizen en huisartsen.

Om hierover een ruimer inzicht te krijgen en om de situatie in Limburg te kunnen vergelijken met de situatie in andere provincies werd de bevraging over heel Vlaanderen georganiseerd.

De enquête werd met de post verstuurd naar 63 algemene en universitaire ziekenhuizen in Vlaanderen. Bij de enquête werd een “port betaald” enveloppe toegevoegd en een begeleidende brief, gehandtekend in opdracht van Prof. Dr. Jan Vinck. De enquêtes werden op 26 juli een eerste maal verstuurd. Op 26 augustus werd de enquête een tweede maal verstuurd naar alle niet-responderende ziekenhuizen, opnieuw vergezeld van een enveloppe en begeleidende brief. De ziekenhuizen die hierop niet reageerden, werden in de week van 13 september opgebeld. Indien dit werd gevraagd, werd de enquête opnieuw verstuurd.

■ ENQUÊTE “OPVANG SUÏCIDEPOGERS IN EEN ALGEMEEN ZIEKENHUIS”

De opvang van suïcidepogers kan verschillen van ziekenhuis tot ziekenhuis (Bennewith, Gunnell, Peters, Hawton, & House, 2004). Suïcidepogers kunnen naargelang de ernst en de aard van het lichamelijk letsel op verschillende afdelingen verzorgd worden (spoedgevallen – somatische afdelingen – PAAZ - ...).

Uit onderzoek blijkt dat de verschillen tussen de ziekenhuizen meer ingegeven zijn door de lokale infrastructuur of gewoonten dan door wetenschappelijk onderbouwde theorieën (Dillen et al., 1999).

De manier waarop met suïcidepogers omgegaan wordt in een ziekenhuis is van invloed op het volgen van vervolgzorgadvies en therapietrouw (Hemmings, 1999). Wanneer suïcidepogers met respect en begrip voor hun psychosociale problematiek opgevangen en behandeld worden in het ziekenhuis kan dit een positieve invloed hebben op de vervolgzorg.

In navolging van deze onderzoeksbevindingen, is geopteerd om in elk deelnemend ziekenhuis te registreren hoe de opvang van suïcidepogers wordt vormgegeven. In het kader van een experimenteel onderzoeksopzet en met oog op latere interpretatie van de resultaten, is het immers van belang een zicht te hebben op reeds bestaande verschillen en gelijkenissen tussen de controle- en de interventieconditie. Daarnaast is het nuttig om ook mogelijke evoluties, veranderingen in beide onderzoekscondities tijdens de projectduur te inventariseren, dit aan de hand van herhaalde metingen.

Hiertoe is een enquête ontwikkeld waarin bevraagd werd hoe de opvang, behandeling, vervolgzorg en doorverwijzing van suïcidepogers in de deelnemende ziekenhuizen verliep (zie bijlage 6). Deze enquête is ontwikkeld op basis van literatuur en gesprekken binnen de ziekenhuizen.

Hierna volgde een testfase: twee deelnemende ziekenhuizen vulden de enquête in om mogelijke leemtes en onduidelijkheden op te sporen.

We hebben alle deelnemende ziekenhuizen gevraagd om de enquête meermaals in te vullen. Een eerste keer bij de start van de gegevensverzameling (mei 2004). Om een zicht te krijgen op mogelijke veranderingen gedurende het project is de enquête tussentijds nogmaals afgenomen in november 2004 en een laatste keer aan het eind van de gegevensverzameling (april 2005). Aangezien de registratie later is gestart in het Sint-Trudo ziekenhuis, hebben zij de enquête slechts twee keer ontvangen (in oktober 2004 en april 2005). Het Maria ziekenhuis te Lommel heeft niet meegewerkt aan deze gegevensverzameling.

3.3.2 OPZET EFFECTEVALUATIE

Binnen het effectonderzoek moest een antwoord worden geformuleerd op volgende onderzoeksvragen:

1. Is er een verschil tussen interventie- en controleconditie met betrekking tot het aantal patiënten dat een contact had met zijn of haar huisarts, binnen de twee weken na ontslag uit het ziekenhuis?
2. Leidt het contact met de huisarts (binnen de twee weken) ertoe dat patiënten sneller vervolgzorg opnemen in de maanden nadien?
3. Is er een verschil tussen patiënten die wel en patiënten die geen contact hebben gehad met hun huisarts ten aanzien van het voorkomen van recidieven en psychosociaal welzijn, waarbij 'welzijn' geoperationaliseerd wordt aan de hand van de variabelen 'psychosomatisch onwelbevinden', 'negatieve en positieve affectiviteit' en 'hopeloosheid'?

Het onderscheid tussen interventie- en controleziekenhuizen werd gemaakt op basis van de reeds bestaande contacten binnen de ziekenhuizen. In een aantal ziekenhuizen werden reeds voor de aanvang van het project afspraken gemaakt rond de opvang van suïcidepogers. Deze ziekenhuizen werden beschouwd als interventieziekenhuizen. Er werd hun gevraagd om (1) voor elke patiënt die zich aanmeldde in het ziekenhuis omwille van een suïcidepoging binnen de week na ontslag een rapport en flyer te versturen naar de betreffende huisarts en (2) bij de patiënt te benadrukken dat de huisarts een belangrijke hulpverlener kan zijn. Met andere ziekenhuizen werden geen afspraken gemaakt, zij werden gevraagd als controle ziekenhuis mee te werken en moesten hun ontslagprocedure 'as usual' voortzetten.

INTERVENTIEZIEKENHUIZEN

Ziekenhuis Oost-Limburg, Campus Sint-Jan, Genk

A.Z. Vesalius, Tongeren

Sint-Franciskusziekenhuis, Heusden

Sint-Trudo Regionaal Ziekenhuis, Sint-Truiden

CONTROLEZIEKENHUIZEN

Maria Ziekenhuis Noord-Limburg, Lommel

Ziekenhuis Maas en Kempen, Maaseik

Virga Jesseziekenhuis, Hasselt

De opdracht van zowel interventie- als controleziekenhuizen bestond erin om het onderzoek te introduceren bij de patiënten (behorende tot de doelgroep) en hen te motiveren om hieraan mee te werken. De definitieve werving van patiënten is gestart op 1 mei 2004 en liep tot 30 april 2005. Twee ziekenhuizen (1 interventieziekenhuis en 1 controleziekenhuis) zijn later gestart met het werven van patiënten, namelijk op 1 oktober 2004. Redenen hiervoor waren dat de definitieve goedkeuring door de directie of ethisch comité en het informeren van alle betrokken partijen in het ziekenhuis meer tijd in beslag nam dan verwacht.

Volgende tabel geeft een overzicht van het tijdsverloop van de gegevensverzameling in de ziekenhuizen.

Ziekenhuis	Proefperiode	Registratieperiode
A.Z. Vesalius, Tongeren (IZ)	1 april – 30 april	1 mei 2004 – 30 april 2005
ZOL, Sint-Jan, Genk (IZ)	15 april – 30 april	1 mei 2004 – 30 april 2005
Sint-Franciskusziekenhuis, Heusden (IZ)	19 april – 30 april	1 mei 2004 – 30 april 2005
Virga Jesse ziekenhuis, Hasselt (CZ)	Geen proefperiode	10 mei 2004 – 30 april 2005
Ziekenhuis Maas en Kempen, Maaseik (CZ)	Geen proefperiode	1 mei 2004 – 30 april 2005
Sint Trudo, Sint-Truiden (IZ)	Geen proefperiode	1 oktober 2004 – 30 april 2005
Maria Ziekenhuis Noord-Limburg, Lommel (CZ)	Geen proefperiode	1 oktober 2004 - 30 april 2005

Wanneer patiënten bereid waren om te werken aan het onderzoek, werd aan de ziekenhuizen gevraagd een identificatieformulier in te vullen en op te sturen naar de onderzoekers (zie bijlage 7). Op dit formulier moesten de naam, het telefoonnummer, het adres, de geboortedatum, het geslacht, opname- en ontslagdatum van de patiënt worden ingevuld. Wanneer de patiënt hier toestemming voor gaf, werden ook de ernst van letsel, de methode van de poging en de naam van de huisarts vermeld op dit formulier. Patiënten werden vervolgens twee maal gecontacteerd door de onderzoekers na hun ontslag uit het ziekenhuis, een eerste maal twee weken na ontslag en een tweede maal zes maanden na ontslag.

NB Zes ziekenhuizen (vier interventie- en twee controleziekenhuizen) hebben meegewerkt aan het werven van patiënten. Het Maria Ziekenhuis in Lommel heeft zijn deelname aan het project in oktober 2004 bevestigd, maar heeft uiteindelijk niet meegewerkt aan het project. Het ziekenhuis Oost-Limburg heeft op 20 april 2005 de medewerking aan het project moeten stopzetten vanwege een onverwacht personeelstekort.

■ FOLLOW-UP NA 2 WEKEN

Het eerste (telefonisch) gesprek na twee weken had als doel na te gaan of er een contact was geweest tussen patiënt en huisarts en wie het initiatief tot dit contact nam. Indien de patiënt geen contact had gehad met de huisarts, werd er gevraagd naar mogelijke redenen hiervoor (huisarts niet goed kennen, schaamte, reeds andere hulpverlening gezocht, ...). Wanneer er echter wel een contact was geweest op initiatief van patiënt of huisarts, werd gepolst naar de ervaringen met betrekking tot dit contact. Het gesprek werd vrij kort gehouden aangezien het niet mogelijk is om patiënten te overladen met vragen via de telefoon. Indien de patiënt niet over een telefoon beschikte of niet meer bereikbaar was, werd een korte vragenlijst opgestuurd die de patiënt kon invullen en terugsturen door middel van een gefrankeerde enveloppe. Beide vragenreeksen (telefonisch en schriftelijk) zijn bijgevoegd in bijlage 8 en 9.

Binnen het onderzoeksteam werd duidelijk afgesproken dat wanneer een onderzoeker de patiënt kende (familieleden – vrienden – burens), een andere onderzoeker contact zou opnemen met de betreffende patiënt. Deze situatie heeft zich echter niet voorgedaan.

■ FOLLOW-UP NA 6 MAANDEN

De tweede bevraging vond 6 maanden na het ontslag uit het ziekenhuis plaats. De patiënten werden hiervoor een tweede maal telefonisch gecontacteerd. Er werd, indien de patiënt nog steeds bereid was om mee te werken aan het onderzoek, een afspraak gemaakt voor een gesprek bij de patiënt thuis.

Wanneer de patiënt telefonisch niet bereikbaar was, werd een brief en bijbehorend formulier verstuurd waarop de patiënt zijn of haar deelname aan het onderzoek kon bevestigen en het correcte telefoonnummer kon noteren.

Door middel van een gefrankeerde enveloppe kon de patiënt dit formulier terugsturen naar de onderzoekers. Op deze manier kon alsnog een afspraak voor een gesprek worden gemaakt. Wanneer patiënten geen afspraak wensten te maken, werd hen steeds gevraagd of ze bereid waren om de vragenlijsten thuis in te vullen en terug te sturen.

Tijdens het gesprek aan huis werden gegevens verzameld over de aard en het aantal vervolgzorgcontacten, de tevredenheid over de aangeboden hulp (ziekenhuis, vervolgzorg en huisarts), de intentie om bij een nieuwe crisis de huisarts te contacteren, en eventueel recidive. Tevens werden een aantal bijkomende identificatiegegevens verzameld (burgerlijke staat, beroep, opleiding, samenstelling huishouden, ...).

Aan het einde van het gesprek werd de patiënt gevraagd om een aantal korte vragenlijsten in te vullen, namelijk de 'General Health Questionnaire', de 'Beck Hopelessness Scale' en de Positive and Negative Affectivity Scale'. Op deze manier kon het psychosociaal functioneren en het welbevinden van de patiënt gemeten worden.

■ MEETINSTRUMENTEN

Positive and Negative Affectivity Scale

De Positive and Negative Affectivity Scale (PANAS) is een zelfbeschrijvingsvragenlijst, bestaande uit twee schalen, die respectievelijk positieve en negatieve affectiviteit meten. Elke schaal bestaat uit tien woorden die verschillende gevoelens omschrijven, zoals overstuur, schuldig, uitgelaten, ... Het is de bedoeling dat de respondent aangeeft in welke mate hij/zij bepaalde gevoelens of emoties ervaart of heeft ervaren (afhankelijk van vraagstelling onderzoeker) op een schaal van nauwelijks of helemaal niet (1) tot in sterke mate (5).

Positieve en negatieve affectiviteit (PA en NA) zijn twee begrippen die duiden op een toestand van arousal en beide kunnen betrekking hebben op zowel een 'trait' (stabiele eigenschap die nauwelijks verandert) als op een 'state' (momentane stemming die beïnvloed wordt door de situatie) (Verhoogen, 1996). Ze mogen echter niet worden opgevat als twee polen van een zelfde dimensie, het zijn eerder kenmerken die onafhankelijk van elkaar kunnen variëren (Gaillard, 1996).

De positieve affectiviteitsschaal meet de mate waarin iemand enthousiast, actief en alert is. Hoogscorders zijn erg energiek, geconcentreerd en geëngageerd. Laagscorders zijn veeleer triest en lethargisch en een lage PA zou geassocieerd zijn met symptomen en diagnoses van depressie (Watson, Clark, & Carey, 1988; Watson, Clark, & Tellegen, 1988). NA daarentegen, wordt gekenmerkt door een subjectief gevoel van ontredde en door negatieve stemmingstoestanden zoals woede, afkeer, schuld, minachting, angst en nervositeit. Een hoge NA score is gecorreleerd met symptomen en diagnoses van zowel angst als depressie, en ageert als een algemene voorspeller van psychiatrische stoornissen (Watson, Clark, & Carey, 1988). Voor de PANAS zijn geen goede normen beschikbaar.

General Health Questionnaire

De General Health Questionnaire (GHQ) werd ontworpen door Goldberg (Goldberg & Williams, 1988) en in het Nederlands vertaald door Koeter en Ormel (1991). De oorspronkelijke versie van de GHQ bevatte 60 vragen, hieruit zijn een aantal kortere versies ontwikkeld, namelijk de GHQ-12, GHQ-30 en de GHQ-28 (geschaalde versie).

Tijdens de bevraging bij patiënten is de GHQ-12 afgenomen. De GHQ-12 bestaat uit 12 vragen die betrekking hebben op ongewone en onaangename psychische belevingen en het onvermogen van een persoon om normaal te blijven functioneren. Er wordt gepeild naar het 'algemeen psychisch welbevinden'. De vragenlijst opent met neutrale vragen en gaat naar het einde toe over naar psychiatrische symptoomvragen (Goldberg & Williams, 1988).

Ieder GHQ-item heeft vier antwoordcategorieën: (1) helemaal niet, (2) niet meer dan gewoonlijk, (3) wat meer dan gewoonlijk, en (4) veel meer dan gewoonlijk.

Er wordt gesteld dat het om de huidige of recente gezondheidstoestand van de persoon gaat. De totaalscore van de GHQ geeft het aantal items aan waarbij er sprake is van een afwijking van het normale functioneren. Over de test-hertestbetrouwbaarheid zijn momenteel nog geen gegevens beschikbaar. De interne consistentie is uitvoerig onderzocht voor verschillende settings: algemene bevolking, eerste lijn voorzieningen en meer specialistische settings zoals een psychiatrische polikliniek en een algemene interne polikliniek. De Cronbach's alfa voor de ghq-12 bedraagt .90 (Goldberg & Williams, 1988).

Hopeloosheidschaal van Beck

Aangezien hopeloosheid een centrale plaats inneemt in de pathogenese van suïcide kan een bepaling van de ernst van de hopeloosheid bijdragen tot de inschatting van het risico. De Hopeloosheidschaal heeft hierbij zijn predictieve waarde reeds bewezen en is ontworpen om gedachten van een individu over de toekomst te beoordelen. De Hopeloosheidschaal van Beck bestaat uit 20 juist-onjuist stellingen, die de drie belangrijke aspecten van hopeloosheid meten: gevoelens met betrekking tot de toekomst, verlies van motivatie en verwachtingen. Het duurt minder dan vijf minuten om het instrument te vervolledigen.

De hopeloosheidschaal heeft een hoge interne betrouwbaarheid ten aanzien van diverse klinisch en niet-klinische populaties (Kuder-Richardson betrouwbaarheid: .87 tot .93). De schaal heeft een adequate 1-week test-hertest betrouwbaarheid in een psychiatrische outpatient populatie ($r = .69$) en een hoge 3-weken test-hertest betrouwbaarheid in populatie van college studenten ($r = .85$). In prospectieve studies is de HS-score een belangrijke risicofactor gebleken voor suïcidaal gedrag bij psychiatrische patiënten in ziekenhuizen en outpatient settings (Brown).

■ STATISTISCHE VERWERKING

Alle statistische analyses die zijn uitgevoerd kunnen ingedeeld worden bij voorbereidende statistiek, univariate statistiek, bivariate statistiek en ad hoc analyses.

Voorbereidende statistiek

Ter voorbereiding op de statistische analyses zijn de data, die het onderzoek heeft opgeleverd, gecontroleerd. Vervolgens zijn de data gehercodeerd en zijn somscores berekend voor de variabelen negatieve en positieve affectiviteit, psychosomatisch onwelbevinden en hopeloosheid. Voor al deze schalen zijn betrouwbaarheidsanalyses uitgevoerd. De overige variabelen zijn op itemniveau geanalyseerd.

Univariate (of beschrijvende) statistiek

Alle continue variabelen zijn beschreven aan de hand van gemiddelden, standaarddeviaties en minimummaximum waarden. De overige variabelen, ordinaal of nominaal geschaald, zijn beschreven aan de hand van kruistabellen en gerelateerd aan de variabele geslacht. Eventuele verbanden tussen deze variabelen en geslacht zijn getoetst met een Chikwadraattoets (nominale variabelen) of een Kolmogorov-Smirnov- toets (ordinaire variabelen).

Aan de hand van een one sample Kolmogorov-Smirnov test is getoetst of de verdeling van de continue variabelen normaal was. De variabelen psychosomatisch onwelbevinden, negatieve en positieve affectiviteit, hopeloosheid en leeftijd bleken normaal verdeeld. De variabelen opnameduur en tevredenheid over opvang - huisarts - vervolgzorg bleken niet normaal verdeeld te zijn. Voor deze variabelen zijn dus niet-parametrische toetsen aangewezen.

Bij wijze van vooranalyse zijn enkele powerberekeningen uitgevoerd. Statistische power verwijst naar de kans dat men een significant effect kan aantonen wanneer in realiteit daadwerkelijk een effect heeft opgetreden. Om betrouwbare uitspraken te kunnen doen, wordt een power van minstens 0.80 aanbevolen. Wanneer aan deze vereiste niet is voldaan, kan bij afwezigheid van effecten niet worden nagegaan of het uitblijven van deze effecten te wijten is aan de ineffectiviteit van de interventie of aan de te lage power. Hier staat tegenover dat wanneer men zelfs bij een lage power effecten kan aantonen, deze effecten in werkelijk sterk en betrouwbaar zijn.

Teneinde de gevonden resultaten naar waarde te kunnen schatten, is voor de verschillende uitkomstmaten (psychosomatisch onwelbevinden, negatieve/positieve affectiviteit, hopeloosheid, recidive) de bijbehorende power berekend aan de hand van de gekende steekproefgrootte, de gekozen alpha (0.10) en de geschatte effectgrootte (zie bijlage 10).

Bivariate statistiek

Ten aanzien van de eerste follow-up meting (twee weken na ontslag van de patiënt uit het ziekenhuis) is aan de hand van een chi-kwadraat geanalyseerd of er een verschil is tussen interventie- en controleziekenhuizen met betrekking tot het contact met de huisarts. Aangezien de controlegroep slechts een beperkt aantal data bevatte, is ook een Fisher Exact toets uitgevoerd. De samenhang tussen het contact met de huisarts en de opnameduur van de patiënt (niet normaal verdeeld) is getoetst aan de hand van een Mann-Whitney test.

Om de centrale onderzoeksvraag te toetsen ('Leidt de systematisch inschakeling van de huisarts tot een verminderd risico op recidiven en een verbeterd welzijn van de patiënt?') is bivariate statistiek toegepast. Er is getoetst of de gemiddelde scores op de uitkomstmaten psychosomatisch onwelbevinden, hopeloosheid, negatieve en positieve affectiviteit, verschilden tussen de groep suïcidepogers die wel en de groep suïcidepogers die geen contact hadden gehad met de huisarts. Voorgenoemde uitkomstmaten waren continue geschaald en vereisten dus het uitvoeren van een onafhankelijke t-toets. Verder is getoetst of de frequentie van recidive verschilde al naargelang het contact met de huisarts. Aangezien de variabele 'recidive' binair gescoord was, was een chi-kwadraattoets aangewezen. De Chikwadraattoets is een statistische toets om te berekenen hoe groot de kans is dat een gevonden frequentieverdelingen op toeval berust (Huizingh, 2001).

Ad hoc analyses

Aan de hand van een variantie-analyse is getoetst of de gemiddelde scores op de uitkomstmaten psychosomatisch onwelbevinden, hopeloosheid, negatieve en positieve affectiviteit, verschilden al naargelang de ernst van het lichamelijk letsel, de methode van de poging, de burgerlijke staat, arbeidssituatie, opleiding en gezinssamenstelling van de patiënt.

Bijkomend is – bij wijze van een onafhankelijke t-toets – onderzocht of de scores op genoemde uitkomstmaten gerelateerd waren aan het type ziekenhuis waar de patiënt een half jaar voordien opgenomen was geweest (controle- of interventieziekenhuis; ziekenhuis met of zonder PAAZ) en aan het voorkomen/ontbreken van recidiven.

Tenslotte is, opnieuw aan de hand van een onafhankelijke t-toets, onderzocht of de tevredenheidsscores ten aanzien van de opvang in het ziekenhuis verschilden naargelang het type ziekenhuis waarin patiënt opgenomen was geweest (controle- of interventieziekenhuis; ziekenhuis met of zonder PAAZ).

■ KWALITATIEVE ANALYSES

Tijdens het tweede follow-up moment, zes maanden na ontslag van de patiënten uit het ziekenhuis, werden ook veel kwalitatieve gegevens verzameld, afkomstig van de vaak uitgebreide gesprekken met patiënten. Deze gesprekken zijn letterlijk uitgetypt.

De inhoud van deze gesprekken werd gecodeerd en geanalyseerd met behulp van Nvivo 1.3, software voor kwalitatief onderzoek. De gespreksgegevens werden allereerst gecodeerd via inhoudsanalyse.

Codering houdt in dat aan iedere eenheid van het gesprek een categorie toegekend wordt, die, vanuit het onderzoeksperspectief, zo goed mogelijk weergeeft wat er gezegd wordt. Aan iedere code werd een definitie gegeven. Tijdens het coderingsproces werden er nieuwe codes met bijbehorende definities aangemaakt. Het uiteindelijke resultaat van de analyse was een overzicht met per code (en dus per thematiek) de daarbij horende tekstfragmenten. Op deze manier werden de verzamelde gegevens overzichtelijk en gestructureerd geanalyseerd. Op grond hiervan konden uitspraken geformuleerd worden over wat door de patiënten aan de orde werd gesteld. Deze kwalitatieve gegevens gaven inzicht in de mate waarin patiënten tevreden waren over de geboden opvang in het ziekenhuizen en het contact met de huisarts en de mate waarin ze verdere hulpverlening hadden gezocht.

3.3.3 OPZET PROCES-EVALUATIE

Een procesevaluatie is een evaluatie van de projectimplementatie en beoogt zo nauwkeurig mogelijk in kaart te brengen wat er feitelijk gebeurt wanneer een programma tot ontwikkeling wordt gebracht, wordt opgestart, wordt uitgevoerd en wordt afgerond (wie doet wat, wanneer, hoe, voor wie, enz).

De feitelijke gebeurtenissen worden vergeleken met de gebeurtenissen zoals die zich eigenlijk hadden moeten voltrekken, gegeven de inhoud van het projectplan, de geldende kwaliteitsnormen en de geaccepteerde beroepsstandaarden.

Deze evaluatie is met andere woorden noodzakelijk om inzicht te krijgen in de mechanismen die het bereiken van het gewenste effect bevorderen dan wel blokkeren en dient daartoe een licht te werpen op de gebeurtenissen die hebben plaatsgevonden tussen de start en de beëindiging van de implementatiefase. Hierbij moet benadrukt worden dat de procesevaluatie geen geïsoleerde fase binnen het project vormt, maar eerder continu aanwezig is.

Voor het vormgeven en uitvoeren van een procesevaluatie worden in de literatuur een aantal methoden beschreven. Deze methoden leveren specifieke informatie op over de implementatie en het bereik van het project en kunnen alleen of in combinatie gebruikt worden. In het kader van de procesevaluatie van het recidiveproject, zijn volgende methoden toegepast: oprichten van een stuurgroep, het ondervragen van de bij de implementatie betrokken actoren, het pré-testen van de projectonderdelen en het verzamelen van registratiegegevens,

■ PRÉ-TESTEN VAN PROJECTCOMPONENTEN

Het pré-testen van de verschillende projectcomponenten moet beschouwd worden als een aspect van de procesevaluatie. Een aantal ziekenhuizen (3 interventieziekenhuizen) werkten mee aan een korte proefperiode. Deze proefperiode had als doel na te gaan of de gemaakte afspraken werkten, of de formulieren duidelijk waren, waar zich problemen voordeden bij het bespreken van het onderzoek met de patiënten, ed. Omwille van praktische aspecten (definitieve goedkeuring ethische commissie, informeren van alle betrokken partijen binnen het ziekenhuis, ...) konden niet alle ziekenhuizen even lang testen. In één ziekenhuis werd het verwijssysteem gedurende een maand uitgetest (begin april 2004- 1 mei 2004). In de twee andere ziekenhuizen duurde de pilootfase 2 weken (15 april 2004 – 1 mei 2004).

Aan het einde van deze proefperiode vond een korte evaluatie plaats. Aan de contactpersonen in de ziekenhuizen werden een aantal korte vragen gesteld:

- Ervaringen met het vragen van patiënten om mee te werken aan het onderzoek.
- Wie vraagt de patiënten om mee te werken?
- Wat zijn de reacties van de patiënten?
- Zijn er nog dingen die verbeterd, aangepast moeten worden?

Op basis van de feedback op bovenstaande vragen, konden bepaalde projectonderdelen gewijzigd of aangepast worden.

■ OPRICHTEN VAN EEN STUURGROEP

Om de kwaliteit van de projectimplementatie en -evaluatie te garanderen, is het van belang dat er op regelmatige basis een beoordeling gebeurt van de verschillende projectonderdelen. Deze beoordeling gebeurt het best door deskundigen ter zake. Door hun kennis en ervaring, zijn zij het best geplaatst om aanbevelingen en opmerkingen ter verbetering van het project te formuleren.

Om aan deze eis tegemoet te komen, is er bij de start van het project een stuurgroep opgericht. Deze stuurgroep is samengesteld uit vertegenwoordigers van alle partijen die betrokken zijn bij de implementatie en evaluatie van het project.

- prof. Van Heeringen: voorzitter
- prof. Vinck, Sara De Clerck : onderzoeksteam Gezondheidspsychologie (UHasselt)
- Rita Vanhove (projectmedewerkster CGG, Suïcidepreventiewerkgroep Limburg)
- Hans Bamelis: huisarts, LOGO-arts
- Cindy Monard: psychologe liaison team AZ Vesalius
- Chris Desmet: zorgmanager psychiatrie Virga Jesseziekenhuis
- Liesbeth Bruckers: Centrum voor Statistiek (UHasselt)
- Martine Vanhecke, opgevolgd door Jessy Hoste: financierende overheid

Alle stuurgroepleden werd gevraagd om de projectonderdelen van zowel de voorbereidingsfase, de uitvoeringsfase als de evaluatiefase te beoordelen. Hiertoe werd er op regelmatige tijdstippen een stuurgroepbijeenkomst georganiseerd. Tussentijds werd er schriftelijk verslag uitgebracht zodat de leden op de hoogte bleven van de voortgang van het project.

■ INFORMATIE VERZAMELD BIJ DE BETROKKEN PARTIJEN VAN HET PROJECT

Het verzamelen van informatie bij de betrokken partijen van het project is noodzakelijk om te documenteren in welke mate het project is uitgevoerd zoals gepland. Om deze reden zijn de partijen die betrokken waren bij de implementatie van de verwijfsstrategie, de ziekenhuizen en de huisartsen, bevraagd.

Ziekenhuizen

Zowel tijdens als na afloop van de het project zijn een aantal evaluatiemomenten georganiseerd. Twee maanden na de start van het project (maanden juli en augustus 2004) vond in ieder tot dan toe deelnemend ziekenhuis (5 ziekenhuizen) een evaluatie en terugkoppeling plaats. Alle bij het project betrokken personen waren hierop uitgenodigd. Negen maanden na de opstart (maanden februari en maart 2005) vond een tweede, minder uitgebreid evaluatiemoment plaatsgevonden in de deelnemende ziekenhuizen, en dit telkens met de contactpersonen binnen deze ziekenhuizen.

Voor één interventieziekenhuis vormde dit contact het eerste evaluatiemoment (vanwege de latere deelname aan het project) en hebben ook andere betrokkenen binnen het ziekenhuis de bijeenkomst bijgewoond.

De bijeenkomsten hadden als doel te informeren naar het verloop van het project binnen de ziekenhuizen en fungeerden tevens als moment om te sensibiliseren en te motiveren. Daarnaast werd door de onderzoekers de stand van zaken van het project toegelicht.

Om in ieder ziekenhuis dezelfde informatie te verzamelen gebeurde de evaluatie en terugkoppeling aan de hand van een vastliggend stramien (zie bijlage 11).

Na afloop van het project (periode juli-augustus 2005) zijn bijeenkomsten georganiseerd met de contactpersonen van de verschillende ziekenhuizen. Deze bijeenkomsten waren noodzakelijk om te documenteren in welke mate het project was uitgevoerd zoals gepland. Tijdens de bijeenkomsten werden vragen gesteld over de implementatie van de flyerstrategie en over de werkwijze inzake patiëntenwerving. Om in ieder ziekenhuis dezelfde procesgegevens te verzamelen, gebeurde de bevraging aan de hand van een vooropgestelde vragenreeks (zie bijlage 12).

Huisartsen

Teneinde een beter zicht te krijgen op de meningen over en de ervaringen met de flyer en het hierin geïntroduceerde concept 'out-reaching', is een vragenreeks opgesteld die zowel open als gesloten vragen bevatte (zie bijlage 13). Deze vragenreeks is eind juni 2005 verstuurd naar de huisartsen van alle patiënten die geworven waren vanuit een interventieziekenhuis. Om de respons te verhogen is eind juli een herinneringsbrief verstuurd naar betreffende huisartsen. De vragenreeks mocht anoniem worden teruggestuurd.

■ REGISTRATIEGEGEVENS

In het kader van een procesevaluatie, is het verzamelen van registratiegegevens ten aanzien van de participatiegraad van het project onontbeerlijk. Hiertoe vond er in alle deelnemende ziekenhuis een beperkte registratie plaats gedurende de implementatiefase van het project.

Meer specifiek werd er geregistreerd hoeveel mensen in aanmerking kwamen voor het project (totale onderzoekspopulatie), hoeveel van hen feitelijk deelnamen (gerealiseerde respons) en hoeveel van hen niet wensten deel te nemen (non-respons). Daarnaast waren er een niet te onderschatten aantal patiënten die, om uiteenlopende redenen, niet werden gevraagd om deel te nemen aan het onderzoek.

Bij de registratie werd bijgevolg een onderscheid gemaakt tussen:

- totaal aantal suïcidepogers die opgenomen werden in het ziekenhuis
- aantal patiënten aan wie gevraagd werd om mee te werken aan het onderzoek en die positief reageerden op deze vraag
- aantal patiënten aan wie gevraagd werd om mee te werken aan het onderzoek maar die negatief reageerden
- aantal patiënten die niet gevraagd werden en hierbij de reden waarom deze patiënten niet gevraagd werden (doorverwezen naar psychiatrische instelling, doorverwezen naar PAAZ ander ziekenhuis, buitenlandse patiënt met buitenlandse huisarts, beperkte kennis van het Nederlands, patiënt heeft het ziekenhuis zeer snel verlaten, ...).

Om de registratie op een gestructureerde manier te laten verlopen werden formulieren ontwikkeld waarop ieder ziekenhuis van maand tot maand de gevraagde gegevens kon invullen (zie bijlage 14).

Aan het begin van elke maand werden elk ziekenhuis per e-mail herinnerd aan het opsturen van het registratieformulier van de voorbije maand.

4 RESULTATEN

In dit hoofdstuk worden achtereenvolgens de resultaten van de afgenomen enquêtes (paragraaf 4.1) de procesevaluatie (paragraaf 4.2) en de effectevaluatie (paragraaf 4.3) gepresenteerd.

4.1 ENQUÊTE “SAMENWERKING TUSSEN ZIEKENHUIZEN EN HUISARTSEN”

Een beschrijving van de inhoud en afname van de enquête, is terug te vinden in subparagraaf 3.3.1 van hoofdstuk 3.

4.1.1 RESPONS

De enquête is ingevuld teruggestuurd door 43 ziekenhuizen, dit is een respons van 68%. In Tabel 4.1 wordt het aantal ingevulde enquêtes weergegeven, opgesplitst naar provincie. Ongeveer 28% van de ingevulde enquêtes zijn afkomstig van West-Vlaamse ziekenhuizen. Iets meer dan 25% van de ingevulde enquêtes is afkomstig uit Antwerpen. Negen Oost-Vlaamse ziekenhuizen (21%) en zes Limburgse ziekenhuizen (14%) stuurden de enquête terug.

In de tabel wordt ook de respons per provincie vermeld. In Antwerpen telden wij zestien algemene of universitaire ziekenhuizen. Elf van hen stuurden de enquête terug, dit is een respons van 69%. In Brussel werkte er slechts één van de vier ziekenhuizen mee (25%), in Oost-Vlaanderen werkte 60% mee en in Limburg en West-Vlaanderen telkens 75%. De Vlaams Brabantse ziekenhuizen vulden alle vier de enquête in (100%).

Tabel 4.1: Respons naar provincie en vergelijking met populatie

	Postenquête		Populatie	
	N	%	N	Postenquête/ Populatie
Antwerpen	11	26%	16	69%
Brussel	1	2%	4	25%
Limburg	6	14%	8	75%
Oost-Vlaanderen	9	21%	15	60%
Vlaams-Brabant	4	9%	4	100%
West-Vlaanderen	12	28%	16	75%
Totaal	43	100%	62	68%

De meerderheid van de enquêtes (51%) werden ingevuld door (neuro)psychiaters, 16% door psychologen en 12% door een diensthoofd (zie tabel 4.2). De overige enquêtes werden ingevuld door een hoofdgeneesheer, een hoofdverpleegkundige, medisch directeur of neuroloog.

Tabel 4.2: Respons naar functie van respondent

	N	%
diensthofd	5	12
hoofdgeneesheer	1	2
hoofdverpleegkundige	1	2
medisch directeur	2	5
neuroloog	3	7
neuropsychiater	7	16
psychiater	15	35
psycholoog	7	16
specialist	2	5
Totaal	43	

4.1.2 RESULTATEN

In de enquête peilden we naar de mate waarin er contact is tussen ziekenhuizen en huisartsen bij de behandeling van suïcidepogers. We hebben daarom de vraag gesteld in welke mate bepaalde contacten voorkomen.

Meer bepaald, contacten in verband met:

- verwijsrapport of verslag,
- medische voorgeschiedenis,
- diagnose en problematiek,
- behandelplan,
- advies voor vervolgzorg,
- medicatiebeleid.

Ten aanzien van elk van deze contactsoorten werd nagegaan van welke factoren de contactname afhankelijk was en via welk(e) kana(a)l(en) deze contactnames gebeurden. Met betrekking tot het verwijsrapport werd de vraag gesteld wat dit rapport inhoudt.

Vervolgens werd een vraag gesteld naar advies voor omgeving of familie van de suïcidepogers. Tenslotte werd nog bevraagd of men in de ziekenhuizen vond dat het aantal contacten tussen ziekenhuis en huisarts voldoende is en of men de huisarts beschouwt als belangrijke partner.

In wat volgt wordt per contactsoort besproken in welke mate deze plaatsvindt, welke de beïnvloedende factoren zijn en via welke kanalen deze contactname gebeurt.

📄 VERWIJSRAPPORT

Hoe vaak bezorgt het ziekenhuis een verwijsrapport of verslag aan de huisarts van de suïcidepogers betreffende de suïcidepoging?

Bijna drie op vier ziekenhuizen (74%) gaven aan dat er 'altijd' een verwijsrapport of een verslag naar de huisarts gestuurd wordt. Een vijfde (21%) van de ziekenhuizen bezorgt 'vaak' een rapport aan de huisarts betreffende de suïcidepoging van een patiënt. Slecht 4% van de ziekenhuizen stuurt 'soms' of 'nooit' een verslag naar de huisarts.

Tabel 4.3: Frequentie van verwijsrapport of verslag bezorgen aan huisarts.

	N	% v/d ZH
Nooit	1	2
Soms	1	2
Vaak	9	21
Altijd	32	74
Totaal	43 respondenten	

Van welke factoren is het al dan niet bezorgen van een verwijsrapport aan de huisarts afhankelijk?

Deze vraag diende enkel ingevuld te worden door diegenen die op de eerste vraag ‘soms’ of ‘vaak’ antwoordden.

We stelden vast dat twee factoren even belangrijk zijn bij het al dan niet rapporteren aan de huisarts, namelijk de behandelende arts van het ziekenhuis (dit wil zeggen: sommige artsen zijn geneigd dit te doen en anderen niet) en de ernst van de situatie van de suïcidepoging. Beide redenen werden gerapporteerd door 60% van het aantal responderende ziekenhuizen.

De werkdruk op de afdeling of de dienst werd slechts eenmaal als bepalende factor aangehaald. Er werden ook nog een aantal andere redenen aangehaald, namelijk de bereikbaarheid van de huisarts, de relatie tussen huisarts en patiënt, de opnameduur van de patiënt, de wens van de patiënt en het feit of de patiënt op consult bij de psychiater gezien werd.

Tabel 4.4: Factoren die het bezorgen van een verwijsrapport beïnvloeden

	N	%	% v/d ZH
Behandelend arts	6	33	60
Ernst situatie SP	6	33	60
Werkdruk afdeling	1	6	10
Andere	5	28	50
Totaal	18 antwoorden, 10 respondenten		

Welke gegevens bevat het verwijsrapport of verslag?

In tabel 4.5 wordt aangegeven welke gegevens in het verwijsrapport of verslag worden opgenomen. De respondenten konden bij deze vraag meerdere onderwerpen aanduiden.

Tabel 4.5: Inhoud van het verwijsrapport of verslag

	N	%	% v/d ZH
Identiteitsgegevens patiënt	40	15	100
Verslag somatische behandeling	35	13	88
Psychologische psychiatrische anamnese	36	13	90
Problematiek	39	14	98
Gecontacteerde interne/externe personen	19	7	48
Ontslagregeling	34	13	85
Behandelende arts	38	14	95
Risico op verder suïcidaal gedrag	25	9	63
Andere	7	3	18
Totaal	273 antwoorden, 40 respondenten		

Het verwijsrapport bevat bij benadering altijd de identiteitsgegevens van de patiënt, info over de problematiek en over de behandelende arts. Verder wordt vaak een verslag van de somatische behandeling en de psychologische anamnese toegevoegd, alsook info over de ontslagregeling.

Andere onderwerpen die minder regelmatig gerapporteerd werden, zijn:

- doorverwijzing naar andere hulpverlening (vb. CGG),
- vervolgzorg en follow-up,
- therapeutisch plan,
- voorgesteld therapiebeleid en medicatie.

Via welke kanalen wordt de huisarts op de hoogte gebracht?

De rapportering naar de huisarts gebeurt in de meerderheid van de gevallen schriftelijk (50%). Telefonische en elektronische rapportage gebeurt in 27% respectievelijk 21% van de gevallen.

Tabel 4.6: Kanalen via de welke het verwijsrapport of verslag wordt bezorgd

	N	%	% v/d ZH
Telefonisch	21	27	51
Elektronisch	17	21	41
Schriftelijk	39	50	95
Anders	1	1	2
Totaal	78 antwoorden, 41 respondenten		

■ MEDISCHE VOORGESCHIEDENIS

Hoe vaak contacteert het ziekenhuis de huisarts om info te verkrijgen over de medische voorgeschiedenis van de suïcidepoging?

Ruim de helft van de ziekenhuizen (54%) gaf aan de huisarts 'vaak' te contacteren om info te verkrijgen over de medische voorgeschiedenis van de suïcidepoging, 44% antwoordde 'soms' op deze vraag, 2% gaf aan 'nooit' contact op te nemen met de huisarts om informatie te verkrijgen over de medische voorgeschiedenis van de suïcidepoging.

Tabel 4.7: Frequentie van contact met huisarts over medische voorgeschiedenis

	N	% v/d ZH
Nooit	1	2
Soms	18	44
Vaak	22	54
Altijd	-	-
Totaal	41 respondenten	

Van welke factoren is het al dan niet contacteren van de huisarts afhankelijk?

Het al dan niet contacteren van de huisarts om informatie te verkrijgen over de medische voorgeschiedenis van de patiënt blijkt vooral afhankelijk van de ernst van de situatie van de suïcidepoging (48%).

Tabel 4.8: Factoren die het contacteren in verband met medische voorgeschiedenis, beïnvloeden

	N	%	% v/d ZH
Behandelend arts	12	19	29
Ernst situatie SP	30	48	73
Werkdruk afdeling	6	10	15
Andere	15	24	37
Totaal	63 antwoorden, 41 respondenten		

Door 37% van de ziekenhuizen werd er een andere reden aangehaald:

- toestemming patiënt,
- bereikbaarheid van de huisarts,
- onvoldoende heteroanamnese,
- mate van informatiebehoefte,

- relatie suïcidepoger met huisarts,
- bij onduidelijkheden over voorgeschiedenis,
- afhankelijk of patiënt al dan niet op consult gezien wordt,
- al dan niet gekende verwijzer,
- beschikbaarheid van anamnetische gegevens.

Via welke kanalen wordt de huisarts gecontacteerd?

Het contacteren van de huisarts in verband met het vergaren van informatie over de medische voorgeschiedenis van de patiënt gebeurt voornamelijk telefonisch (76%).

Tabel 4.9: Kanalen via de welke de huisarts wordt gecontacteerd in verband met medische voorgeschiedenis

	N	%	% v/d ZH
Telefonisch	42	76	100
Elektronisch	5	9	12
Schriftelijk	8	15	19
Anders	-	-	
Totaal	55 antwoorden, 42 respondenten		

■ DIAGNOSE EN PROBLEMATIEK VAN DE SUÏCIDEPOGER

Hoe vaak overlegt het ziekenhuis met de huisarts over de diagnose en problematiek van de suïcidepoger?

Zo'n 70% van de respondenten gaf aan in 'sommige' gevallen de huisarts te contacteren in verband met de diagnose en de problematiek van de suïcidepoger. Eén op vier respondenten gaf aan de huisarts 'vaak' te contacteren. Bijna 5% contacteert de huisarts 'nooit'.

Tabel 4.10: Frequentie van contact met huisarts over de diagnose en problematiek

	N	% v/d ZH
Nooit	2	5
Soms	30	70
Vaak	11	26
Altijd	-	-
Totaal	43 respondenten	

Van welke factoren is het al dan niet overleggen met de huisarts afhankelijk?

Ook bij deze vraag kon vastgesteld worden dat vooral de ernst van de situatie van de suïcidepogger bepalend is voor het al dan niet contacteren van de huisarts. Daarnaast bleek de beslissing om de huisarts al dan niet te contacteren afhankelijk van de behandelende arts.

Andere redenen die aangehaald werden, zijn:

- toestemming patiënt,
- bereikbaarheid huisarts,
- indien gespecialiseerde hulp reeds bij de patiënt aanwezig is wordt deze in plaats van de huisarts geïnformeerd,
- relatie suïcidepogger met huisarts,
- onduidelijkheden,
- onvoldoende informatie,
- vervolgzorgregeling.

Tabel 4.11: Factoren die het overleggen in verband met diagnose en problematiek, beïnvloeden

	N	%	% v/d ZH
Behandelend arts	15	23	37
Ernst situatie SP	32	50	78
Werkdruk afdeling	7	11	17
Andere	10	16	24
Totaal	64 antwoorden, 41 respondenten		

Via welke kanalen overlegt het ziekenhuis met de huisarts over de diagnose en problematiek van de suïcidepogger?

De contactname van het ziekenhuis met de huisarts over de diagnose en de problematiek gebeurt in drie vierde van de gevallen telefonisch.

Tabel 4.12: Kanalen via de welke met de huisarts wordt overlegd in verband met diagnose en problematiek

	N	%	% v/d ZH
Telefonisch	40	76	98
Elektronisch	3	6	7
Schriftelijk	10	19	24
Anders	-	-	
Totaal	53 antwoorden, 41 respondenten		

■ HET BEHANDELPLAN

Hoe vaak overlegt het ziekenhuis met de huisarts over het behandelplan van de suïcidepogers?

Meer dan de helft van de ziekenhuizen duidde aan dat ze soms contact opnemen met de huisarts in verband met het behandelplan. Eén vierde neemt hierover vaak contact op, 5% altijd en 13% nooit.

Tabel 4.13: Frequentie van contact met huisarts over het behandelplan

	N	% v/d ZH
Nooit	5	13
Soms	23	58
Vaak	10	25
Altijd	2	5
Totaal	40 respondenten	

Van welke factoren is het al dan niet overleggen met de huisarts afhankelijk?

Het overleggen met de huisarts in verband met het behandelplan is vooral afhankelijk van de ernst van de situatie van de suïcidepogers. Deze factor werd door 77% van de ziekenhuizen gerapporteerd. Ook de behandelende arts speelt hierbij een belangrijke rol (gerapporteerd door 31% van de ziekenhuizen).

Er werden door een aantal respondenten ook nog andere factoren aangehaald, namelijk:

- de bereikbaarheid van de huisarts,
- de toestemming van de patiënt om de huisarts te contacteren,
- de relatie tussen huisarts en suïcidepogers,
- het recidiverisico,
- de interesse van de huisarts,
- de mogelijkheden van de huisarts bij de behandeling van de problematiek.

Tabel 4.14: Factoren die het overleggen in verband met behandelplan, beïnvloeden

	N	%	% v/d ZH
Behandelend arts	11	24	31
Ernst situatie SP	27	59	77
Werkdruk afdeling	3	7	9
Andere	2	11	6
Totaal	46 antwoorden, 35 respondenten		

Via welke kanalen overlegt het ziekenhuis met de huisarts over het behandelplan van de suïcidepoging?

Tabel 4.15: Kanalen via de welke met de huisarts wordt overlegd in verband met behandelplan

	N	%	% v/d ZH
Telefonisch	34	63	97
Elektronisch	5	9	14
Schriftelijk	14	26	39
Anders	1	2	3
Totaal	54 antwoorden, 36 respondenten		

Bijna alle ziekenhuizen geven aan dat de contacten tussen ziekenhuis en huisarts in het kader van het behandelplan van de suïcidepoging voornamelijk telefonisch gebeuren (in 63% van de gevallen). Ook schriftelijke communicatie over het behandelplan komt voor (26%).

Eén respondent gaf aan dat het overdragen van informatie over het behandelplan van de suïcidepoging ook gebeurt wanneer de huisarts de patiënt bezoekt in het ziekenhuis en dan even tijd maakt voor overleg.

▣ ADVIES VOOR VERVOLGZORG

Hoe vaak overlegt het ziekenhuis met de huisarts over het advies voor vervolgzorg aan de suïcidepoging?

Bijna de helft van de respondenten in de ziekenhuizen (48%) gaf aan 'soms' te overleggen met de huisarts over de vervolgzorg van de suïcidepoging na ontslag uit het ziekenhuis. Een derde (33%) gaf aan de huisarts 'vaak' te contacteren om te overleggen over de vervolgzorg; vijf respondenten (13%) gaven aan dit 'altijd' te doen.

Tabel 4.16: Frequentie van overleg met huisarts over vervolgzorg

	N	% v/d ZH
Nooit	3	8
Soms	19	48
Vaak	13	33
Altijd	5	13
Totaal	40 respondenten	

Van welke factoren is het al dan niet overleggen met de huisarts afhankelijk?

Het al dan niet overleggen met de huisarts over de vervolgzorg van de suïcidepogger bleek ook hier vooral afhankelijk van de ernst van de situatie van de suïcidepogger (in 48% van de gevallen, aangehaald door 68% van respondenten).

Volgende andere redenen werden aangehaald;

- de toestemming van de patiënt om de huisarts te contacteren,
- de bereikbaarheid van de huisarts,
- de relatie tussen suïcidepogger en huisarts,
- de beschikbaarheid van andere vervolgzorg (CGG, individuele psychotherapie, ...),
- het recidiverisico,
- de huisarts zelf.

Tabel 4.17: Factoren die het overleggen in verband met advies voor vervolgzorg, beïnvloeden

	N	%	% v/d ZH
Behandelend arts	11	23	32
Ernst situatie SP	23	48	68
Werkdruk afdeling	5	10	15
Andere	9	19	26
Totaal	48 antwoorden, 34 respondenten		

Via welke kanalen overlegt het ziekenhuis met de huisarts over het advies voor vervolgzorg aan de suïcidepogger?

De contacten tussen het ziekenhuis en de huisarts over de vervolgzorg gebeuren voornamelijk telefonisch. Bijna de helft van het aantal respondenten (47%) gaf aan ook schriftelijk te communiceren met de huisarts over de vervolgzorg. Eén respondent rapporteerde dat de contacten tussen ziekenhuis en huisarts ook kunnen plaatsvinden wanneer de huisarts zijn of haar patiënt bezoekt in het ziekenhuis.

Tabel 4.18: Kanalen via de welke met de huisarts wordt overlegd in verband met vervolgzorg

	N	%	% v/d ZH
Telefonisch	32	60	84
Elektronisch	2	4	5
Schriftelijk	18	34	47
Anders	1	2	3
Totaal	53 antwoorden, 38 respondenten		

IV MEDICATIEBELEID

Hoe vaak overlegt het ziekenhuis met de huisarts over het medicatiebeleid voor de suïcidepoging?

Over het medicatiebeleid van de suïcidepoging wordt zeer weinig overlegd tussen het ziekenhuis en de huisarts: 37% van de ziekenhuizen gaf aan nooit te overleggen; 44% rapporteerde soms te overleggen over het medicatiebeleid.

Tabel 4.19: Frequentie van overleg met huisarts over medicatiebeleid

	N	% v/d ZH
Nooit	16	37
Soms	19	44
Vaak	4	9
Altijd	4	9
Totaal	43 respondenten	

Van welke factoren is het al dan niet overleggen met de huisarts afhankelijk?

Voor de ernst van de situatie bleek bepalend voor het al dan niet overleggen met de huisarts over het medicatiebeleid van de suïcidepoging. In tweede instantie is het de behandelende arts die bepaalt of er al dan niet contact opgenomen wordt met de huisarts.

Volgende andere factoren werden aangehaald door de respondenten:

- de toestemming van de patiënt,
- de bereikbaarheid van de huisarts,
- de relatie tussen huisarts en suïcidepoging,
- de medicatietrouw van de patiënt,
- onduidelijkheden,
- de interesse die de huisarts toont.

Tabel 4.20: Factoren die het overleggen in verband met medicatiebeleid, beïnvloeden

	N	%	% v/d ZH
Behandelend arts	9	26	41
Ernst situatie SP	18	51	82
Werkdruk afdeling	3	9	14
Andere	5	14	23
Totaal	35 antwoorden, 22 respondenten		

Via welke kanalen overlegt het ziekenhuis met de huisarts over het medicatiebeleid voor de suïcidepoging?

De communicatie tussen ziekenhuis en huisarts aangaande het medicatiebeleid gebeurt voornamelijk telefonisch (57%). Ook schriftelijke communicatie komt voor (37%).

Tabel 4.21: Kanalen via de welke met de huisarts wordt overlegd in verband met medicatiebeleid

	N	%	% v/d ZH
Telefonisch	20	57	80
Elektronisch	2	6	8
Schriftelijk	13	37	52
Anders	-	-	
Totaal	35 antwoorden, 25 respondenten		

■ ADVIES AAN OMGEVING OF FAMILIE

Hoe vaak geeft het ziekenhuis aan de omgeving/familie van de suïcidepoging het advies om zelf contact op te nemen met de huisarts?

Bij benadering één op vier ziekenhuizen (24%) geeft 'altijd' het advies om zelf contact op te nemen met de huisarts; 29% gaf aan dit advies 'vaak' mee te geven en 42% adviseert 'soms' om zelf contact op te nemen met de huisarts. Bijna 5% van de deelnemende ziekenhuizen rapporteerde 'nooit' contact met de huisarts te promoten.

Tabel 4.22: Frequentie van advisering aan omgeving of familie

	N	% v/d ZH
Nooit	2	5
Soms	17	42
Vaak	12	29
Altijd	10	24
Totaal	41 respondenten	

▣ MENING OVER AANTAL CONTACTEN ZIEKENHUIS – HUISARTS

Wat vindt u van het aantal contacten tussen het ziekenhuis en de huisarts bij de behandeling van suïcidepogers?

Ruim 40% van het aantal respondenten gaf aan dat het aantal contacten tussen het ziekenhuis en de huisarts onvoldoende of eerder onvoldoende is. Vier op de tien ziekenhuizen (40%) vond het aantal contacten eerder voldoende en twee op tien ziekenhuizen (20%) vond het aantal contacten voldoende.

Algemeen kan hieruit geconcludeerd worden dat, in de visie van de ziekenhuizen, er toch nog wat verbeterd kan worden aan het aantal contacten tussen ziekenhuizen en huisartsen.

Tabel 4.23: Mate waarin contacten tussen ziekenhuis en huisarts voldoende geacht worden

	N	% v/d ZH
Onvoldoende	3	8
Eerder onvoldoende	13	33
Eerder voldoende	16	40
Voldoende	8	20
Totaal	40 respondenten	

▣ HUISARTS ALS PARTNER

Beschouwt u de huisarts als een belangrijke partner bij de behandeling van suïcidepogers?

In bijna alle ziekenhuizen (93%) beschouwt men de huisarts als een belangrijke partner bij de behandeling van suïcidepogers. Slecht drie ziekenhuizen (7%) gaven aan de huisarts niet als een belangrijke partner te zien.

Tabel 4.24: Mate waarin men de huisarts als belangrijke partner beschouwt

	N	% v/d ZH
Helemaal niet	-	-
Eerder niet	3	7
Eerder wel	20	49
Helemaal wel	18	44
Totaal	41 respondenten	

4.2 ENQUÊTE “OPVANG VAN SUÏCIDEPOGERS IN EEN ALGEMEEN ZIEKENHUIS”

Een beschrijving van de inhoud en afname van de enquête, is terug te vinden in subpragraaf 3.3.1 van hoofdstuk 3.

Het afnemen van de enquête had zowel voor- als nadelen. De informatie verkregen uit de enquête vormde vooreerst een algemeen vertrekpunt ter vergelijking van de ziekenhuizen. Bij het afnemen van de enquête stelden we echter vast dat het moeilijk was om de enquête te laten invullen door één persoon. Alle aspecten aangaande de opname en verzorging van suïcidepogers werden bevraagd en in de meeste ziekenhuizen was het niet voor de hand liggend dat één persoon hier een overzicht over had. De enquête werd dus in een aantal ziekenhuizen door verschillende personen samen ingevuld (vb. spoedarts – psychiater).

In het hiernavolgende wordt de respons van de verschillende enquête-afnames besproken. Daarna worden de resultaten van de eerste enquête-afname (mei 2004 voor 5 ziekenhuizen, oktober 2004 voor één ziekenhuis) weergegeven. Tenslotte worden op basis van de gegevens van de tweede en derde enquête-afname eventueel opgetreden veranderingen besproken.

4.2.1 RESPONS

Bij de start van de gegevensverzameling in mei 2004 is de enquête een eerste keer verstuurd naar de vijf op dat moment deelnemende ziekenhuizen. Al deze ziekenhuizen hebben de enquête ingevuld teruggestuurd. In oktober/november 2004 is de enquête een tweede keer verstuurd naar deze vijf ziekenhuizen en een eerste keer verstuurd naar het Sint-Trudo ziekenhuis, waar de gegevensverzameling pas in oktober is gestart. Opnieuw was de respons 100%. De derde en tevens laatste enquête-afname heeft plaatsgevonden aan het einde van de gegevensverzameling in april 2005. Vijf van de zes ziekenhuizen hebben hierop gereageerd. Dit is een respons van 83.3%.

4.2.2 RESULTATEN

Bij het bespreken van de resultaten van de bevraging, wordt een aantal keren in cursief het belang van het besproken element aangegeven.

■ OPNAME SUÏCIDEPOGER

Suïcidepogers worden in het ziekenhuis opgenomen via de spoedopnamedienst. Hier worden de eerste zorgen toegediend. Ziekenhuizen kunnen voor de opname van suïcidepogers een protocol, een procedure ontwikkelen die gevolgd dient te worden. Ziekenhuizen gebruiken hiervoor de term 'klinisch pad'.

In vijf van de zes deelnemende ziekenhuizen bestaat er geen protocol ten aanzien van de opvang van suïcidepogers. In één interventieziekenhuis is de te volgen werkwijze wel vastgelegd in een protocol. Een protocol bestaat uit een beschrijving van het volledige verzorgingstraject van de suïcidepogers in het ziekenhuis. Er wordt uitgegaan van een aantal basisprincipes; bijvoorbeeld iedere suïcidepogers wordt opgenomen in het ziekenhuis, iedere suïcidepogers wordt psychiatrisch gescreend.

De aanwezigheid van een protocol vormt echter niet altijd dé garantie voor een goede, kwalitatieve opvang en begeleiding. Er zijn niet noodzakelijk duidelijke redenen aan te halen waarom er in de ziekenhuizen geen protocol bestaat voor de opvang van suïcidepogers. Ziekenhuizen geven wel aan dat het niet eenvoudig is om tot een consensus te komen tussen de verschillende artsen en disciplines betrokken bij de opvang van suïcidepogers.

■ SOMATISCHE OPNAME & BEHANDELING

De somatische opname omvat de verzorging en behandeling van lichamelijke letsels, opgelopen tijdens de suïcidepoging. De eerste zorgen worden zo snel mogelijk toegediend door een spoedarts, anesthesist of MUG-arts, ook als de patiënt dit weigert. In twee interventieziekenhuizen wordt ook een neuroloog of psychiater bij de spoedopname betrokken. Tijdens de eerste opvang op de spoedopnamedienst worden de medische toestand en de ernst van het lichamelijke letsel beoordeeld. In een aantal ziekenhuizen (2 IZ en 1 CZ) maakt men ook een inschatting van het risico en tracht men te achterhalen welke middelen gebruikt werden bij de suïcidepoging (4 IZ en 1 CZ).

In alle deelnemende ziekenhuizen wordt de patiënt effectief geregistreerd als suïcidepogers. Een aantal gegevens betreffende de suïcidepoging worden verzameld en bijgehouden. De omvang van deze registratie verschilt tussen de ziekenhuizen. Niet in ieder ziekenhuis worden alle aspecten geregistreerd.

Aspecten registratie:

- vergezellend persoon
- opname dienst
- tijdstip opname
- tijdstip ontslag
- behandelend arts tijdens opname
- somatische behandeling
- aard suïcidepoging

- gebruikt middel
- ernst van het lichamelijke letsel
- aanleiding, motieven en omstandigheden
- behandelplan.

De registratie kan door verschillende personen gebeuren; de behandelende arts, een verpleegkundige, psychiater. In de interventieziekenhuizen gebeurt de registratie meestal door de behandelende arts of een psychiater. Controleziekenhuizen geven aan dat de registratie voornamelijk gebeurt door verpleegkundigen. De gegevens worden meestal ingevuld op een voorgedrukt formulier of in een boek.

Een aanzienlijke groep suïcidepogers verlaat het ziekenhuis nadat de eerste zorgen toegediend worden. Ze weigeren een opname in het ziekenhuis. Ziekenhuizen gaan op verschillende manieren om met deze ‘opnameweigeraars’ en ‘onmiddellijke vertrekkers’. Er kunnen een aantal acties ondernomen worden om de zorg toch nog te verlengen of om de patiënt van gedachten te doen veranderen.

In twee deelnemende ziekenhuizen, beiden controleziekenhuizen, wordt niets ondernomen. De suïcidepogers mag op eigen initiatief vertrekken.

Interventieziekenhuizen voorzien een aantal maatregelen:

- er wordt een gesprek aangegaan met de patiënt om het belang aan te tonen van een langer verblijf in het ziekenhuis
- er wordt een gesprek aangegaan met belangrijke derden (partner, familie) om het belang aan te tonen van een langer verblijf in het ziekenhuis
- de patiënt ontvangt een kaartje met nuttige telefoonnummers bij crisis
- er wordt een poging gedaan om de somatische behandeling te verlengen
- de patiënt ontvangt een verwijsbrief voor zijn of haar huisarts

Na het toedienen van de eerste zorgen en het stabiliseren van de suïcidepogers wordt de verdere behandeling en verzorging opgestart.

■ PSYCHIATRISCHE – PSYCHOLOGISCHE OPNAME EN BEHANDELING

In de enquête werden ook vragen opgenomen over de verzorging en behandeling van de psychische en psychiatrische aspecten die gerelateerd zijn aan de suïcidepoging.

In het ideale geval vindt er een psychiatrische screening plaats van de suïcidepogers, liefst zo snel mogelijk. Risico-inschatting en psychiatrische screening zijn veeleisende vaardigheden waarvoor ervaring en deskundigheid vereist zijn. Een gesprek wordt op gang gebracht vanaf het moment dat de patiënt aanspreekbaar is, met als doel, zicht te krijgen op de achterliggende problemen en het risico op recidieven.

Bij het spreken met een suïcidale patiënt toont de hulpverlener zijn oprechte belangstelling en begrip voor het lijden. De patiënt dient zich veilig te voelen om al zijn bekommernissen te kunnen brengen. De kwaliteit van het gesprek dient van die aard te zijn dat een verdere hulpverleningsrelatie zich kan ontwikkelen.

Buitenlands onderzoek toont aan dat tot 58% van de suïcidepogers die zich aanmelden op een spoedafdeling van een ziekenhuis niet grondig en nauwkeurig gescreend worden. Niet of slecht gescreende suïcidepogers hebben een groter risico op recidive en suïcide (Hickey, Hawton, Fagg, & Weitzel, 2001).

Alle deelnemende ziekenhuizen, zowel interventieziekenhuizen als controleziekenhuizen, geven aan dat suïcidepogers psychiatrisch gescreend worden. In één interventieziekenhuis gebeurt dit echter niet altijd, aangezien er niet op alle momenten gespecialiseerd personeel aanwezig is. Een psychiatrische screening kan door verschillende personen uitgevoerd worden. Deze screening gebeurt in alle ziekenhuizen door een psychiater, psycholoog of (behandelend) arts.

Er is een verschil in het aantal aspecten die aan bod komen tijdens de screening. De meeste ziekenhuizen screenen zeer uitgebreid; in één controleziekenhuis is de screening eerder beperkt. De inhoud en het aantal aspecten dat aan bod komt, zegt uiteraard niets over de kwaliteit van de screening.

Aspecten screening:

- levensgebeurtenissen die de poging vooraf gingen
- alcohol, drugs en medicatiegebruik
- beschikbaarheid van suïcidemiddel
- aanwezigheid van suïcidale modellen in de omgeving
- psychiatrische voorgeschiedenis inclusief suïcidaal gedrag
- huidige psychiatrische problemen
- sociale factoren (relatie, werk, financiële situatie, ...)
- motieven
- voorbereiding en uitvoering
- suïcidale intentie
- aanwezigheid van probleemoplossende vaardigheden
- motivatie voor verdere hulp
- vertrouwen in hulpverlening
- steun van de omgeving
- ruimte voor het bespreken van gevoelens en gedachten

Een goede risico-inschatting is noodzakelijk in elke begeleiding van suïcidale patiënten.

Vier van de zes deelnemende ziekenhuizen (1 CZ en 3 IZ) voeren standaard een risico-inschatting uit. Één interventieziekenhuis geeft aan dat er niet altijd gespecialiseerd personeel aanwezig is om een dergelijke risico-inschatting uit te voeren. In één controleziekenhuis gebeurt er geen inschatting van het risico.

De risico-inschatting wordt net zoals de psychiatrische screening uitgevoerd door een psychiater of een psycholoog. Bij deze risico-inschatting wordt rekening gehouden met volgende factoren: suïcidepogingen in de voorgeschiedenis, aard huidige poging, psychiatrische problematiek, psychiatrische behandeling, sociale ondersteuning, werkloosheid, gewelddadigheid en agressiviteit, lichamelijke gezondheidstoestand en de aanwezigheid van een hopeloosheidsgevoel.

Risico-inschatting is een veeleisende vaardigheid. Naast een inventarisering van de risicofactoren moet men openlijk de actuele suïcidaliteit bevragen. Als suïcidale gedachten aanwezig zijn moet de ernst van de suïcidewens ingeschat worden. Daarbij moet de hulpverlener er achter komen of de patiënt een plan heeft om suïcide te plegen. Hoe gedetailleerder het plan, hoe effectiever en hoe meer voorbereidingen er zijn getroffen, hoe hoger het suïciderisico is.

De risico-inschatting geeft aanwijzingen voor het verdere beleid. Is er voldoende veiligheid om ambulante te werken? Moeten er extra veiligheidsmaatregelen genomen worden in verband met de veiligheid van de patiënt in het ziekenhuis?

Ziekenhuizen nemen standaard een aantal maatregelen bij de verzorging en de behandeling van suïcidepogers. Het controleziekenhuis dat geen risico-inschatting uitvoert, neemt uiteraard ook geen extra veiligheidsmaatregelen.

Onder extra veiligheidsmaatregelen verstaan we:

- afgeven van eigen medicatie
- inname en verdeling medicatie onder toezicht van verplegend personeel
- risicovolle voorwerpen (schaar, scheermesje, ...) verwijderen of onder toezicht laten gebruiken
- plaatsing in een tweepersoonskamer
- extra aandacht wanneer de patiënt zich terugtrekt
- per shift de emotionele toestand van de patiënt checken
- intensief dagelijks contact met psychiater, psycholoog of psychiatrisch verpleegkundige
- uitgaansverbod
- verhoogd toezicht
- veiligheidskamer

Eén interventieziekenhuis stelt samen met de patiënt een (informeel) contract op waarin staat dat de patiënt zich niet zal suïcideren tijdens de opname in het ziekenhuis.

■ BEHANDELING EN OPVOLGING

In de enquête werden vragen opgenomen betreffende de behandeling en de verdere opvolging van suïcidepogers in het algemeen ziekenhuis.

Suïcidepogers kunnen opgenomen worden op verschillende afdelingen in het ziekenhuis. In diverse richtlijnen wordt gewezen op het nut van het opnemen van suïcidepogers op één specifieke afdeling. Het personeel raakt meer vertrouwd in de omgang met suïcidepogers, er is meer overzicht, meer controle. Uit onderzoek blijkt dat het deskundigheidsniveau van personeel betreffende suïcide en suïcidepogingen een positief effect heeft op de zorg voor suïcidepogers; negatieve attitudes verminderen, het nut van behandeling en begeleiding wordt duidelijk (McAllister, Creedy, Moyle, & Farrugia, 2002).

Voor alle ziekenhuizen geldt dat de toewijzing van patiënten aan een afdeling afhankelijk is van de beschikbaarheid van bedden, van de aard en de ernst van het lichamelijke letsel en van de behandelende arts. Meestal echter worden patiënten opgenomen op de PAAZ van het ziekenhuis, indien deze afdeling aanwezig is. In ziekenhuizen zonder PAAZ concentreert de opvang van suïcidepogers zich meestal tot de afdeling neurologie.

In de literatuur wordt verder benadrukt dat het belangrijk is om naaste familieleden te betrekken bij de verzorging en behandeling van suïcidepogers. De omgeving speelt immers een belangrijke rol. Meestal zijn ze zwaar aangeslagen door de gebeurtenissen. Ze kampen met een wirwar van gevoelens: ze voelen zich gedeeltelijk verantwoordelijk en schuldig, ze zijn kwaad en angstig. Familieleden kunnen ook de neiging hebben om de suïcidepoging te minimaliseren. Dus het kan zijn dat de familie eerder de aangeboden hulp afwijst, maar ook het omgekeerde is mogelijk. Familieleden kunnen gemotiveerd zijn voor vervolgzorg voor zichzelf en/of de poger en ze kunnen een positieve rol spelen in het op gang brengen van verdere hulp.

In vier van de zes ziekenhuizen (1 CZ en 3 IZ) wordt de familie actief betrokken bij de behandeling en de opvolging van de suïcidepoger in het ziekenhuis. Er worden voornamelijk afspraken gemaakt omtrent de psychologische opname, de behandeling in het ziekenhuis en de vervolgzorg en opvang na ontslag.

Indien suïcidepogers op een PAAZ worden opgenomen is er uiteraard gespecialiseerde hulp aanwezig. Er bestaat dan een gespecialiseerd team voor de opvang en begeleiding van suïcidepogers (2 IZ en 1 CZ).

In ziekenhuizen zonder PAAZ is dit minder evident. Slechts één deelnemend ziekenhuis zonder PAAZ (IZ) biedt gespecialiseerde hulp aan. Een liaisonsteam staat in voor de begeleiding van de pogers en de familie. Dit team bestaat uit: psychiater, psycholoog, psychiatrisch verpleegkundige, maatschappelijk assistent. De communicatie tussen de leden van het team gebeurt door kort dagelijks overleg, op wekelijkse teamvergaderingen en op basis van behoeften. Op een PAAZ vindt het overleg plaats tijdens (dagelijkse) briefings en via het medische dossier en verpleegdossier.

Een derde belangrijk aspect bij de behandeling van suïcidepogers, is de houding en attitude van het personeel. Een suïcidepoging brengt vaak sterke emoties en negatieve attitudes bij het personeel met zich mee. Het personeel neemt, als gevolg hiervan, vaak afstand van de patiënten.

Deze houding verklaren ze door het gedrag van de suïcidepogers als manipulatief, of als een vorm van aandacht zoeken te benoemen (Vivekananda, 2000). Dit is in de praktijk een totaal verkeerde houding: de patiënten ervaren dat ze niet gehoord worden en dit vergroot de afstand tot de hulpverlening, ook wat betreft de vervolgzorg en therapietrouw. Suïcidepogers vinden de houding van het personeel zeer belangrijk wanneer zij gevraagd worden om de opvang in het ziekenhuis te beoordelen (McAllister et al., 2002).

Vorming en training van personeel kunnen de bestaande vooroordelen voorkomen.

In drie van de zes deelnemende ziekenhuizen (3 IZ) wordt het ziekenhuispersoneel dat in contact komt met suïcidepogers getraind in de omgang met en de opvang voor deze groep patiënten.

■ VERVOLGZORG

Het opstarten en organiseren van aangepaste vervolgzorg is zeer belangrijk. We weten immers dat suïcidepogers het ziekenhuis vrij snel verlaten. Zoals reeds eerder aangehaald is de zorg in het ziekenhuis van invloed op het volgen van advies voor vervolgzorg en verdere behandeling. Wanneer men in het ziekenhuis geen moeite doet om de suïcidepogers op een kwaliteits- en respectvolle manier te behandelen, zullen alle pogingen die het ziekenhuis doet om de patiënt door te verwijzen naar een gepaste vorm van vervolgzorg tevergeefs zijn en zullen adviezen voor vervolgzorg weinig effect hebben.

Het organiseren van deze vervolgzorg is echter niet vanzelfsprekend. Suïcidepogers voelen zich vlak na de poging vaak 'beter'. Ze zijn soms beschaamd en hebben de neiging om de poging te minimaliseren: 'het was een ongeluk, ik had teveel gedronken, het was stom van me, ...'. Suïcidepogers zijn weinig gemotiveerd voor verdere hulp en vertonen een lage therapietrouw.

In drie van de zes deelnemende ziekenhuizen (3 IZ) wordt een concreet vervolgzorgplan uitgewerkt. In de andere ziekenhuizen gebeurt dit slechts af en toe of niet. Indien patiënten na hun ontslag vanuit het ziekenhuis doorverwezen worden naar andere hulpverlenende instanties, wordt er vanuit het ziekenhuis al contact opgenomen met de betreffende instantie tijdens het verblijf van de patiënt in het ziekenhuis.

De informatieverstrekking aan externe hulpverleners gebeurt meestal telefonisch en in schriftelijke vorm.

Drie van de zes ziekenhuizen (1 CZ en 2 IZ) maken daarnaast reeds gebruik van een elektronisch systeem.

4.2.3 VERANDERINGEN GEDURENDE HET VERLOOP VAN HET PROJECT

Teneinde de onderzoeksresultaten te interpreteren, is het belangrijk om een zicht te krijgen op mogelijke veranderingen ten aanzien van de opvang van suïcidepogers, die zijn opgetreden gedurende het verloop van het project. Hiertoe is de enquête meerdere malen afgenomen (zie subparagraaf 3.3.1).

Bij vergelijking van de gegevens op de verschillende tijdstippen bleek dat er in een aantal ziekenhuizen wijzingen zijn opgetreden in de gerapporteerde opvang van suïcidepogers.

Volledigheidshalve moet vermeld worden dat het invullen van de enquêtes op de verschillende registratiemomenten niet steeds door dezelfde persoon/personen is gebeurd, omwille van interne personeelsverschuivingen. Deze situatie heeft zich voorgedaan in ten minste twee ziekenhuizen. Een aantal van de gevonden verschillen kan bijgevolg verklaard worden door het feit dat deze verschillende invullers een andere perceptie hadden van de werkwijze binnen het ziekenhuis. Meer specifiek gaat het dan over gerapporteerde verschillen in aantal factoren die gescreend worden, aspecten van en maatregelen na de risico-inschatting, opvang en informatieverstrekking aan naasten, etc.

Daarnaast echter zijn er ook een aantal meer ingrijpende veranderingen gerapporteerd.

In één controleziekenhuis is men in de loop van het project zowel met de registratie als met de psychiatrische screening van suïcidepogers gestopt, omwille van een personeelstekort en het feit dat de suïcideproblematiek niet wordt gedragen in het ziekenhuis. In ditzelfde ziekenhuis is men inmiddels gestart met het opzetten van een systeem waarbij de informatieverstrekking naar externe hulpverleners via elektronische weg kan verlopen in plaats van op schriftelijke wijze.

Voor twee interventieziekenhuizen, die bij de eerste enquête-afname aangaven enkele maatregelen toe te passen wanneer opname werd geweigerd, bleek bij de laatste enquête-afname dat er niets meer werd ondernomen.

In een derde interventieziekenhuis heeft men naar het einde van de gegevensverzameling toe besloten om in de nabije toekomst acties te ondernemen om een protocol met betrekking tot de opvang van suïcidepogers te ontwikkelen. Minder positief is dat men in de loop van het project ook in dit ziekenhuis is gestopt met de registratie van suïcidepogers vanwege een personeelstekort.

4.3 PROCES-EVALUATIE

In deze paragraaf gaan we na in hoever en in welke condities het gelukt is de voorgestelde strategie uit te laten voeren door de betrokkenen (de ziekenhuizen, huisartsen en patiënten).

De bespreking van de procesgegevens bestaat uit een opsomming van de conclusies van de proefperiode (4.3.1), de resultaten van de bevraging die gebeurd is in ziekenhuizen en bij huisartsen (4.3.2) en de presentatie van de registratiegegevens (4.3.3).

4.3.1 CONCLUSIES PROEFPERIODE

Drie interventieziekenhuizen hebben meegewerkt aan een korte proefperiode. In één ziekenhuis werd het verwijssysteem gedurende een maand uitgetest (begin april 2004- 1 mei 2004).

In de twee andere ziekenhuizen duurde de pilootfase 2 weken (15 april 2004 – 1 mei 2004).

Volgende conclusies kwamen voort uit deze periode:

- Aan de ziekenhuizen werd gevraagd om een overzicht bij te houden van het aantal deelnemers en het aantal weigeraars. Het bleek echter ook belangrijk om het aantal suïcidepogers dat om één of andere reden niet gevraagd werd, te inventariseren. In bepaalde gevallen had men binnen het ziekenhuis niet de kans om de patiënt te vragen om mee te werken aan het onderzoek of oordeelde men dat het beter is om het onderzoek niet ter sprake te brengen. We vroegen daarom sindsdien aan de deelnemende ziekenhuizen om een onderscheid te maken tussen deelnemers, effectieve weigeraars en patiënten waaraan niet gevraagd werd om deel te nemen aan het onderzoek (omwille van uiteenlopende redenen). Op deze manier kregen we een zicht op het effectieve aantal suïcidepogers in ieder ziekenhuis.

Mogelijke redenen voor niet-vragen:

- patiënt verliet ziekenhuis zeer snel
 - patiënt werd doorverwezen naar de PAAZ van een ander ziekenhuis of een psychiatrisch ziekenhuis
 - buitenlandse patiënt met buitenlandse huisarts
 - patiënt verstond en sprak zeer slecht Nederlands
 - andere,
- De aan de UHasselt verbonden onderzoeker contacteerde de patiënten 2 weken na hun ontslag uit het ziekenhuis telefonisch. Hiervoor hadden we het telefoonnummer van de patiënt nodig. Tijdens de proefperiode is gebleken dat het doorgegeven telefoonnummer (op identificatiesticker) niet altijd klopte. Het was daarom belangrijk om het telefoonnummer een tweede keer te vragen wanneer een patiënt toestemde om mee te werken aan het onderzoek.
 - Patiënten die wilden deelnemen aan het onderzoek, ondertekenden het toestemmingsformulier. Dit formulier moest samen met het formulier 'nazorg suïcidepogers' teruggestuurd worden naar het LUC door middel van een gefrankeerde enveloppe.

- Het kon voorkomen dat patiënten geen telefoon hadden (geen vast toestel of GSM). Deze patiënten werden toch opgenomen in het onderzoek. Ze werden schriftelijk gecontacteerd en ontvingen dezelfde vragen als de patiënten die telefonisch gecontacteerd werden. Hiertoe werden de vragen van de telefonische bevraging aangepast en geherformuleerd (zie bijlage 9).
- Het was soms moeilijk om de patiënten zelf aan de telefoon te krijgen. Andere personen konden vaak in hun plaats antwoorden en waren hier ook bereid toe. We opteerden om – indien de patiënt zelf de vragen niet kon beantwoorden – van deze kans gebruik te maken en de vragen te stellen aan een derde persoon (partner, ouder, ...), onder voorwaarde dat deze persoon op de hoogte was van de toestemming van de patiënt om deel te nemen aan het onderzoek.
- Het telefoontje met de onderzoeker kon voor bepaalde mensen met zich meebrengen dat men begon na te denken over de contacten en de relatie met de huisarts. Bepaalde aspecten werden dan aangehaald tijdens het volgende contact met de huisarts. De huisarts kon zich hierdoor ‘gecontroleerd’ voelen. Ook naar de huisartsen toe moest dus duidelijk gecommuniceerd worden dat ze steeds bij de onderzoekers terecht konden wanneer ze nood zouden hebben aan bijkomende informatie over het telefonische gesprek met de patiënt door de onderzoekers (welke vragen werden gesteld, verloop van gesprek, □).
- De ziekenhuizen die deelnamen aan de proefperiode meldden weinig praktische problemen om het onderzoek te bespreken met patiënten. Enkel de nachten en de weekends waren moeilijke periodes, omdat op deze momenten vaak geen gekwalificeerd personeel aanwezig was. Patiënten die 's nachts toekwamen en slechts voor korte duur in het ziekenhuis verbleven, konden moeilijk gevraagd worden. Hetzelfde gold voor patiënten die in het weekend opgenomen werden.

Conclusie

Op enkele praktische problemen na, bleek een vrij betrouwbare registratie mogelijk van de pogers die werden opgenomen en het verloop van de opname. Ook waren er geen ernstige problemen bij de werving van patiënten voor het onderzoek tijdens de normale werktijden. Door verwijzing en opnamen buiten de normale werktijden, gingen echter meer patiënten voor het onderzoek verloren dan aanvankelijk verwacht werd. Dit wijst erop dat de psychosociale opvang van suïcidepogers buiten de normale werktijden veelal niet gerealiseerd wordt.

4.3.2 INFORMATIE VERZAMELD BIJ DE BETROKKEN PARTIJEN VAN HET PROJECT

Tijdens het project zijn twee evaluatie- en terugkoppelingsmomenten georganiseerd in de ziekenhuizen. De belangrijkste bevindingen van het eerste evaluatiemoment worden gepresenteerd.

Na afloop van het project is een bevraging gehouden bij de contactpersonen van de ziekenhuizen, dit om te documenteren in welke mate de projectuitvoering was uitgevoerd zoals voorzien. De informatieverzameling bij huisartsen gebeurde aan de hand van een vragenreeks.

IV EVALUTIE- EN TERUGKOPPING IN DE ZIEKENHUIZEN

Tijdens het eerste evaluatiemoment, twee maanden na de opstart van het project, zijn twee evaluatie- en terugkoppelingsmomenten georganiseerd in de ziekenhuizen. In het hiernavolgende worden de belangrijkste bevindingen van het eerste evaluatiemoment gepresenteerd.

- **Werklast**

De ziekenhuizen gaven aan dat ze de bijkomende werklast onderschat hadden. Deelname aan het project bracht meer werk met zich mee dan men bij aanvang dacht.

Alle afdelingen, personen die in het ziekenhuis te maken hebben met de opvang en verzorging van suïcidepogers, moesten op de hoogte zijn van het project. Ziekenhuizen gaven aan dat het niet eenvoudig was om iedereen tijdig te informeren. De opstart in de ziekenhuizen heeft dus hier zeker en vast vertraging opgelopen.

- **Werkwijze**

Ieder ziekenhuis heeft zijn eigen manier van werken vastgelegd. Het was in het kader van het onderzoek niet de bedoeling om in de ziekenhuizen een nieuwe manier van werken te introduceren. Ieder ziekenhuis had zelf de vrijheid om te bepalen hoe men zich organiseerde in het kader van het project. Men nam dus zelf beslissingen; waar en door wie werden patiënten gevraagd om mee te werken, wanneer gebeurde dit, hoe gebeurde de informatiedoorstroom, In ziekenhuizen waar er weinig structuur bestond in de opvang van suïcidepogers bracht het project een hele opdracht met zich mee, een aantal dingen moesten duidelijk afgesproken worden.

- **Confronterend effect**

Tijdens de bijeenkomsten werd zeer vaak aangehaald dat ziekenhuizen door het project geconfronteerd werden met sterke en zwakke punten inzake de opvang en verzorging van suïcidepogers. De informatiedoorstroom en de organisatie ervan, of het gebrek hieraan, werden zichtbaar.

- **Definitie suïcidepoging**

Binnen het project hanteerden we de WHO-definitie van een suïcidepoging.

We hebben tijdens de bijeenkomsten kunnen vaststellen dat er heel wat verschillen bestaan (tussen maar ook binnen ziekenhuizen) over wat er onder een suïcidepoging verstaan wordt.

Men had niet de gewoonte om een suïcidepoging op deze manier te definiëren, men hanteerde in veel ziekenhuizen een ‘strengere’ definitie (‘de patiënt moet dood willen, maar dit is mislukt’). De vergaderingen vormden een ideale gelegenheid om de definitie nogmaals toe te lichten en te benadrukken deze definitie te hanteren binnen het project.

- Relatie met patiënt

Wanneer we vroegen naar de ervaringen met het aanspreken van de patiënten om mee te werken aan het onderzoek merkten we duidelijk dat de band die er met de patiënt opgebouwd kon worden in het ziekenhuis van invloed was op de reactie van de patiënten. Hoe sterker de band, hoe eerder patiënten geneigd waren om te willen meewerken aan het onderzoek.

- Training en opleiding personeel

In de ziekenhuizen stelde men vast dat naarmate het personeel beter getraind en opgeleid was in de omgang met suïcidepogers, de gesprekken met de patiënt vlotter verliepen en de kans groter was dat de patiënt instemde om mee te werken aan het onderzoek. Personeel dat niet vertrouwd was met de opvang van suïcidepogers stond meer huiverachtig ten opzichte van het vragen van de patiënt om mee te werken. In sommige gevallen zou men dan ook zelf beslissen om patiënten niet te werven voor het onderzoek omwille van het feit dat men het niet zag zitten om het onderzoek te bespreken met de patiënt.

- Controleziekenhuizen – interventieziekenhuizen

Vooraf in de controleziekenhuizen gaf men aan dat het moeilijk was om patiënten te laten instromen in het onderzoek. Interventieziekenhuizen ondervonden meteen een aantal voordelen, zoals de verbeterde verslaggeving naar en communicatie met de huisartsen. Ook het gesprek met de patiënt over deelname aan het onderzoek kon in de interventieziekenhuizen in het kader van de vervolgzorg geplaatst worden. Dit was niet het geval in de controleziekenhuizen. Het gesprek met de patiënt ging hier enkel over het al dan niet meewerken aan het onderzoek. Patiënten hadden dan eerder de neiging om meteen negatief te reageren op dit voorstel. De motivatie bij het personeel in de controleziekenhuizen was omwille van deze redenen minder groot.

IV BEVRAGING CONTACTPERSONEN

Na afloop van het project is een bevraging gebeurd bij de contactpersonen van de deelnemende ziekenhuizen. In de interventieziekenhuizen werden vragen gesteld over de implementatie van de flyerstrategie en over de werkwijze inzake patiëntenwerving. In de controleziekenhuizen werden enkel de vragen aangaande de werving van patiënten overlopen. De resultaten van deze bevraging worden per vraag gepresenteerd.

De implementatie van de 'flyerstrategie'

- *Slaagde het ziekenhuis erin om aan elke patiënt voor te stellen contact te leggen met de huisarts binnen de week na ontslag?*

Wanneer patiënten instemden met het onderzoek, werd in alle interventieziekenhuizen systematisch de rol van de huisarts als belangrijke hulpverlener benadrukt. Er werd tevens aan patiënten gevraagd om binnen de week na ontslag uit het ziekenhuis contact te leggen met de huisarts.

In één interventieziekenhuis werd aanvankelijk aan patiënten verteld dat wanneer ze geen contact opnamen met de huisarts, de huisarts dit zelf zou doen. Dit was echter niet de bedoeling van het project. Het gevaar bestond dan immers dat patiënten zelf geen initiatief meer zouden nemen om hun huisarts te contacteren, in de veronderstelling dat de huisarts hun zou opbellen. Deze misvatting is tijdig gecorrigeerd.

- *Hoe reageerden de patiënten op dit voorstel?*

In alle interventieziekenhuizen werd aangegeven dat patiënten vrij goed reageerden op het voorstel om de huisarts te contacteren. De patiënten voor wie er reeds andere vervolgzorg was geregeld, ervoeren dit voorstel vaak als minder relevant. Sommige patiënten gaven aan hun huisarts niet goed te kennen.

- *Slaagde het ziekenhuis erin om snel na het ontslag een rapport te sturen aan de huisarts?*

Drie ziekenhuizen gaven aan dat het verslag meestal de dag van of de dag na ontslag wordt verstuurd naar de huisarts.

Wanneer patiënten echter verder worden behandeld in daghospitalisatie, wordt dit verslag later verstuurd. In één ziekenhuis wordt de huisarts telefonisch en per brief verwittigd bij opname van een suïcidepoging. De aankomst van het uiteindelijke verslag aan de huisarts laat minimum 7 dagen op zich wachten.

- *Werd bij elk rapport een 'flyer' meegestuurd, ook bij die patiënten die niet meewerkten aan het onderzoek*

In de overgrote meerderheid van de gevallen werd een rapport + flyer verstuurd naar de huisarts. In een aantal gevallen gebeurde dit niet, bijvoorbeeld wanneer patiënten enkel gezien waren door het personeel van de spoedafdeling. Wanneer patiënten aangaven niet mee te willen werken aan het onderzoek, werd door twee interventieziekenhuizen geen flyer bij het rapport gevoegd. Één interventieziekenhuis stuurde in dergelijke gevallen slechts sporadisch een flyer. In een vierde interventieziekenhuis werd de flyer aanvankelijk enkel verstuurd voor patiënten die toestemming gaven voor het onderzoek, de laatste drie maanden van het project werd deze flyer voor alle opgenomen suïcidepogers verstuurd.

- *Heeft het ziekenhuis reacties van huisartsen op deze strategie gekregen?*

Geen enkel ziekenhuis heeft vanwege de huisartsen een reactie op de flyer ontvangen.

- *Is er een consensus in het ziekenhuis over het nut van deze strategie? Zo ja, merken jullie positieve evoluties? Zo neen, wat zijn de bezwaren?*

Binnen de ziekenhuizen is er consensus over het nut van de flyerstrategie, in die mate dat men het positief vond dat er effectief iets gedaan werd voor de patiëntenpopulatie van de suïcidepogers, dat er opvolging werd voorzien voor deze patiënten en dat de huisarts betrokken werd in het hulpproces.

Hier stond het bezwaar tegenover dat het van de dienst spoedgevallen een vrij grote tijdsinvestering vergde om – wanneer geen opname in ziekenhuis – deze patiënten te begeleiden en hen te motiveren tot het opnemen van vervolgzorg via de huisarts.

Verder stelde men zich de vraag in hoeverre de flyerinformatie nog relevant is wanneer een huisarts de flyer reeds meerdere malen heeft ontvangen. Bovendien werd er, al dan niet terecht, opgemerkt dat hoe langer de opname van een patiënt duurt, hoe minder de flyer van belang is. De behandelaar blijft dan immers altijd bereikbaar.

De implementatie van het onderzoek: werven van patiënten

Zowel de interventieziekenhuizen als de controleziekenhuizen hebben meegewerkt aan het werven van patiënten.

- *Welke afspraken werden intern gemaakt ten aanzien van het onderzoek? (verantwoordelijkheid, informeren wanneer patiënt toekomt, informatieoverdracht tussen afdelingen)*

In de ziekenhuizen met PAAZ, namelijk ZOL Genk, Sint-Franciscusziekenhuis Heusden (IZ) en Virga Jesse Hasselt (CZ), zijn het personeel van zowel spoedafdeling als psychiatrische afdeling ingelicht over het project.

In ziekenhuizen zonder PAAZ is naast het personeel van de spoedafdeling, ook het personeel van de afdelingen waar patiënt na spoedopname terecht komt (psychologisch liaison team, afdeling neurologie, ...) geïnformeerd. Het geïnformeerde personeel kon via hun afdelingen beschikken over de nodige formulieren voor het werven van patiënten.

In één controleziekenhuis zonder PAAZ werd enkel het spoedpersoneel verantwoordelijk gesteld voor de patiëntenwerving. Na verloop van tijd stelde men vast dat dit niet steeds mogelijk was en werd in tweede instantie afgesproken dat bij overplaatsing naar een afdeling de dienst patiëntenbegeleiding verwittigd zou worden door spoed om het onderzoek toe te lichten en patiënten te werven. Om het spoedpersoneel hiervoor te mobiliseren is een extra intern vormingsmoment ingelast.

In de 5 andere ziekenhuizen (1 controleziekenhuis met PAAZ, 2 interventieziekenhuizen met en 2 interventieziekenhuizen zonder PAAZ) werd bij aanvang van het project afgesproken dat, wanneer patiënten werden opgenomen in het ziekenhuis, de werving van patiënten zou gebeuren door het personeel van de PAAZ (assistenten van psychiater, psychiatrisch verpleegkundigen) of – indien geen PAAZ – door het psychologisch liaison team of een psychologe in liaisonfunctie die voorafgaandelijk door de spoedafdeling werden verwittigd van deze opname. Wanneer patiënten het ziekenhuis vanuit de spoedafdeling wensten te verlaten en dus niet werden opgenomen, werd aan het spoedpersoneel dat gevraagd dat zij deze patiënten zou den werven voor het onderzoek.

In de praktijk leidde dit ertoe dat in vier ziekenhuizen (1 controleziekenhuis zonder PAAZ, 2 interventieziekenhuizen met PAAZ en 1 interventieziekenhuis zonder PAAZ) één persoon de verantwoordelijkheid voor de patiëntenwerving op zich nam. In de ziekenhuizen met PAAZ was dit de assistente van de psychiater respectievelijk een psychiatrisch verpleegkundige. In de ziekenhuizen zonder PAAZ was dit de liaisonpsychologe respectievelijk iemand van de patiëntenbegeleiding. Dit had tot gevolg dat de continuïteit van het project niet kon gewaarborgd worden wanneer deze personen afwezig waren (weekenddagen, verlof, uit dienst). In de twee overige ziekenhuizen (één controleziekenhuis met PAAZ en één interventieziekenhuis zonder PAAZ) lichtte steeds de persoonlijke begeleider van de patiënt het onderzoek toe. In het ziekenhuis met PAAZ was deze persoonlijke begeleider(ster) meestal een psychiatrisch verpleegkundige; in het ziekenhuis zonder PAAZ was dit een psychologe van het psychologisch liaison team.

- *Wat werd patiënten verteld over het onderzoek? Wordt het onderzoek aan de hand van de brief + informed consent toegelicht of geeft men de brief aan de patiënt en laat men hem/haar hierover nadenken?*

In zowel controle- als interventieziekenhuizen werd het onderzoek aan de hand van brief en informed consent toegelicht. Er werd aangeven dat een beperkt verslag zou gestuurd worden naar de onderzoekers en dat patiënten twee keer gecontacteerd zou worden door een onderzoeker. De opzet van het onderzoek (interventie/controleziekenhuizen) werd niet aangehaald.

- *Wanneer gebeurde dit?*

Ziekenhuizen mochten zelf beslissen wanneer het onderzoek ter sprake werd gebracht.

In één ziekenhuis gebeurde dit kort bij opname van de patiënt, in de overige ziekenhuizen kort bij het ontslag, naar het einde van de begeleiding toe.

▪ *Redenen waarom patiënten niet gevraagd werden voor deelname aan het onderzoek?*

De aangehaalde redenen waren divers:

- in de ziekenhuizen waar slechts één persoon verantwoordelijk was voor werving van patiënten, werden geen patiënten geworven wanneer deze persoon afwezig was .
- patiënt had ziekenhuis vanuit spoedafdeling verlaten en spoedpersoneel werkte niet mee aan patiëntenwerving of kon wegens tijdsgebrek geen patiënten werven
- patiënt ontkende de poging
- patiënt was acuut psychotisch
- men was vergeten het onderzoek aan te kaarten
- informatieoverdracht tussen de afdelingen verliep niet altijd even functioneel: verantwoordelijken voor patiëntenwerving werden niet systematisch ingelicht over de spoedopname van een suïcidepoging

▪ *Wat waren de moeilijkheden bij het werven van patiënten voor het onderzoek?*

- Wanneer patiënten op het einde van hun opname gevraagd werden om deel te nemen aan onderzoek, moest de oorzaak van de opname terug opgerakeld worden, hetgeen zowel voor patiënt als personeel onaangenaam was.
- Het motiveren van patiënten om deel te nemen aan het onderzoek vereiste dat men de achtergrond van het onderzoek kende en achter de strategie stond
- In één ziekenhuis gebeurde de introductie van het onderzoek en het vragen van medewerking niet op zelfde moment als het invullen van de gevraagde gegevens en het bekomen van de handtekening voor informed consent.
Het kwam voor dat patiënt reeds vertrokken was uit ziekenhuis vooraleer personeel in dossier gezien had dat patiëntenformulier nog niet was ingevuld en/of informed consent nog niet ondertekend was.
- Weerstand bij patiënten: angst dat beroepsgeheim niet zou worden gerespecteerd (m.b.t. gegevensverwerking nadien), gevoel van 'schending privacy', idee van 'verbintenis aan te gaan'

Conclusie

De invoering van het onderzoek is confronterend en vergt veel inspanning. De inzet van de ziekenhuizen is dan ook aanzienlijk geweest. De invoering van het project zet ook heel wat in gang binnen de ziekenhuizen: rond de opvang van suïcidepogers wordt een organisatie- en communicatiestructuur opgebouwd; tijdens het project was dit vaak nog niet goed gerealiseerd. Vermist de sociale en emotionele relatie met de hulpverlener een invloed heeft op de kwaliteit van opvang en vervolgzorg, is bijkomende training van betrokken personeel noodzakelijk.

▣ VRAGENREEKS VOOR DE HUISARTSEN

Respons

In totaal waren er 62 huisartsen waarvan een patiënt opgenomen was geweest in een interventieziekenhuis. De vragenreeks is verstuurd naar 57 huisartsen (van vijf huisartsen werd geen adres teruggevonden). In eerste instantie hebben we elf vragenreeksen teruggekregen. Na het versturen van een herinneringsbrief (en opnieuw de vragenreeks) hebben we nog 7 ingevulde vragenreeksen mogen ontvangen. In totaal hebben dus 18 huisartsen gereageerd op de vragenreeks, hetgeen een respons van 31.6% vertegenwoordigt.

Resultaten

Van de 18 huisartsen die de vragenreeks hadden teruggestuurd, gaven zes artsen (33%) aan geen verslag te hebben ontvangen naar aanleiding van de opname van één van hun patiënten omwille van een suïcidepoging. Acht artsen (44%) hadden één verslag ontvangen, vier artsen (22%) meerdere verslagen (van meerdere patiënten).

Bij negen van de twaalf verslagen (75%) was een flyer bijgevoegd, acht keer schriftelijk en één keer elektronisch. Drie verslagen bevatten geen flyer (25%). Alle flyers waren binnen de twee weken na ontslag van de patiënt toegekomen bij de huisartsen, het merendeel van de flyers zelfs binnen de week na ontslag.

Van de negen huisartsen die een flyer hadden ontvangen, gaven acht huisartsen aan binnen de twee weken na ontslag een contact te hebben met de patiënt; bij één huisarts kwam dit contact er later dan twee weken na ontslag. Dit contact kwam er vier keer op initiatief van de huisarts, twee keer door de patiënt, twee keer door familie of partner van de patiënt en één keer door zowel huisarts als patiënt.

Outreaching werd door al deze artsen als haalbaar en 'good practice' gezien. Eén huisarts merkte op dat outreaching soms moeilijk te aanvaarden is door patiënt.

Ruim de helft van de huisartsen (vijf huisartsen) gaf aan gebruik te hebben gemaakt van de guidelines op de flyer. Slechts twee van de negen huisartsen rapporteerden gebruik te hebben gemaakt van het aanbod van de CGG. Geen enkele huisarts had de website bezocht.

De flyer, die als bijlage toegevoegd was aan vragenreeks, werd door alle respondenten (18 huisartsen) beoordeeld als 'informatief', 'goed' of 'voldoende'.

Met betrekking tot de vervolgzorg van suïcidepogers, gaven alle huisartsen aan hierbij betrokken te willen worden. Ook de verwijfsstrategie binnen het onderzoeksopzet, waarbij aan patiënten werd gevraagd om snel na hun ontslag contact op te nemen met de huisarts, werd door de huisartsen geapprecieerd.

Conclusie

We verkregen slechts een respons van een gering aantal huisartsen. In hun ervaring is een betrouwbare informatiedoorstroom vanuit het ziekenhuis nog niet op punt: één derde van de huisartsen gaf aan geen informatie in verband met een suïcidepoging te hebben ontvangen, één vierde van de huisartsen had bij verwijzing geen flyer ontvangen. Als er informatie komt, gebeurt dit wel snel. Een kleine helft van de huisartsen die een flyer hebben ontvangen, geven aan aan out-reaching te doen en vinden dit niet problematisch. Huisartsen gebruiken wel de informatie van de flyer maar maken geen gebruik van de supplementair aangeboden ondersteuning.

4.3.3 REGISTRATIEGEGEVENS

Wat betreft het verzamelen van deze registratiegegevens, hebben we kunnen vaststellen dat het voor ziekenhuizen niet altijd eenvoudig is om een totaal overzicht te bewaren over het aantal suïcidepogers. Suïcidepogers kunnen opgenomen worden op verschillende afdelingen, of ze blijven maar even in het ziekenhuis en verlaten het ziekenhuis na de eerste zorgen. In de meeste ziekenhuizen bestaan er geen centrale registratiesystemen waarin suïcidepogers opgenomen worden. Het ziekenhuis Oost-limburg en het Virga Jesseziekenhuis nemen deel aan de Monitoring Studie Zelfmoordpogingen Vlaanderen van de Eenheid van Zelfmoordonderzoek (Universiteit Gent) en moeten hiertoe het aantal (en de karakteristieken van) suïcidepogers nauwkeurig registreren. Wanneer we voor beide ziekenhuizen de registratie van de Monitoring Studie Zelfmoordpogingen Vlaanderen (in 2003) vergelijken met de aan ons doorgegeven registratiegegevens, blijkt dat de door onze gegevens een onderschatting vormen van de werkelijke aantallen suïcidepogers die in contact komen met genoemde ziekenhuizen.

Het van maand tot maand verkrijgen van de registratiegegevens was tevens niet altijd gemakkelijk en voor een aantal maanden beschikken we niet over de gegevens van alle op dat moment deelnemende ziekenhuizen. De percentages die in het hiernavolgende gepresenteerd moeten dus geïnterpreteerd worden als eerder ruwe schattingen die gemaakt zijn op basis van de beschikbare gegevens, afkomstig van de registraties uitgevoerd in AZ Vesalius (IZ), Virga Jesseziekenhuis (CZ), Sint-Trudo ziekenhuis (IZ), ziekenhuis Maas en Kempen (CZ) en Sint-Franciskusziekenhuis (IZ). De registratie uitgevoerd in het Ziekenhuis Oost-limburg (IZ) bleek onbruikbaar voor de percentageberekeningen aangezien de gegevens onvoldoende gespecificeerd waren naar reden van niet-bevraging van patiënten.

Via de registratieformulieren zagen we dat het aantal 'niet gevraagde patiënten' erg hoog lag. Tot deze groep behoorden onder andere de patiënten die doorverwezen werden naar een psychiatrische instelling, minderjarig waren, geen huisarts hadden, psychotisch waren, ... en die, zoals vooropgesteld bij de start van het onderzoek, niet behoorden tot de onderzoeksgroep.

Op basis van de registratiegegevens wordt dit aantal geëxcludeerde patiënten geschat op gemiddeld 46.2% van het totale aantal patiënten dat niet gevraagd werd (58.2% voor ziekenhuizen zonder PAAZ en 25.7% voor ziekenhuizen met PAAZ). Ditzelfde aantal patiënten vertegenwoordigde ongeveer 26.6% van het totale aantal suïcidepogers dat geregistreerd werd (34.7% voor ziekenhuizen zonder PAAZ en 13% voor ziekenhuizen met PAAZ). Van de totale groep suïcidepogers in ziekenhuizen zonder PAAZ wordt gemiddeld drie op tien pogers (28.3%) doorverwezen naar de PAAZ van een ander ziekenhuis of een psychiatrische instelling. Voor ziekenhuizen met PAAZ ligt dit percentage doorverwijzingen logischerwijs lager, namelijk 11.3% .

Daarnaast zijn er ook een aantal patiënten die wel tot de onderzoeksgroep behoorden, maar omwille van uiteenlopende redenen niet gevraagd werden om deel te nemen aan het onderzoek. Deze groep vertegenwoordigde gemiddeld 53.8% van het totale aantal niet-bevraagden (40.1% voor ziekenhuizen zonder PAAZ en 74.4% voor ziekenhuizen met PAAZ) en gemiddeld 30% van het totale aantal suïcidepogers dat geregistreerd werd (23.8% voor ziekenhuizen zonder PAAZ en 39.2% voor ziekenhuizen met PAAZ).

De voornaamste reden voor het niet vragen van de patiënten was het snel verlaten van het ziekenhuis waardoor men de kans niet had om het onderzoek te bespreken met de suïcidepogers. Deze ‘snelle verlaters’ vertegenwoordigden 29.9% van het totaal aantal niet-bevraagden (17.5% voor ziekenhuizen zonder PAAZ en 48.5% voor ziekenhuizen met PAAZ) en 16.5% van het totaal aantal geregistreerden (10.3% voor ziekenhuizen zonder PAAZ en 25.9% voor ziekenhuizen met PAAZ).

Een andere reden voor het niet vragen van patiënten was de volledige ontkenning van de patiënt over de suïcidepoging, waardoor medewerking aan een onderzoek over suïcide vanzelfsprekend uitgesloten was. Ook patiënten die ontslagen werden tegen het advies van het ziekenhuis, werden vaak niet gevraagd. In de ziekenhuizen tenslotte waarin slechts één persoon verantwoordelijk werd gesteld voor het bevragen van de patiënten, kon de continuïteit van het project niet gewaarborgd worden wanneer deze persoon afwezig was (wegens ziekte, verlofperiode, nacht/weekend).

Conclusie

Zoals reeds eerder aangegeven, is de uitval van patiënten voor het onderzoek veel groter dan aanvankelijk verwacht. Veel mensen verlaten het ziekenhuis zonder dat hen gevraagd werd om deel te nemen (53.8% van totaal aantal niet-bevraagden, 30% van totaal aantal geregistreerde pogers). Binnen deze groep waren er veel patiënten die het ziekenhuis snel verlaten hadden (29.9% van het totaal aantal niet-bevraagden en 16.5% van het totaal aantal geregistreerden). Indien men er vanuit kan of mag gaan dat bij deze suïcidepogers ook geen goede psychosociale opvang gerealiseerd werd, dan betekent dit dat deze opvang bij een zesde van de via de spoedafdeling opgenomen pogers ontbreekt.

In één controleziekenhuis bleek het bijzonder moeilijk om patiënten voor het onderzoek te werven. De verklaring dat controleziekenhuizen de vraag naar deelname niet konden kaderen in een algemene ‘nazorgstrategie’ is in dit geval niet sluitend, aangezien deze situatie zich niet voordoet in het andere controleziekenhuis. Bij navraag haalde het betreffende ziekenhuis aan dat er veel weerstand was bij patiënten ten aanzien van deelname aan de studie (wegens privacy-schending, schrik om verbintenis aan te gaan).

Tabel 4.25: Registratiegegevens per maand

Maand	Aantal registrerende ziekenhuizen	Totaal aantal SP	Gevraagd pos reactie	Gevraagd neg reactie	Niet gevraagd
Mei	4	18	4	5	9
Juni	4	25	5	6	14
Juli	4	26	5	5	16
Augustus	5	42	8	10	24
September	5	23	3	5	15
Oktober	5	36	6	7	23
November	6	39	10	8	21
December	6	27	8	3	16
Januari	6	26	5	6	15
Februari	6	27	4	3	20
Maart	5	21	1	7	13
April	5	34	11	9	14
Totaal		344	70	74	200

Tabel 4.26: Registratiegegevens per ziekenhuis

Ziekenhuis	Aantal maanden registratie	Totaal aantal SP	Gevraagd pos reactie	Gevraagd neg reactie	Niet gevraagd
AZ Vesalius (IZ)	12	76	18	17	41
Ziekenhuis Oost-Limburg (IZ)	6	47	12	5	30
Sint-Franciskus Ziekenhuis (IZ)	12	70	11	18	41
Sint-Trudo Ziekenhuis (IZ)	7	36	12	4	20
Virga Jesseziekenhuis (CZ)	11	48	17	9	22
Ziekenhuis Maas & Kempen (CZ)	12	67	0	21	46
Totaal		344	70	74	200

4.4 EFFECTEVALUATIE

In het kader van de effectevaluatie zijn zowel kwantitatieve als kwalitatieve gegevens verzameld. In paragraaf 4.2.1 worden de karakteristieken van de onderzoeksgroep beschreven. In paragraaf 4.2.2 en 4.2.3 worden de resultaten besproken op basis van de bevraging die gebeurd is tijdens het eerste respectievelijk het tweede follow-up moment.

We herhalen puntsgewijs de gestelde onderzoeksvragen:

1. Is er een verschil tussen interventie- en controleconditie met betrekking tot het aantal patiënten dat een contact had met zijn of haar huisarts, binnen de twee weken na ontslag uit het ziekenhuis?
2. Leidt het contact met de huisarts (binnen de twee weken) ertoe dat patiënten sneller vervolgzorg opnemen in de maanden nadien?
3. Is er een verschil tussen patiënten die wel en patiënten die geen contact hebben gehad met hun huisarts ten aanzien van het voorkomen van recidieven en psychosociaal welzijn, waarbij 'welzijn' geoperationaliseerd wordt aan de hand van de variabelen 'psychosomatisch onwelbevinden', 'negatieve en positieve affectiviteit' en 'hopeloosheid'?

4.4.1 KARAKTERISTIEKEN VAN IN DE STUDIE OPGENOMEN SUÏCIDEPOGERS

In totaal hebben 85 patiënten⁵ het informed consent formulier ondertekend. Ze hebben aangegeven bereid te zijn om mee te werken aan het onderzoek. Voor deze 85 patiënten beschikken we via het patiëntenformulier (zie bijlage 7) over de meest essentiële identificatiegegevens, zijnde geslacht en leeftijd, en enkele suïcidegerelateerde gegevens zoals datum van opname en ontslag, ernst van de poging, gebruikt middel bij de poging en ziekenhuis. De gegevens inzake arbeidssituatie, burgerlijke staat, opleiding en gezinssamenstelling zijn bevraagd tijdens het gesprek met de patiënt zes maanden na zijn/haar ontslag uit het ziekenhuis. Deze socio-demografische gegevens zijn verzameld bij 55 patiënten. Bij vergelijking met de registratiegegevens van de Monitoring Studie Zelfmoordpogingen Vlaanderen, uitgevoerd op vier Vlaamse spoedopnamediensten (Van Rijsselberghe et al., 2003) bleek de onderzoeksgroep (met uitzondering van geslacht en leeftijd) vergelijkbaar met en dus representatief voor de totale populatie suïcidepogers in Vlaanderen. De onderzoeksgroep bevatte in vergelijking met de totale populatie suïcidepogers in Vlaanderen meer mannen (42.4% mannen versus 35.8%) en had een hogere gemiddelde leeftijd (39.8 jaar versus 35.9 jaar).

■ GESLACHT

Vrouwen vertegenwoordigden 57.6 % van de totale groep deelnemende suïcidepogers. 42.4% was mannelijk.

■ LEEFTIJD

De leeftijd van de patiënten varieerde van 16 tot 82 jaar met een gemiddelde leeftijd van 39.8 jaar. De mediaan was 39 jaar.

Tabel 4.27: Leeftijd

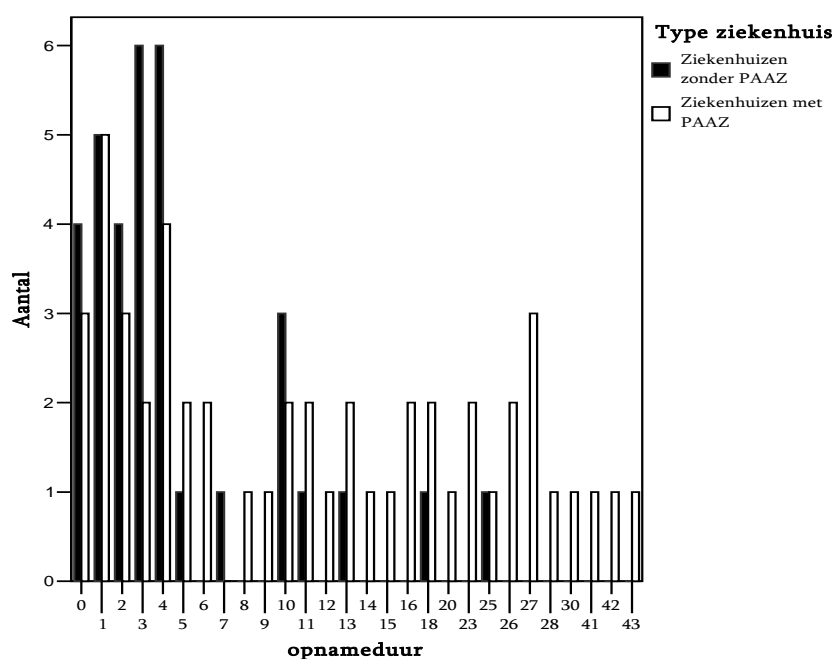
	Leeftijdscategorieën				Totaal
	15-24 jaar	25-44 jaar	45-64 jaar	65 jaar of ouder	
Vrouw	9	25	12	3	49
	18.4%	51.0%	24.5%	6.1%	100.0%
Man	5	16	13	2	36
	13.9%	44.4%	36.1%	5.6%	100.0%
Totaal	14	41	25	5	85
	16.5%	48.2%	29.4%	5.9%	100.0%

⁵ Volgens de via de ziekenhuizen verkregen registratiegegevens (gepresenteerd in subparagraaf 4.3.3) hebben slechts 70 patiënten toegestemd om mee te werken aan onderzoek. Dit aantal komt echter niet overeen met het effectief aantal deelnemende patiënten.

Zowel bij de mannen als bij de vrouwen, bevond het merendeel van de patiënten zich in de leeftijdscategorie 25-44 jaar. In de leeftijdscategorieën 15-24 jaar en 25-44 jaar bevonden zich relatief gezien meer vrouwen dan mannen. Voor de leeftijdscategorie 45-64 jaar gold het omgekeerde.

OPNAMEDUUR

De opnameduur werd bekomen door het verschil tussen ontslagdatum en opnamedatum te berekenen. De gemiddelde opnameduur was 4.8 dagen voor de ziekenhuizen zonder PAAZ en 13.1 dagen voor ziekenhuizen met PAAZ. De kortste opnameduur was 0 dagen, dit betekent dat de patiënt het ziekenhuis verliet op de dag van de opname en dus niet overnachtte in het ziekenhuis. De langste opname in het ziekenhuis was 43 dagen. De mediaan wat betreft opnameduur bedroeg 4 dagen.



Figuur 4.1: Opnameduur volgens type ziekenhuis

Tabel 4.28: Opnameduur

	Opnameduur			Totaal
	<i>1 week of minder</i>	<i>tussen 1 en 3 weken</i>	<i>langer dan 3 weken</i>	
Vrouw	31	11	6	48
	64.6%	22.9%	12.5%	100.0%
Man	17	11	8	36
	47.2%	30.6%	22.2%	100.0%
Totaal	48	22	14	84
	57.1%	26.2%	16.7%	100.0%

Bijna 60% van de opnames waren korte opnames (1 week of minder). Bij vrouwen waren er relatief gezien meer korte opnames, bij de mannen waren er relatief meer lange opnames (langer dan 3 weken). Deze verschillen bleken niet significant (n.s.).

▣ ZIEKENHUIZEN

De patiënten waren voornamelijk afkomstig uit de interventieziekenhuizen. Er zijn bijkomende inspanningen geleverd naar de controleziekenhuizen. De betrokken personen in de ziekenhuizen werden gecontacteerd. We hebben getracht om samen met de controleziekenhuizen te zoeken naar mogelijke oplossingen voor de knelpunten bij de rekrutering.

De lage instroom vanuit het ziekenhuis van Maaseik was grotendeels te wijten aan het feit dat veel patiënten die binnenkwamen op de spoedafdeling, onmiddellijk werden overgebracht naar de PAAZ van het ziekenhuis van Genk. Deze patiënten waren ‘verloren’ patiënten aangezien ze zowel in Maaseik als in Genk niet gerekruteerd werden (registratie in het ziekenhuis van Genk gebeurde enkel op het niveau van de spoedafdeling). Het Maria Ziekenhuis in Lommel heeft deelname aan het project in oktober 2004 bevestigd, maar heeft verder niet meegewerkt aan de gegevensverzameling.

Tabel 4.29: Deelnemende ziekenhuizen

Ziekenhuis	Aantal geworven SP
A.Z. Vesalius, Tongeren (IZ)	20
Ziekenhuis Oost-Limburg, Genk (IZ)	24
Sint-Franciskusziekenhuis, Heusden (IZ)	13
Sint-Trudo, Sint-Truiden (IZ)	13
Virga Jesseziekenhuis, Hasselt (CZ)	14
Ziekenhuis Maas en Kempen, Maaseik (CZ)	1
Maria Ziekenhuis Noord-Limburg, Lommel (CZ)	0
TOTAAL	85

▣ MIDDEL – ERNST LETSEL

In de informed consent werd gevraagd of het gebruikte middel bij de suïcidepoging en de ernst van het letsel mochten doorgegeven worden aan de onderzoekers. 83 patiënten stemden ermee in dat deze gegevens werden vermeld op het identificatieformulier. Ten aanzien van het gebruikte middel werd een onderscheid gemaakt tussen intoxicaties, verhangen en zelfverwonding. Het merendeel van de pogingen gebeurde door intoxicatie (94%). Verhangen en zelfverwonding werden gerapporteerd in 3.6% respectievelijk 2.4% van het aantal pogingen.

Tabel 4.30: Gebruikt middel

	Methode poging			Totaal
	<i>Intoxicatie</i>	<i>Verhanging</i>	<i>Zelfverwonding</i>	
Vrouw	46	1	1	48
	95.8%	2.1%	2.1%	100.0%
Man	32	2	1	35
	91.4%	5.7%	2.9%	100.0%
Totaal	78	3	2	83
	94.0%	3.6%	2.4%	100.0%

Ruim 86% van het aantal patiënten had geen of slechts een beperkt letsel opgelopen ten gevolge van de poging. Voor 11% van het aantal patiënten was het letsel ernstig. Voor 2 patiënten (2.4%) was de situatie na de poging levensbedreigend. Relatief gezien liepen vrouwen vaker een beperkt letsel op, terwijl mannen vaker geen letsel opliepen (n.s.). Het lijkt alsof we ten aanzien van mannen kunnen spreken van een zwart-wit situatie: mannen plegen vaker suïcide dan vrouwen (Hawton & van Heeringen, 2000; van Heeringen & Kerkhof, 2000), maar hun pogingen zijn vaker onschuldig qua somatisch letsel.

Tabel 4.31: Ernst van het letsel

	Lichamelijk letsel				Totaal
	<i>Geen</i>	<i>Beperkt</i>	<i>Ernstig</i>	<i>Levensbedreigend</i>	
Vrouw	16	26	5	1	48
	33.3%	54.2%	10.4%	2.1%	100.0%
Man	17	12	4	1	34
	50.0%	35.3%	11.8%	2.9%	100.0%
Totaal	33	38	9	2	82
	40.2%	46.3%	11.0%	2.4%	100.0%

▣ BURGERLIJKE STAAT

Bijna een vijfde van de patiënten (19.62%) was nooit getrouwd en woonde op het moment van de bevraging alleen, 41.1 % woonde samen of was getrouwd, 5.4% was verweduwde en 25% was gescheiden. Een kleine 8.9% van de respondenten was minderjarig.

Tabel 4.32: Burgerlijke staat 6 maanden na de poging

	Burgerlijke staat					Totaal
	<i>Alleenstaand (nooit getrouwd)</i>	<i>Getrouwd/ samenwonend</i>	<i>weduwe/ weduwnaar</i>	<i>Gescheiden</i>	<i>Minderjarig</i>	
Vrouw	5 15.6%	15 46.9%	2 6.3%	8 25%	2 6.3%	32 100.0%
Man	6 25.0%	8 33.3%	1 4.2%	6 25.0%	3 12.5%	24 100.0%
Totaal	11 19.6%	23 41.1%	3 5.4%	14 25%	5 8.9%	56 100.0%

Vrouwen waren iets vaker getrouwd of samenwonend dan mannen, mannen waren vaker ongetrouwd en alleenstaand (n.s.). Eenzelfde bevinding komt ook voort uit de registratieresultaten (met betrekking tot suïcidepogingen) van de Eenheid voor Zelfmoordonderzoek, verzameld op de spoedgevallendiensten van vier Vlaamse ziekenhuizen (Van Rijsselberghe et al., 2003).

▣ ARBEIDSSITUATIE

Een derde van het aantal patiënten (33.9%) had werk op het moment van de bevraging: 25% voltijdse baan, 7.1% deeltijdse baan, 1.8% interimwerk. Bijna 36% kon als economisch inactief worden gecategoriseerd. Binnen deze groep was 14.3% van de respondenten gepensioneerd, 7.1% was nog student, 10.7% was werkonbekwaam verklaard en 3.6% was huisvrouw/man. Zo'n 16% van de ondervraagde patiënten was werkloos. Bijna één op zeven respondenten (14.3%) was op het moment thuis wegens ziekteverlof. Er was weinig verschil tussen mannen en vrouwen ten aanzien van de werksituatie.

Tabel 4.33: Werksituatie 6 maanden na de poging

	Werksituatie				Totaal
	<i>Actief</i>	<i>Niet actief</i>	<i>Werkloos</i>	<i>Ziekteverlof</i>	
Vrouw	10 31.3%	12 37.5%	5 15.6%	5 15.6%	32 100.0%
Man	9 37.5%	8 33.3%	4 16.7%	3 12.5%	24 100.0%
Totaal	19 33.9%	20 35.7%	9 16.1%	8 14.3%	56 100.0%

■ SAMENSTELLING HUISHOUDEN

Bijna vier op de tien patiënten woonde samen met zijn partner (17.9% met kinderen en 19.6% zonder kinderen). Ruim een vijfde van de patiënten woonde nog bij de ouders, 5.4% woonde in bij familie of vrienden. Respectievelijk 19.6% en 16.1% van de respondenten woonde op het moment van ondervraging alleen of met hun kind(eren).

Vrouwen leefden vaker samen met hun partner (met of zonder kinderen) of alleen met hun kind(eren), mannen woonden vaker alleen of bij hun ouders (niet significant). Gelijkaardige geslachtsverdeling is gevonden door de Eenheid van Zelfmoordonderzoek (Van Rijsselberghe et al., 2003).

Tabel 4.34: Samenstelling huishouden 6 maanden na de poging

	Samenstelling huishouden						Totaal
	<i>alleen wonen</i>	<i>met kind(eren)</i>	<i>met partner, zonder kinderen</i>	<i>met partner en kind(eren)</i>	<i>bij ouders wonen</i>	<i>bij familie/vrienden wonen</i>	
Vrouw	4 12.5%	8 25%	7 21.9%	7 21.9%	5 15.6%	1 3.1%	32 100.0%
Man	7 29.2%	1 4.2%	4 16.7%	3 12.5%	7 29.2%	2 8.3%	24 100.0%
Totaal	11 19.6%	9 16.1%	11 19.6%	10 17.9%	12 21.4%	3 5.4%	56 100.0%

■ OPLEIDING

De meerderheid van de patiënten hadden als hoogste diploma een diploma van secundair onderwijs (54.2%). Bijna 19% van de patiënten hadden hun middelbare school niet voltooid en beschikten slechts over een diploma van lager onderwijs. Bij benadering een vijfde van de patiënten (20.8%) had hoger niet universitair onderwijs gevolgd, 2.1% universitair onderwijs. Vier procent van de respondenten studeerde nog. De verschillen tussen mannen en vrouwen waren niet significant.

Tabel 4.35: Opleidingsniveau

	Opleiding					Totaal
	Lager onderwijs	Secundair onderwijs	Hoger, niet universitair onderwijs	Universitair onderwijs	Nog student	
Vrouw	6 22.2%	13 48.1%	7 25.9%	1 3.7%	0 0.0%	27 100.0%
Man	3 14.3%	13 61.9%	3 14.3%	0 .0%	2 9.5%	21 100.0%
Totaal	9 18.8%	26 54.2%	10 20.8%	1 2.1%	2 4.2%	48 100.0%

4.4.2 FOLLOW-UP NA TWEE WEKEN

■ RESPONS

In tabel 4.36 wordt een overzicht gegeven van de respons op en resultaten van de eerste follow-up.

Voor 72 patiënten beschikten we over de gevraagde gegevens, die we ofwel telefonisch ofwel schriftelijk hadden bekomen. Van dertien patiënten hadden we geen gegevens: twee patiënten hadden op het toestemmingsformulier niet aangeduid dat we hen mochten contacteren; elf mensen waren telefonisch niet bereikbaar en reageerden ook niet op de schriftelijke vragenlijst. De respons op de eerste follow-up was met andere woorden 84.7%. De personen die 'gemist' werden, waren in vergelijking met de totale onderzoeksgroep, iets vaker van het vrouwelijke geslacht (62% vrouwen bij afvallers versus 57.6% vrouwen in totale onderzoeksgroep).

Tabel 4.36: Respons 1^{ste} follow-up

Aantal patiënten (n = 85)	Contact huisarts?	Initiatief
72 patiënten bereikt	48 patiënten wel	40 x door patiënt/familie 8 x door huisarts
13 patiënten niet bereikt	24 patiënten niet	

CONTACT MET DE HUISARTS

Uit de gegevens (zie tabel 4.36) kan verder afgeleid worden dat twee derde van de ondervraagde patiënten (66.7% of 48 patiënten) een contact had gehad met hun huisarts binnen de twee weken na hun ontslag uit het ziekenhuis. In 83.3% van de gevallen kwam dit contact er op initiatief van de patiënt (40 patiënten). In de overige acht gevallen (16.7%) nam de huisarts het initiatief.

De meeste patiënten die een contact hadden gehad met hun huisarts waren tevreden over het gevoerde gesprek. Een minderheid gaf aan dat ze een goed contact hadden met hun huisarts, maar hun psychische problemen liever niet uitvoerig met hem of haar bespraken.

Een derde van het aantal patiënten (33.3% of 24 patiënten) had geen contact gehad met de huisarts. Hiervoor werden verschillende redenen gegeven (gegevens van 22 patiënten). Vaak was het zo dat patiënten na hun opname in het ziekenhuis aangaven geen behoefte te hebben aan een gesprek met de huisarts omdat ze inmiddels in behandeling waren gegaan bij een psychiater/psycholoog of in dagtherapie waren gegaan (50% - 13 patiënten).

Andere redenen die werden aangehaald, waren:

- Men kende de huisarts niet goed (9% - 2 patiënten)
- Men ging ervan uit dat huisarts hen toch niet kon helpen (18% - 4 patiënten)
- Men had de huisarts nog niet gecontacteerd op het moment van de telefonische bevraging, maar was dit wel van plan (14% - 3 patiënten)
- Men was nog aan het overwegen bij wie men verdere hulp zou gaan zoeken (9% - 2 patiënten)

Wanneer interventie- en controleziekenhuizen werden vergeleken wat betreft het contact van de suïcidepogers met de huisarts, werd duidelijk dat procentueel meer patiënten uit de interventieziekenhuizen hun huisarts binnen de twee weken na ontslag zagen (71.2%), vergeleken met patiënten afkomstig van een controleziekenhuis (46.2%) (tabel 4.37). Dit verschil bleek echter (bij toetsing met chi-kwadraat toets) niet significant (p-waarde: .11, Fisher exact toets). Van de acht huisartsen die aan out-reaching hadden gedaan binnen de twee weken, waren zeven huisartsen afkomstig van een interventieregio, één huisarts behoorde tot de controleregio (tabel 4.38).

Tabel 4.37: Contact met huisarts

	Interventieziekenhuizen	Controleziekenhuizen
% suïcidepogers contact binnen 2 weken (N)	71.2% (42)	46.2% (6)
% suïcidepogers geen contact binnen 2 weken (N)	28.8% (17)	53.8% (7)
Totaal	100% (59)	100% (13)

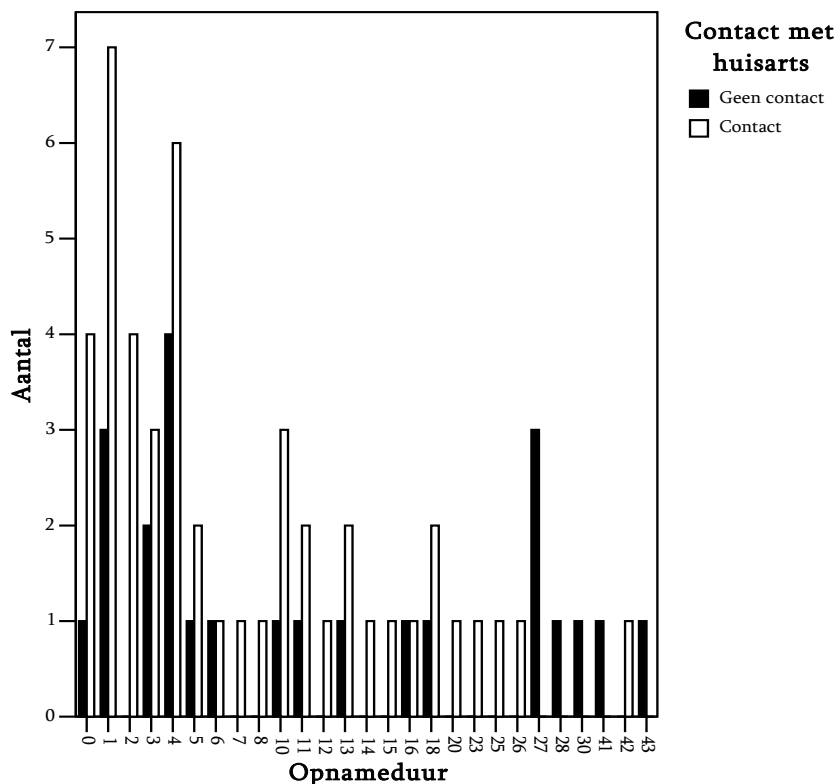
Tabel 4.38: Initiatief contact

	Interventieziekenhuis	Controleziekenhuis
% Initiaief door patiënt (N)	83.3 (35)	83.3% (5)
% Initiatief door huisarts (N)	16.7% (7)	16.7% (1)
Totaal: 48 contacten	100,0% (42)	100,0% (6)

Bijkomend is de samenhang tussen het contact met de huisarts en de opnameduur onderzocht. De gegevens in tabel 4.39 tonen aan dat patiënten die hun huisarts binnen de twee weken hadden gezien, een kortere opnameduur hadden dan patiënten bij wie dit niet het geval was. Het verschil in opnameduur (8.2 dagen versus 13.6 dagen) was bijna significant (Mann-Whitney test, p-waarde éézijdig: .053). In figuur 4.2 wordt de spreiding van de opnameduur weergegeven, gedesaggregeerd volgens wel of geen contact met de huisarts.

Tabel 4.39: Contact met de huisarts – opnameduur

	Contact met HA < 2 weken	N	Gemiddelde opnameduur	Std. Deviation
Opnameduur	Geen contact	24	13,63	13,289
	Contact	47	8,21	8,745



Figuur 4.2: Opnameduur volgens contact met de huisarts (< 2 weken na ontslag)

Conclusie

De gemaakte afspraken leiden tot een grotere kans op een snel contact met de huisarts. Hierbij geldt dat patiënten die hun huisarts binnen de twee weken na ontslag hebben gezien, gemiddeld genomen minder lang opgenomen zijn geweest in het AZ, dan patiënten bij wie dit niet het geval was. De gegevens tonen verder niet aan dat huisartsen uit de interventieregio's vaker een contact via outreaching realiseren dan huisartsen uit de controleregio's.

4.4.3 FOLLOW-UP NA ZES MAANDEN

■ RESPONS

Enkel de patiënten die hadden meegewerkt aan de eerste follow-up na twee weken, kwamen in aanmerking voor de tweede follow-up. In tabel 4.12 wordt een overzicht gegeven van de respons op dit tweede meetmoment.

Zeven patiënten waren telefonisch niet langer bereikbaar en reageerden ook niet op de schriftelijke brief. Met de overige 65 patiënten is er telefonisch contact geweest. Zes patiënten gaven in dit contact aan dat ze niet langer wensten mee te werken aan het onderzoek. Zeven patiënten wilden liever geen afspraak maken, maar stemden wel toe om de vragenlijsten thuis in te vullen en op te sturen. Vijf patiënten hadden het te druk om een afspraak te maken en hebben de interviewvragen telefonisch beantwoord. Ook deze patiënten kregen nadien de vragenlijsten thuis gestuurd. In totaal hebben vijf patiënten de vragenlijsten teruggestuurd naar de onderzoekers. Met 50 patiënten is een afspraak gemaakt voor een bezoek aan huis.

Tabel 4.40: Respons 1^{ste} en 2^{de} follow-up

Totaal aantal patiënten	Bereik 1 ^{ste} follow-up	Bereik 2 ^{de} follow-up (72 patiënten)	Vragenlijsten
85 patiënten	72 patiënten bereikt	50 patiënten: afspraak aan huis → 5 patiënten: interviewvragen telefonisch beantwoord → 7 patiënten wilden enkel vragenlijst invullen → 3 patiënten wilden niet meer meewerken 7 patiënten niet bereikt	46 ingevulde vragenlijsten 4 vragenlijsten teruggekregen 1 vragenlijst teruggekregen
	13 patiënten niet bereikt		
	<i>Respons: 84.3%</i>	<i>Respons gesprek: 76.4%</i>	<i>Respons vragenlijsten: 70.8%</i>
	<i>Uitval: 15.7%</i>	<i>Uitval gesprek: 23.6%</i>	<i>Uitval vragenlijsten: 29.2%</i>

■ GEBRUIKTE INSTRUMENTEN

De zogenaamde betrouwbaarheidsanalyses leveren telkens een coëfficiënt op die de homogeniteit van een test aangeeft, de Cronbachs alpha. Deze alpha is berekend voor de General Health Questionnaire, de Positive and Negative Affect Schedule and de Beck Hopelessness Scale. De alpha's zijn terug te vinden in tabel 4.40. Uit de tabel blijkt dat de betrouwbaarheid van de verschillende schalen goed tot zeer goed is (range: 0.903-0.932).

Tabel 4.41: Betrouwbaarheid vragenlijsten

Meting van	Aantal items	α	Schaal	Auteurs
Psychosomatisch onwelbevinden	12	.911	General Health Questionnaire (GHQ) (Ndl versie)	Koeter & Ormel (1991)
Negatieve affectiviteit	10	.932	Positive and Negative Affect Shedule (PANAS)	Watson, Clark & Tellegen (1988)
Positieve affectiviteit	10	.903	Positive and Negative Affect Schedule (PANAS)	Watson, Clark & Tellegen (1988)
Hopeloosheid	20	.930	Beck Hopelessness Scale (BHS)	Beck and Steer (1988)

■ POWERBEREKENING

Statistische power verwijst naar de kans dat men een significant effect kan aantonen wanneer in realiteit daadwerkelijk een effect heeft opgetreden. Om betrouwbare uitspraken te kunnen doen, wordt een power van minstens 0.80 aanbevolen. Wanneer aan deze vereiste niet is voldaan, kan bij afwezigheid van effecten niet worden nagegaan of het uitblijven van deze effecten te wijten is aan de ineffectiviteit van de interventie of aan de te lage power. Hier staat tegenover dat wanneer men zelfs bij een lage power effecten kan aantonen, deze effecten in werkelijk zeer sterk en betrouwbaar zijn.

Teneinde de hierna gepresenteerde resultaten naar waarde te kunnen schatten, is voor de verschillende uitkomstmaten (psychosomatisch onwelbevinden, negatieve/positieve affectiviteit, hopeloosheid, recidive) de bijbehorende power berekend aan de hand van de gekende steekproefgrootte, de gekozen alpha (0.10) en de geschatte effectgrootte (zie bijlage 10). De waarde van de power wordt is afhankelijk van 4 factoren: de statistische toets die gebruikt wordt, de alfa, de grootte van de onderzoeksgroep en de verwachte effectgrootte. Hierbij geldt dat de power groter wordt naarmate de onderzoeksgroep, de effectgrootte of de alfa groter wordt.

Uit de berekeningen blijkt dat ten aanzien van de verschillende uitkomstmaten geen voldoende power kan gegarandeerd worden. Het kan, met andere woorden, niet worden uitgesloten dat, wanneer er ten aanzien van de percentages recidive en scores op psychosomatisch onwelbevinden, negatieve/positieve affectiviteit en hopeloosheid geen verschil wordt gevonden tussen patiënten die wel en patiënten die geen contact hebben gehad met de huisarts, er in feite toch een effect is, maar dat dat niet blijkt uit de vastgestelde gegevens.

■ ALGEMENE RESULTATEN VRAGENLIJSTEN - INTERVIEW

Alvorens na te gaan of de uitgevoerde interventie een effect had, bespreken we de toestand van de gecontacteerde patiëntengroep en hun tevredenheid in het algemeen.

Psychosomatisch onwelbevinden

De totaalscore op psychosomatisch onwelbevinden kan lopen van 0 tot 12. Hoe hoger de totaalscore, des te sterker is het psychisch onwelbevinden en des te groter is de kans dat de betrokkene een psychiatrische stoornis heeft. De hoogte van de GHQ-score kan aldus worden opgevat als een indicatie van de positie die een individu inneemt op een continuüm, lopend van normaal naar psychisch gestoord (Koeter & Ormel, 1991). Vanuit deze optiek wordt er voor gekozen om geen afkappunt te formuleren, temeer omdat er op dit moment in de literatuur geen overeenstemming bestaat over de beste drempelwaarde.

De gemiddelde score voor de ondervraagde patiëntengroep bedroeg 4.76 (vrouwen: 4.72, mannen: 4.81).

Positieve en negatieve affectiviteit

De scores voor zowel positieve als negatieve affectiviteit kunnen lopen van 10 tot 50.

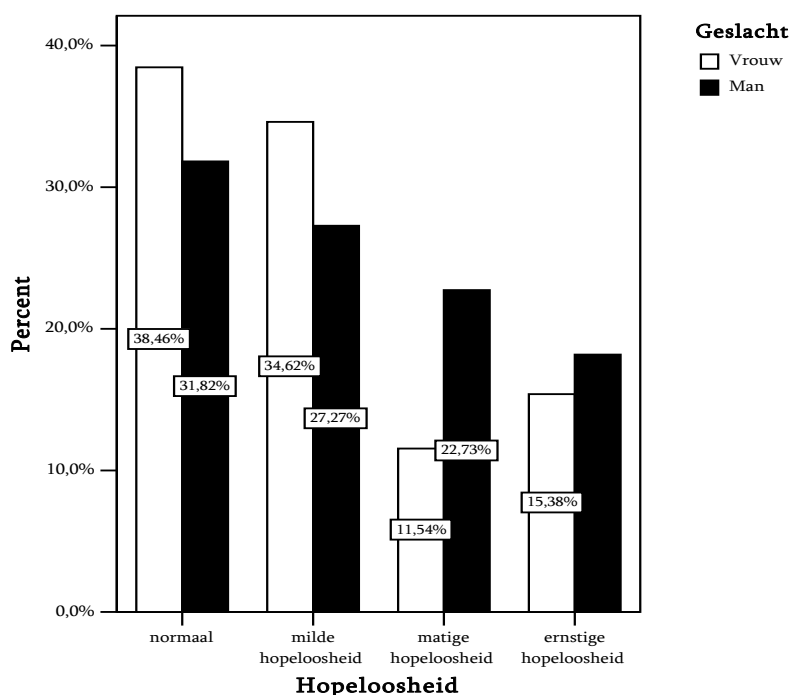
Mensen die hoog scoren op NA hebben over het algemeen een ongunstige kijk op en zijn weinig tevreden met zichzelf en het leven in het algemeen, laagscorders daarentegen voelen zich zeker en zijn tevreden over zichzelf (Gaillard, 1996). Hoogscorders op PA hebben een gevoel van competentie, betrokkenheid en geluk en vinden het leven interessant. Een lage PA-score reflecteert een gevoel van moeheid en loomheid (Gaillard, 1996).

Ten aanzien van positieve affectiviteit scoorden respondenten gemiddeld 28.42 (vrouwen: 28.80, mannen: 27.96). De gemiddelde score op negatieve affectiviteit bedroeg 26.27 (vrouwen: 26.41, mannen: 26.10). Dit wil zeggen dat patiënten zowel ten aanzien van positieve als negatieve affectiviteit gemiddeld scoorden.

Hopeloosheid

De totale score op de hopeloosheidsschaal kan een waarde aannemen van 0 tot 20, waarbij hogere scores hogere niveaus van hopeloosheid vertegenwoordigen. Respondenten scoorden gemiddeld 7.09 op hopeloosheid (vrouwen: 6.40, mannen: 7.90).

Scores tussen 0 en drie worden als normaal beschouwd, scores tussen vier en acht wijzen op een milde hopeloosheid. Scores tussen 9 en 14 of en groter dan 14 wijzen op een matige respectievelijk ernstige hopeloosheid (Beck & Steer, 1988). Voor 35.4% van de respondenten was de hopeloosheidscore normaal; 31.3% van de respondenten rapporteerde milde hopeloosheid, 16.7% matige hopeloosheid en 16.7% ernstige hopeloosheid. Vrouwen rapporteerden vaker normale tot milde hopeloosheid, terwijl mannen vaker matige tot ernstige hopeloosheid rapporteerden.



Figuur 4.3: Mate van hopeloosheid per geslacht

Recidive

Vier patiënten hadden een nieuwe poging ondernomen na de indexpoging. Elf patiënten hadden reeds één of meerdere pogingen ondernomen vóór de indexpoging.

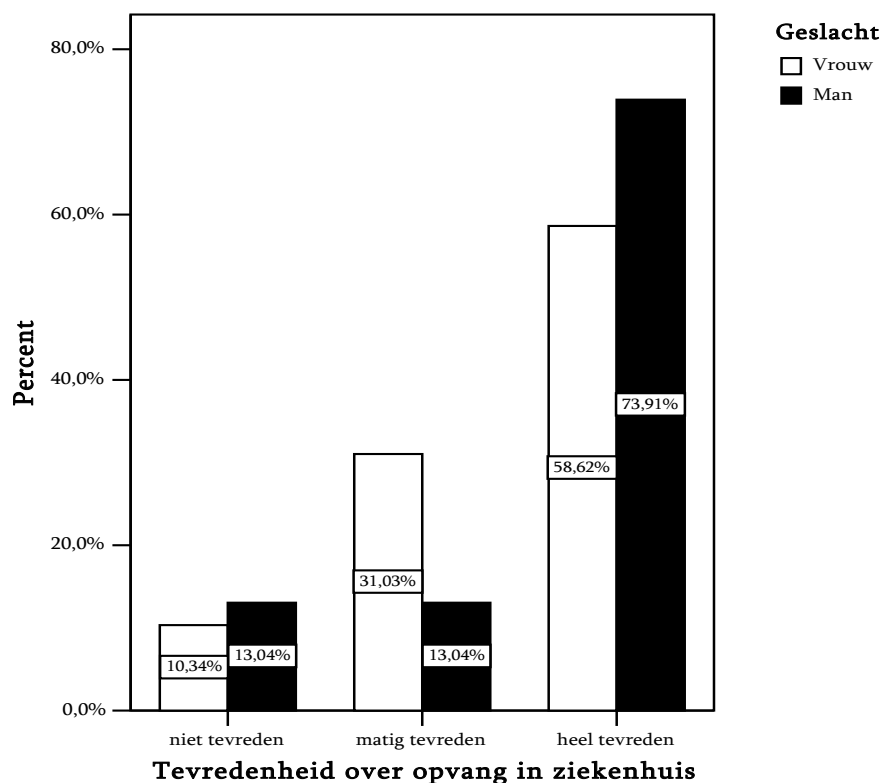
▣ Tevredenheid van patiënten

Tijdens het gesprek met patiënten zes maanden na hun ontslag uit het ziekenhuis werd gepeild naar de tevredenheid van patiënten over de gekregen opvang in het ziekenhuis, de gevolgde vervolgzorg en het contact met hun huisarts. Er werd aan patiënten gevraagd om voorgenoemde zaken te scoren op 10 en een motivering te geven van hun punt.

Opvang in ziekenhuis (gegevens van 52 patiënten)

De meningen van patiënten over de opvang die ze in het ziekenhuis hadden gekregen, waren erg persoonsgebonden en afhankelijk van de wensen en verwachtingen die patiënten hadden ten aanzien van hun verblijf in het ziekenhuis. Een goede illustratie hiervan is de mening van patiënten over de activiteiten die op de meeste PAAZ'en worden georganiseerd (groepsessies, ergotherapie, koken, creatieve activiteiten,): sommige patiënten wilden graag actief bezig zijn en vonden de activiteiten afleidend en fijn om doen, anderen patiënten wilden liever met rust gelaten worden en omschreven deze zelfde activiteiten eerder als 'kinderachtig' en 'nutteloos'.

Aan de opvang in het ziekenhuis, gaven patiënten gemiddeld een 7.23 op tien (vrouwen: 7.38, mannen: 7.04). Bijna twee derde van het aantal patiënten (65.4%) was erg tevreden over de opvang (score van 8 of meer), 23.1% was matig tevreden (score tussen 5 en 7), 11.5% was niet tevreden (score van 4 of minder). Vrouwen waren relatief gezien vaker matig tevreden, mannen waren vaker heel tevreden of helemaal niet tevreden (zie figuur 4.3). De tevredenheidsscores bleken bij nadere analyse niet significant gerelateerd aan het feit of de patiënt was opgenomen geweest in een ziekenhuis met of zonder PAAZ, een interventie- of een controleziekenhuis.



Figuur 4.4: Tevredenheid over opvang in het ziekenhuis per geslacht

Patiënten die tevreden waren over hun opname, hadden vooral volgende zaken gewaardeerd:

- Bejegening van personeel: vriendelijk, begripvol, menselijk
- Het samenhangsgevoel binnen de groep patiënten
- De gesprekken met medepatiënten
- De gesprekken met psycholoog/psychiater
- Telefoontje van psycholoog/psychiater wanneer patiënt reeds thuis was
- Informatie en inlichtingen

Een aantal patiënten waren niet geheel tevreden over de opvang die ze in het ziekenhuis hadden gekregen. Veel patiënten ervoeren de gesprekken met de psychiater als te kort (13 patiënten). Een aantal patiënten was van mening dat ze de psychiater te weinig hadden gezien (vier patiënten) en dat er te weinig was ingegaan op de poging en ervaren problemen (vier patiënten). Negen patiënten hadden het gevoel dat ze niet geholpen waren tijdens hun opname en acht patiënten gaven aan dat ze zelf initiatief moesten nemen naar vervolgzorg toe.

Vier patiënten stoorden zich aan de heterogeniteit van de patiëntengroep (verschillende problematieken, alcohol- en drugsverslaafden) en nog eens vier patiënten stoorden zich aan het verloop van de groepssessies op sommige PAAZ'en (minutenlange stiltes).

Minder vaak aangehaalde bemerkingen waren:

- beddentekort (drie patiënten)
- patiënten voelden zich behandeld als een nummer (drie patiënten) of als iemand die gek was (twee patiënten)
- te weinig controle op patiënten (twee patiënten en één ouder)
- personeel onbeleefd (drie patiënten)
- te weinig begeleid (twee patiënten)
- geen inlichtingen of informatie, bijvoorbeeld folders (drie patiënten)

Vervolgzorg (gegevens van 52 patiënten)

Van 59 patiënten is bekend of ze nog verdere psychische hulpverlening hadden gezocht na hun opname: 42 patiënten hadden dit gedaan (71.2%), 17 patiënten niet (28.8%).

De patiënten die verdere hulpverlening hadden aangevat, scoorden deze vervolgzorg vrij hoog: gemiddeld 8.10 op 10 (vrouwen 8.10, mannen 8.9) (gegevens van 52 patiënten). Volgende hulpverlening werd genoemd:

- privé gevestigd psychiater of psycholoog (12 patiënten)
- psychiater/psycholoog van ziekenhuis (10 patiënten)
- daghospitalisatie (11 patiënten)
- psychiatrisch ziekenhuis (5 patiënten)
- CLB (3 patiënten)
- CGG (3 patiënten)
- Centra voor functionele revalidatie (3 patiënten)
- CAW, CAD, Bijzondere Jeugdzorg, MOB, Crisishulp

Het zoeken en aanspreken van verdere hulpverlening gebeurde meestal op initiatief van de patiënten zelf. In een aantal gevallen gebeurt dit op aanraden van de huisarts of op basis van het advies in het ziekenhuis.

Van de zeventien patiënten die geen verdere psychische hulpverlening hadden gezocht, lieten acht patiënten zich opvolgen door de huisarts: ze gaven aan dat deze contacten voldoende waren. De overige negen patiënten hadden geen behoefte aan enige vorm van vervolgzorg of hadden geen vervolgzorg gezocht vanwege een gebrek aan kennis van of een wantrouwen in de beschikbare hulpverlening.

Contact met de huisarts (gegevens van 50 patiënten)

Tijdens het telefonische contact twee weken na ontslag van de patiënt werd gevraagd of de patiënt reeds contact had gehad met zijn of haar huisarts. Tijdens het meer uitgebreide gesprek een half jaar na ontslag van de patiënt uit het ziekenhuis is meer in het algemeen gevraagd naar de aard van de contacten met de huisarts.

Voor het merendeel van de patiënten (ruim 80%) die tijdens het eerste follow-up moment hadden aangeven geen contact te hebben gehad met de huisarts, gold dat dit contact er alsnog was gekomen in de weken nadien, hetzij voor medicatievoorschriften, hetzij voor een lichamelijke aandoening of voor een nieuwe crisis. Wanneer patiënten reeds binnen de twee weken na ontslag uit het ziekenhuis hun huisarts hadden gezien, dan was dit contact er in eerste instantie gekomen omwille van volgende redenen:

- Medicatievoorschriften,
- extra ziekteverlof,
- met huisarts de situatie bespreken,
- opvolging door huisarts.

Het sturen van de flyer bleek niet enkel ten aanzien van de huisartsen maar ook ten aanzien van patiënten een stimulerende werking te hebben. Voor een aantal patiënten vormde de wetenschap dat de huisarts een verslag had gekregen vanuit het ziekenhuis naar aanleiding van hun crisisopname een stimulans om hun huisarts te bezoeken. Patiënten wilden de huisarts hun versie van de gebeurde feiten vertellen.

De tevredenheid van patiënten over de contacten met de huisarts was erg hoog: gemiddeld 8.38 op tien (vrouwen 8.52, mannen 8.22).

■ EFFECTEN

In het licht van de centrale onderzoeksvraag, is er vooreerst onderzocht of de contactname met de huisarts (binnen de twee weken na ontslag) ertoe leidde dat patiënten verdere vervolgzorg opnamen. Daarna is bekeken of het contact met de huisarts een gunstige invloed had op het voorkomen van recidieven en het welzijn van de patiënt een half jaar na de crisisopname. Bijkomend is onderzocht in hoeverre het welzijn van de patiënt gerelateerd was aan (1) het voorkomen van recidieven, (2) het type ziekenhuis waarin patiënt opgenomen was geweest (ziekenhuizen met of zonder PAAZ, interventie- of controleziekenhuis) en (3) een aantal sociodemografische factoren.

Contact met huisarts – opnemen van vervolgzorg

Van de patiënten die geen contact hadden gehad met de huisarts binnen de twee weken na ontslag uit het ziekenhuis, had 21.1 % van de patiënten geen verdere vervolgzorg aangevat, 78.9% wel, en dit op aanraden van het ziekenhuis (63.1%) of op eigen initiatief (15.8%).

Binnen de groep patiënten die hun huisarts wél binnen de twee weken had gezien, had 18% geen verdere hulpverlening gezocht, 20,5% liet zich opvolgen door de huisarts en 61.5% had gespecialiseerde hulpverlening aangevat, op aanraden van de huisarts (12.8%), op eigen initiatief (28.2%), of via het ziekenhuis (follow-up afspraken met psycholoog/psychiater van ziekenhuis, daghospitalisatie, CGG,...) (20.5%).

Tabel 4.42: Contact met de huisarts – opnemen van vervolgzorg

	Contact met de HA < 2 weken(N)	Geen contact met de HA < 2 weken (N)
Opnemen vervolgzorg	82,0% (32)	78.9% (15)
Geen vervolgzorg	18.0% (7)	21.1% (4)
Totaal	100% (39)	100% (19)

NB De gegevens betreffende het opnemen van vervolgzorg en de motivator hiertoe (patiënt zelf, ziekenhuis, huisarts) zijn gefilterd uit de verslagen van gesprekken met patiënten, 6 maanden na hun ontslag uit het ziekenhuizen. Volledigheidshalve moet worden opgemerkt dat niet alle verslagen voldoende duidelijkheid verschafden of éénduidig waren omtrent deze gegevens. De gepresenteerde percentages moeten aldus met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd worden.

Contact huisarts – recidive

Vier patiënten hadden na de indexpoging een nieuwe poging ondernomen, drie hiervan hadden een contact gehad met de huisarts binnen de twee weken, één patiënt niet.

Contact huisarts – welzijn patiënt

Patiënten die binnen de twee weken na hun ontslag een contact hadden gehad met hun huisarts, hadden zes maanden na hun ontslag uit het ziekenhuis een enigszins hogere score op negatieve affectiviteit en een lagere score op psychosomatisch onwelbevinden, hopeloosheid en positieve affectiviteit dan patiënten die geen contact hadden gehad met de huisarts. Deze verschillen waren echter verwaarloosbaar klein en dus niet significant.

Tabel 4.43: Contact met de huisarts – welzijn patiënt

	Contact met HA	N	Gemiddelde score	Std. Deviation
	< 2weken			
Psychosomatisch onwelbevinden	Contact	34	4,67	3,86
	Geen contact	14	5,00	4,84
Negatieve affectiviteit	Contact	35	27,43	10,70
	Geen contact	15	23,48	12,43
Positieve affectiviteit	Contact	35	28,36	9,09
	Geen contact	15	28,56	9,48
Hopeloosheid	Contact	32	6,98	4,63
	Geen contact	15	7,31	7,38

Conclusie

Uit de verzamelde gegevens kan niet worden opgemaakt dat een snel contact met de huisarts voor de patiënt op middellange termijn een duidelijk voordeel oplevert.

OVERIGE VERBANDEN

Naast de verbanden die getoetst zijn in het kader van de onderzoeksvragen, zijn een aantal bijkomende verbanden onderzocht.

Welzijn patiënt – recidive

Patiënten die binnen de 6 maanden na hun ontslag een nieuwe poging hadden ondernomen, hadden 6 maanden na ontslag een hogere score op psychisch onwelbevinden en een lagere score op positieve en negatieve affectiviteit en hopeloosheid dan patiënten die geen nieuwe poging hadden ondernomen (n.s.).

Tabel 4.44: Welzijn patiënt – recidive na de indexpoging

	Recidive	N	Gemiddelde score	Std. Deviation
Psychosomatisch onwelbevinden	geen recidive	44	4,76	4,16
	recidive	3	5,67	4,62
Negatieve affectiviteit	geen recidive	46	26,80	11,54
	recidive	3	20,00	4,58
Positieve affectiviteit	geen recidive	46	28,65	9,09
	recidive	3	21,33	6,66
Hopeloosheid	geen recidive	43	7,18	5,77
	recidive	3	6,73	1,98

Welzijn patiënt – onderzoeksconditie

Patiënten die opgenomen waren geweest in een controleziekenhuis hadden 6 maanden later een hogere score op psychosomatisch onwelbevinden, hopeloosheid en een lagere score op negatieve en positieve affectiviteit (n.s.).

Tabel 4.45: Welzijn patiënt – onderzoeksconditie

	Interventie/controle ziekenhuis	N	Gemiddelde score	Std. Deviation
Psychosomatisch onwelbevinden	IZ	38	4,75	4,19
	CZ	11	4,82	4,05
Hopeloosheid	IZ	38	7,00	5,81
	CZ	10	7,43	4,74
Negatieve affectiviteit	IZ	41	27,01	11,26
	CZ	10	23,22	11,32
Positieve affectiviteit	IZ	41	29,11	9,42
	CZ	10	25,60	7,50

Welzijn patiënt – type ziekenhuis

Patiënten die opgenomen waren geweest in een ziekenhuis zonder PAAZ, hadden gemiddeld een lagere score op onwelbevinden, negatieve affectiviteit en hopeloosheid en een hogere score op positieve affectiviteit.

Ten aanzien van onwelbevinden en hopeloosheid waren de verschillen tussen interventie- en controleziekenhuizen in gemiddelde score significant (independent-samples t-test, p-waarde: .004; Kruskal Wallis, p-waarde: .40) respectievelijk bijna significant (independent-samples t-test, p-waarde: .053; Kruskal Wallis, p-waarde: .133)

Tabel 4.46: Welzijn patiënt – ziekenhuis met en zonder PAAZ

	PAAZ	N	Gemiddelde score	Std. Deviation
Psychosomatisch onwelbevinden	Ziekenhuizen met PAAZ	34	5,71	4,13
	Ziekenhuizen zonder PAAZ	14	2,38	3,04
Negatieve affectiviteit	Ziekenhuizen met PAAZ	35	27,57	11,78
	Ziekenhuizen zonder PAAZ	15	23,13	9,52
Positieve affectiviteit	Ziekenhuizen met PAAZ	35	27,61	9,33
	Ziekenhuizen zonder PAAZ	15	30,36	8,56
Hopeloosheid	Ziekenhuizen met PAAZ	33	8,00	5,75
	Ziekenhuizen zonder PAAZ	14	4,87	4,50

Welzijn patiënt – sociodemografische kenmerken

De uitkomstmaten psychosomatisch onwelbevinden, negatieve/positieve affectiviteit en hopeloosheid bleken niet significant gerelateerd aan burgerlijke staat, opleiding, samenstelling van het huishouden en arbeidssituatie.

Conclusie

De verschillen ten aanzien van welzijn lijken zich vooral te situeren op het niveau van het type ziekenhuis, meer bepaald de aan- of afwezigheid van een PAAZ. Patiënten die opgenomen waren in een ziekenhuis zonder PAAZ, ervoeren zes maanden later minder problemen op het vlak van psychosomatisch onwelbevinden en hopeloosheid dan patiënten die opgenomen waren in een ziekenhuis met PAAZ. De exclusiecriteria (ten aanzien van de te werven onderzoeksgroep) die binnen het onderzoek gehanteerd werden, bieden mogelijks een verklaring voor de gevonden verschillen. De ziekenhuizen zonder PAAZ werden verondersteld enkel die patiënten voor het onderzoek te werven die vanuit dit ziekenhuis ontslagen zouden worden en niet verder werden doorverwezen naar een PAAZ van een ander ziekenhuis of een psychiatrisch ziekenhuis.

5 CONCLUSIE EN DISCUSSIE

In dit hoofdstuk worden conclusies geformuleerd naar aanleiding van de resultaten van de enquête-afnames en het effectonderzoek (paragraaf 5.1). Vervolgens worden zowel het onderzoek zelf als de bekomen resultaten ter discussie gesteld (paragraaf 5.2). Met het oog op een bredere implementatie van de onderzochte verwijfsstrategie wordt het hoofdstuk afgesloten met een opsomming van de belangrijkste succesfactoren en aanbevelingen (paragraaf 5.3) en een vergelijking met het relevante buitenlandse onderzoek (paragraaf 5.4).

5.1 CONCLUSIE

Voorafgaand aan de conclusies, geven we een korte samenvatting van de resultaten van de enquête-afnames en het effectonderzoek

5.1.1 ENQUÊTES

Binnen het onderzoek hebben we vooreerst getracht de initiële situatie ten aanzien van enerzijds de samenwerking tussen ziekenhuizen en huisartsen en anderzijds de opvang van suïcidepogers in kaart te brengen aan de hand van de twee enquêtes.

■ ENQUÊTE “SAMENWERKING ZIEKENHUIZEN – HUISARTSEN”

De enquête “Samenwerking ziekenhuizen – huisartsen” had tot doel in kaart te brengen hoe de communicatie over suïcidepogers verloopt tussen ziekenhuizen en huisartsen en waar zich knelpunten bevinden in deze communicatie. Deze enquête is verstuurd naar 63 universitaire en algemene ziekenhuizen in Vlaanderen, 43 enquêtes zijn teruggekeerd. De enquêtes werden meestal ingevuld door psychiaters of neuropsychiaters. Aan de hand van gesloten vragen werd nagegaan welke contacten voorkwamen tussen ziekenhuizen en huisartsen, via welk kanaal het contact plaatsnam en welke factoren de contactname beïnvloedden. De resultaten van deze bevraging worden weergegeven in enkele samenvattende tabellen.

In tabel 5.1 wordt weergegeven hoe vaak de ziekenhuizen communiceren met de huisarts van de suïcidepogers. De cellen met de hoogste percentages zijn gemarkeerd.

In de laatste kolom staan de gemiddelde scores. Deze scores zijn berekend door de antwoorden “nooit”, “soms”, “vaak” en “altijd” om te zetten in numerieke scores waarbij nooit score ‘1’ krijgt, soms score ‘2’, vaak score ‘3’ en altijd score ‘4’.

Opvallend is dat het verwijsrapport de enige communicatiesoort is waarbij het hoogste percentage onder “altijd” is terug te vinden: 74% van de ziekenhuizen gaf aan “altijd” een verwijsrapport te bezorgen aan de huisarts. Het verwijsrapport bevat praktisch altijd de identificatiegegevens van de patiënt, info over de problematiek en vernoeming van de behandelende arts en includeert vaak een verslag van de somatische behandeling en de psychologische anamnese, alsook info over de ontslagregeling. De contactname over de medische voorgeschiedenis van de patiënt gebeurt in meer dan de helft van de ziekenhuizen “vaak”. Deze soort van contactname doet het hiermee beter dan diagnose en problematiek, behandelplan, vervolgzorg en medicatiebeleid. De contactname over het behandelplan, de vervolgzorg en het medicatiebeleid gebeurt verrassend weinig.

Als de gemiddelde scores bekeken worden, wordt duidelijk dat, naar analogie met de percentages, het verwijsrapport het best scoort met 3,7. De scores van de medische voorgeschiedenis en vervolgzorg liggen met een score van 2.5 heel wat lager. De scores van de overige contactsoorten benaderen de score van 2.

Tabel 5.1: Vlaamse ziekenhuizen (Limburg inclus): Overzicht van de frequentie van contactname, naar contactsoort, in %.

	Nooit	Soms	Vaak	Altijd	Gemiddelde score
Verwijsrapport	2	2	21	74	3.7
Medische voorgeschiedenis	2	44	54	-	2.5
Diagnose en problematiek	5	70	26	-	2.2
Behandelplan	13	58	25	5	2.2
Vervolgzorg	8	48	33	13	2.5
Medicatiebeleid	26	51	9	14	2.1

Ten aanzien van de samenwerking tussen ziekenhuizen en huisartsen, is de situatie in de Limburgse ziekenhuizen (zie tabel 5.2) weinig verschillend van de situatie in de Vlaamse ziekenhuizen in het algemeen, Limburg inbegrepen (zie tabel 5.1). Ten opzichte van de totale populatie van Vlaamse ziekenhuizen, communiceren de Limburgse ziekenhuizen met de huisartsen iets minder vaak over de vervolgzorg van de suïcidepoging en iets vaker over het opgestelde behandelplan. Het globale patroon blijft echter hetzelfde.

Tabel 5.2: Limburgse ziekenhuizen (6): Overzicht van de frequentie van contactname naar contactsoort, in %.

	Nooit	Soms	Vaak	Altijd	Gemiddelde score
Verwijsrapport	0	17	17	67	3.5
Medische voorgeschiedenis	0	50	50	0	2.5
Diagnose en problematiek	0	67	33	0	2.3
Behandelplan	17	33	33	17	2.5
Vervolgzorg	17	50	33	0	2.2
Medicatiebeleid	0	67	33	0	2.3

De contactname tussen ziekenhuizen en huisartsen gebeurt voor de meeste contactsoorten het vaakst telefonisch. De bevinding dat het bezorgen van een verwijsrapport in de helft van de gevallen schriftelijk gebeurt, is uiteraard weinig verrassend. Schriftelijke communicatie kan in de praktijk lang onderweg blijven, en dit is zeker een nadeel van dit soort communicatie.

Tabel 5.3: Overzicht van de kanalen, naar contactsoort, in %.

	Telefonisch	Elektronisch	Schriftelijk	Andere
Verwijsrapport	27	21	50	1
Medische voorgeschiedenis	76	9	15	-
Diagnose en problematiek	76	6	19	-
Behandelplan	63	9	26	2
Vervolgzorg	60	4	34	2
Medicatiebeleid	57	6	37	-

Uit tabel 5.4 blijkt duidelijk dat de ernst van de situatie van de suïcidepoging de meest belangrijke factor is die (mede)bepalend is voor de al dan niet contactname met de huisarts. De behandelende arts neemt de tweede plaats in. De behandelende arts is bijgevolg een belangrijke actor in de afstemming van de zorg tussen ziekenhuizen en huisartsen. Er werden, naast deze factoren, nog een hele reeks andere factoren opgesomd. De toestemming van de patiënt en de relatie tussen de patiënt en de huisarts vonden we vaak terug onder de categorie "andere". Het is tenslotte opvallend dat aan de werkdruk slechts een ondergeschikte rol wordt toebedeeld.

Tabel 5.4: Overzicht van de beïnvloedende factoren van contactname, naar contactsoort, in %.

	Behandelende arts	Ernst situatie SP	Werkdruk	Andere
Verwijsrapport	33	33	6	28
Medische voorgeschiedenis	19	48	10	24
Diagnose en problematiek	23	50	11	16
Behandelplan	24	59	7	11
Vervolgzorg	23	48	10	19
Medicatiebeleid	26	51	9	14

Tenslotte dient nog vermeld dat voor het merendeel (60%) van de respondenten het huidige aantal contacten tussen ziekenhuizen en huisartsen volstaat. Meer dan negen op tien respondenten vond bovendien dat de huisarts een belangrijke partner is bij de behandeling van suïcidepogers.

De resultaten lijken de stelling te rechtvaardigen dat het versturen van een verwijsrapport naar de huisarts “standaard” gebeurt binnen de behandeling van een suïcidepogger. Het feitelijke overleg met de huisarts gebeurt minder vaak en is vooral afhankelijk van de ernst van de situatie en de behandelende arts. De samenwerking tussen ziekenhuizen en huisartsen blijkt dus voornamelijk gebaseerd op een éézijdige communicatie vanuit het ziekenhuis, die in de beleving van de huisartsen (zo blijkt uit overlegmomenten met huisartsenkringen) niet altijd standaard geregeld is. Niettegenstaande zien ziekenhuizen de huisarts als een belangrijke partner.

■ ENQUÊTE “OPVANG SUÏCIDEPOGERS IN EEN ALGEMEEN ZIEKENHUIS”

De enquête “Opvang suïcidepogers in een algemeen ziekenhuis” is afgenomen bij alle aan het project deelnemende ziekenhuizen, met de bedoeling in elk deelnemend ziekenhuis te registreren hoe de opvang van suïcidepogers werd vormgegeven, eventuele verschillen tussen interventie- en controleziekenhuizen in kaart te brengen en zicht te krijgen op eventuele veranderingen in de loop van het project.

Op basis van de antwoorden op de verschillende vragen, kunnen we besluiten dat er, ondanks de talrijke richtlijnen en adviezen, toch nog grote verschillen bestaan tussen ziekenhuizen wat betreft de opvang van suïcidepogers. De voornaamste verschillen situeren zich niet op het niveau van de onderzoeksconditie, met name interventie- of controleconditie: tussen deze twee groepen zijn er weinig systematische verschillen. De gevonden verschillen zijn eerder afhankelijk van de aan- of afwezigheid van een PAAZ. Er bestaat immers een groot verschil tussen de ziekenhuizen met en zonder PAAZ wat betreft de psychiatrische/psychologische screening en opvang.

In ziekenhuizen met PAAZ wordt de psychiater vaak (in 1 IZ systematisch) in liaisonfunctie opgeroepen naar de spoedafdeling. Deze beslist of de patiënt wordt gehospitaliseerd in een PAAZ. Soms beslist de behandelende arts op de spoedafdeling om een opname in de PAAZ voor te stellen. Indien de patiënt vanwege het somatische letsel verzorgd wordt op een somatische afdeling (intensieve zorgen, heelkunde,...) wordt de psychiater (veelal van de PAAZ) in liaisonfunctie gevraagd, en kan alsnog een verwijzing naar de PAAZ plaats vinden. In sommige ziekenhuizen wordt een psycholoog of sociaal werker ingeschakeld. De PAAZ is geëquipeerd om de psychiatrische/psychologische/psychosociale opvang te verzekeren.

In ziekenhuizen zonder PAAZ, wordt de psychiatrische functie waargenomen door een liaisonpsychiater die op vraag van de behandelende arts ingeschakeld wordt. De liaisonpsychiater adviseert de behandelende arts over het verder te voeren beleid. Liaisonpsychiaters zijn veelal maar in zeer beperkte mate aanwezig in een AZ en een systematische screening en opvang is dan niet gegarandeerd. In sommige ziekenhuizen wordt een psycholoog ingeschakeld of hulpverleners van de sociale dienst of dienst patiëntenbegeleiding. Veelal werken zij relatief autonoom, tenzij in 1 IZ zonder PAAZ, waar zij een gestructureerd liaisonteam vormen met een duidelijk beleid ten aanzien van de doelgroep.

Uit de afgenomen enquête bleek verder dat de opvang van naasten (familie, begeleiders) meestal niet op een gesystematiseerde manier gebeurt. Afgezien van 2 ziekenhuizen (1 IZ en 1CZ) hebben ziekenhuizen geen sluitend registratiesysteem van de doelgroep en is het dus gissen naar het aantal en de karakteristieken van de doelgroep. De rapportage naar de huisarts was vaak niet standaard geregeld bij de start van dit project. Vooral bij die patiënten die enkel verzorgd worden op de spoedafdeling en het ziekenhuis snel verlaten, bestaat (bestond) er onderrapportage.

Uit een onderzoek uit 1999 bleek reeds dat de verschillen tussen ziekenhuizen meer ingegeven zijn door lokale infrastructuur of gewoonten dan door wetenschappelijk onderbouwde theorieën (Dillen et al., 1999). De resultaten van de enquête bevestigen wat Verwey reeds in 1997 concludeerde, namelijk dat in ziekenhuizen meestal wel richtlijnen bestaan met betrekking tot de opvang van suïcidepogers en dat er een vrij sterke overeenkomst is tussen ziekenhuizen wat betreft deze richtlijnen. De coördinatie van zorg verschilt echter wel aanzienlijk tussen de ziekenhuizen. Vooral de richtlijnen waarbij meerdere partijen betrokken zijn lijken kwetsbaar. Denk maar aan de communicatie met vervolgzorginstanties, het betrekken van de familie bij het consult, Ziekenhuizen geven aan dat ze deze aspecten zeer belangrijk vinden, maar de toepassing ervan verschilt sterk tussen de ziekenhuizen (Verwey, Koopmans, Opmeer, Zitman, & Huyse, 1997).

Ziekenhuizen moeten beseffen dat zij zelf een zeer grote rol kunnen spelen in de (recidive)preventie van suïcide(pogingen). Het vertrouwen van de patiënt in de medische sector die hem/haar moet aanzetten en stimuleren tot het opnemen van vervolgzorg en tot het tijdig opzoeken van hulp in de toekomst bij een nieuwe crisis, wordt in eerste instantie gecreëerd of ondermijnd in het ziekenhuis. Extra inspanningen zullen moeten geleverd worden zodat psychosociale evaluatie en –opvang gerealiseerd worden vertrekkend reeds vanuit de spoedafdeling evenals een goede toeleiding naar noodzakelijk vervolgzorg. Het versterken van psychosociale liaisons blijkt hierbij noodzakelijk.

5.1.2 EFFECTONDERZOEK

Binnen het project ‘Recidivepreventie suïcidepogingen’ is nagegaan of de meer systematische inschakeling en ondersteuning van de huisarts zou leiden tot een betere opvang na ontslag uit het ziekenhuis en een verbeterd welzijn van de patiënt. Om een effectevaluatie mogelijk te maken is er een onderscheid gemaakt tussen interventie- en controleziekenhuizen. Aan de interventieziekenhuizen werd gevraagd om voor elke patiënt die zich aanmeldde in het ziekenhuis omwille van een suïcidepoging binnen de week na ontslag een verslag + flyer te versturen naar de betreffende huisartsen en de patiënt te motiveren zo snel mogelijk contact op te nemen met de huisarts in het kader van vervolgzorg. De controleziekenhuizen moesten hun ontslag procedure ‘as usual’ voortzetten. De opdracht van zowel interventie- als controleziekenhuizen bestond erin om het onderzoek te introduceren bij patiënten behorende tot de doelgroep en hen te motiveren om hieraan mee te werken. De definitieve werving van patiënten is gestart op 1 mei 2004 en liep tot 30 april 2005. Patiënten werden 2 maal gecontacteerd na hun ontslag uit het ziekenhuis: een eerste maal twee weken na ontslag (1^{ste} follow-up) en een tweede maal 6 maanden na ontslag (2^{de} follow-up).

De centrale onderzoeksvraag luidde als volgt: “Leidt de voorgestelde strategie tot een betere opvang na ontslag uit het ziekenhuis en een gunstiger welzijn van de patiënt?”. Deze onderzoeksvraag is getest bij een onderzoeksgroep van 85 suïcidepogers (respons 1^{ste} follow-up 84%; respons 2^{de} follow-up: 71% - 76%). Bij vergelijking met registratiegegevens verzameld in Vlaanderen (Van Rijsselberghe et al., 2003), bleek de onderzoeksgroep representatief voor de totale populatie van de suïcidepogers.

Om te beginnen is onderzocht of de in de interventieziekenhuizen geïntroduceerde verwijzstrategie ertoe leidde dat er effectief én snel een contact tot stand kwam tussen de patiënt en de huisarts. Met andere woorden: *Was er een verschil tussen interventie- en controleconditie met betrekking tot het aantal patiënten dat een contact had met zijn of haar huisarts binnen de twee weken na ontslag uit het ziekenhuis?*

Uit de telefonische bevraging, 2 weken na ontslag van de patiënt uit het ziekenhuis, bleek dat binnen de interventieconditie 71.2% van het aantal ondervraagde patiënten wel en 28.8% geen contact had gehad met de huisarts.

Binnen de controleconditie was de verdeling als volgt: 46.2% had wel een contact gehad met de huisarts, 53.8% niet. De contacten met de huisartsen kwamen meestal tot stand op initiatief van de patiënt (83.3%). Voornaamste reden voor het niet contacteren van de huisarts was dat de patiënt na de opname in het ziekenhuis in behandeling was gegaan bij een psychiater of psycholoog of de dagtherapie volgde. Procentueel gezien hebben binnen de interventie- en controleregio evenveel huisartsen aan out-reaching gedaan, namelijk telkens 16.7% (vertaald naar absolute aantallen: zeven huisartsen uit interventieregio, één huisarts uit controleregio).

De verschillen tussen beide onderzoekscondities met betrekking tot het contact met de huisarts wijzen op een gunstig effect van de verwijfsstrategie, maar bleken bij nadere analyse niet significant. Naar alle waarschijnlijkheid is dit te wijten aan het geringe aantal subjecten in de controlegroep. De interpretatie van het bijkomende gegeven dat de gemiddelde opnameduur van patiënten die een contact hadden gehad met hun huisarts (bijna significant) korter was dan de opnameduur van patiënten die hun huisarts niet hadden gezien binnen de twee weken na ontslag, blijft vooralsnog onduidelijk en behoeft verder onderzoek. In een studie, uitgevoerd in Groot-Brittannië, kwamen de onderzoekers reeds tot soortgelijke resultaten (Gunnell, Bennewith, Peters, Stocks, & Sharp, 2002).

Vervolgens is bekeken of het contact met de huisarts (binnen de twee weken) ertoe leidde dat patiënten sneller vervolgzorg opnamen in de maanden nadien. Om deze vraag te beantwoorden is een beroep gedaan op de kwalitatieve gegevens, afkomstig van de gesprekken met patiënten, 6 maanden na hun ontslag uit het ziekenhuis.

Van de patiënten die tijdens het eerste follow-upmoment aangaven (nog) geen contact te hebben gehad met de huisarts, had 21.1 % van de patiënten geen verdere vervolgzorg aangevat, 78.9% wel, en dit meestal via het ziekenhuis (psychiater/psycholoog van ziekenhuis, daghospitalisatie, psychiatrische ziekenhuis, privé gevestigd psychiater/psycholoog). Binnen de groep patiënten die hun huisarts wél binnen de twee weken had gezien, had 18.0% geen verdere hulpverlening gezocht, 20,5% liet zich opvolgen door de huisarts en 61.5% had gespecialiseerde hulpverlening aangevat, op aanraden van de huisarts (12.8%), op eigen initiatief (28.2%), of via het ziekenhuis (follow-up afspraken met psycholoog/psychiater van ziekenhuis, daghospitalisatie, privé gevestigd psychiater/psycholoog...) (20.5%). Van de afspraken met CGG voor een snelle instroom werd slechts uitzonderlijk gebruik gemaakt.

Deze resultaten lijken erop te wijzen dat het opnemen van vervolgzorg niet afhankelijk is van een snel contact met de huisarts, de aard van de nazorg wél. Binnen de groep patiënten die binnen de twee weken geen contact hadden gehad met hun huisarts, waren er veel patiënten die via het ziekenhuis waren doorverwezen naar semimurale hulpverlening (daghospitalisatie, revalidatiecentra) of follow-up afspraken onderhielden met de psychiater en aldus geen tijd of nood hadden aan een gesprek met de huisarts.

Het al dan niet contacteren van de huisarts bleek in deze gevallen afhankelijk van de aard van de opgenomen vervolgzorg. Binnen de groep patiënten die hun huisarts vrij kort na ontslag hadden gezien, zien we dat de huisarts relatief vaak betrokken was bij het stimuleren tot of vormgeven van de verdere vervolgzorg.

Tenslotte is bekeken of het – met behulp van hoger genoemde verwijssysteem – tot stand brengen van een contact met de huisarts en eventueel op gang brengen van vervolgzorg een gunstige invloed had op het welzijn en functioneren van de patiënt, zes maanden na ontslag uit het ziekenhuis. Onderzoeksmatig geformuleerd: *Was er een verschil tussen patiënten die wel en patiënten die geen contact hadden gehad met hun huisarts (binnen de twee na ontslag uit het ziekenhuis) ten aanzien van het voorkomen van recidieven en psychosociaal welzijn, waarbij 'welzijn' geoperationaliseerd werd aan de hand van de variabelen 'psychosomatisch onwelbevinden', 'negatieve en positieve affectiviteit' en 'hopeloosheid'.*

Vier patiënten waren gerecidiveerd binnen de onderzoeksperiode van zes maanden. Drie van deze patiënten hadden een contact gehad met de huisarts. Dit resultaat is in het kader van de onderzoeksvragen en – hypothesen enigszins onverwacht, maar vanuit een andere optiek bekeken niet noodzakelijk negatief. Dit resultaat zou er immers op kunnen wijzen dat patiënten die nood hadden aan verdere hulpverlening gezien hun herhaalde poging, effectief contact hebben gezocht met hun huisarts.

Patiënten die binnen de twee weken na hun ontslag geen contact hadden gehad met hun huisarts, hadden 6 maanden na hun ontslag uit het ziekenhuis een enigszins lagere score op negatieve affectiviteit en een hogere score op positieve affectiviteit, psychosomatisch onwelbevinden en hopeloosheid dan patiënten die binnen de twee weken na hun ontslag wel een contact hadden gehad. De verschillen in gemiddelde score waren echter verwaarloosbaar klein en bijgevolg ook niet significant. Gegeven de korte tijdspanne van het onderzoek, was het vrij onrealistisch om effecten in termen van recidive en welzijn te verwachten.

Daarenboven zijn bovengenoemde uitkomstmaten multifactorieel bepaald. Naast het belang van een goede opvang tijdens en na de ziekenhuisopname worden deze uitkomstmaten beïnvloed door tal van andere factoren die binnen het hier beschreven project niet maar ook in het algemeen bijzonder moeilijk manipuleerbaar zijn. We denken hierbij aan de sociale steun van onmiddellijke omgeving, de aanwezigheid van psychiatrische problematiek, de aanwezigheid van suïcidemiddelen, de oplosbaarheid van de problemen die ten grondslag liggen aan de poging,....

Bijkomend is nog onderzocht of het gerapporteerde welzijn van de patiënt gerelateerd was aan het type ziekenhuis waar de patiënt een half jaar voordien opgenomen was geweest (controle- of interventieziekenhuis; ziekenhuis met of zonder PAAZ).

Op basis van de bevindingen uit de enquête “Opvang suïcidepogers in een algemeen ziekenhuis” (afgenomen bij de deelnemende ziekenhuizen) konden we immers vermoeden dat de verschillende deelnemende ziekenhuizen niet enkel verschilden ten aanzien van het al dan niet uitvoeren van de verwijfsstrategie. De onderzoeksconditie waarin de patiënt opgenomen was geweest (controle- of interventieziekenhuis) bleek niet gerelateerd aan het welzijn van de patiënt, de aan- of afwezigheid van een PAAZ wél. Patiënten die opgenomen waren geweest in een ziekenhuis zonder PAAZ scoorden 6 maanden later beter op onwelbevinden en hopeloosheid dan patiënten die afkomstig waren van een ziekenhuis met PAAZ. Deze bevindingen zouden erop kunnen wijzen dat in de ziekenhuizen zonder PAAZ een goede risico-inschatting is gebeurd. Immers, de ziekenhuizen zonder PAAZ werden verondersteld enkel die patiënten te werven die vanuit dit ziekenhuis ontslagen zouden worden en niet verder zouden worden doorverwezen naar een PAAZ van een ander ziekenhuis of een psychiatrisch ziekenhuis.

De meningen van patiënten over de opvang die ze in het ziekenhuis hadden gekregen, waren erg persoonsgebonden en veel was afhankelijk van de wensen en verwachtingen die patiënten hadden ten aanzien van hun verblijf in het ziekenhuis. Ten aanzien van de opvang in het ziekenhuis, gaven patiënten gemiddeld een 7.23 op tien. Bijna twee derde van het aantal patiënten (65.4%) was erg tevreden over de opvang (score van 8 of meer), 23.1% was matig tevreden (score tussen 5 en 7), 11.5% was niet tevreden (score van 4 of minder). De tevredenheidsscores bleken bij nadere analyse niet significant gerelateerd aan het feit of de patiënt was opgenomen in een ziekenhuis met of zonder PAAZ, een interventie- of een controleziekenhuis.

1.1 DISCUSSIE

De gepresenteerde resultaten moeten uiteraard geïnterpreteerd worden in het licht van de resultaten van de procesevaluatie die is uitgevoerd. In het hiernavolgende worden de moeilijkheden en sterke punten van de implementatie van de strategie en het onderzoek besproken

1.1.1 IMPLEMENTATIE VAN HET ONDERZOEK

Een overzicht van de wereldwijde literatuur over onderzoek bij suïcidepogers leert dat de onderzoeken tot nu te kampen met ernstige methodologische problemen.

In het hiernavolgende wordt een overzicht gegeven van de methodologische moeilijkheden waarmee ook dit onderzoek te kampen had, in het bijzonder ten aanzien van de werving en grootte van de onderzoeksgroep. Daarnaast worden ook enkele sterke punten van het onderzoek aangehaald.

■ REKRUTERING VAN EEN ONDERZOEKSGROEP

De onderzoeksgroep behelsde patiënten die zich aanmelden op de spoedafdeling van een algemeen ziekenhuis naar aanleiding van een suïcidepoging. Binnen het onderzoek hanteerden we de volgende definitie van een suïcidepoging (WHO-definitie):

“Een zelfmoordpoging wordt gedefinieerd als een handeling, met niet fatale afloop, waarbij een individu opzettelijk en weloverwogen een ongewoon gedrag stelt of initieert, dat zonder interventie van anderen zal leiden tot zelfverwonding (-vernietiging), of waarbij een individu opzettelijk een stof inneemt in een grotere dan de voorgeschreven of algemeen aanvaardbare therapeutische dosis, met de bedoeling de actuele of verwachte fysieke gevolgen, verlangde veranderingen te bewerkstelligen.

Onder de zelfverwonding klasseren we de meer harde, gewelddadige methodes zoals ophanging, wurging, verdrinking, zichzelf verwonden met een stomp of scherp voorwerp, van een hoogte springen, ... Onder de zelfvergiftiging plaatsen we de zachtere methodes zoals inname van (psycho)farmaca, drugs, alcohol, chemicaliën of andere schadelijke stoffen”.

Alle betrokken personeelsleden dienden deze definitie te hanteren. Hierover ontstond geregeld discussie: Wat is een suïcidepoging en wat niet? Er bestond ook soms weerstand om het crisisgedrag als suïcidepoging te benoemen zowel ten overstaan van patiënt, familie als externe hulpverleners (bijvoorbeeld in de rapportage aan de huisarts).

Iedere patiënt die aan deze definitie beantwoorde en ouder was dan 16 jaar behoorde tot de onderzoeksgroep en moest dus gevraagd worden om deel te nemen aan het onderzoek. Suïcidepogers die doorverwezen werden naar een psychiatrische instelling werden om praktische redenen niet opgenomen in het onderzoek. Men kan er tevens van uitgaan dat er verschillen zijn in termen van populatiekenmerken en in termen van residentiële behandeling.

In de praktijk bleek het niet eenvoudig om dit te realiseren. Een aantal afspraken moesten gemaakt worden. Wie bracht het onderzoek ter sprake bij de patiënt? Was dit een taak van de psychiater, de psycholoog, de spoedarts, verpleegkundigen, ... ? Het feit dat suïcidepogers al naargelang de ernst en de aard van het lichamelijke letsel op verscheidene afdelingen verzorgd kunnen worden (spoedgevallen – somatische afdelingen – PAAZ), vormde een extra uitdaging. Men diende te weten wanneer een patiënt reeds gevraagd werd om mee te werken. Werd hij bijvoorbeeld al op de spoedafdeling aangesproken? Hoe wisten de verpleegkundigen of de patiënt reeds gevraagd was, wanneer deze van een andere afdeling kwam?

Alle deelnemende ziekenhuizen hebben getracht hieraan te remediëren door af te spreken dat, wanneer patiënten werden opgenomen in het ziekenhuis, de werving van patiënten zou gebeuren door het personeel van de PAAZ (assistenten van psychiater, psychiatrisch verpleegkundigen) of – indien geen PAAZ – door het psychologisch liaison team of een psychologe in liaisonfunctie.

Wanneer patiënten het ziekenhuis vanuit de spoedafdeling wensten te verlaten en er geen psychiater/psycholoog in liaisonfunctie kon opgeroepen worden, werd aan het spoedpersoneel gevraagd dat zij deze patiënten zouden werven voor het onderzoek. Eén en ander vereiste uiteraard een goede informatiedoorstroom binnen het ziekenhuis, waarbij elk ziekenhuis de vrijheid kreeg om dit naar eigen inzicht en goeddunken te organiseren. Het behoorde immers niet tot de doelstelling van het project om de doorstroom van informatie binnen het ziekenhuis aan te passen.

De afspraken bleken in de praktijk soms onvoldoende gecommuniceerd en gemotiveerd. In een aantal ziekenhuizen was slechts één persoon verantwoordelijk voor de werving van patiënten, hetgeen betekende dat geen patiënten werden geworven wanneer deze persoon afwezig was (door ziekte, verlof, weekends, 's avonds). In het ideale geval zou op iedere betrokken afdeling en per dienst iemand op de hoogte moeten zijn van het project en bereid om de projectvereisten uit te voeren.

De afspraken bleken ook niet steeds werkzaam. Weekends en nachten waren moeilijke periodes, aangezien de verantwoordelijkheid voor het project op deze momenten in veel gevallen bij de spoedafdeling berustte. Het spoedpersoneel slaagde er vaak niet in om patiënten die het ziekenhuis wilden verlaten te werven voor het onderzoek. Tijdsdruk en de specifieke situatie op elke spoedafdeling lagen hieraan ten grondslag.

Het ziekenhuispersoneel moest tevens bereid zijn de suïcidepogers te motiveren om mee te werken aan het onderzoek. Dit betekende een aanzienlijke tijdsinvestering. In de interventieziekenhuizen werd de suïcidepogers gewezen op de rol die de huisarts kan spelen in de vervolgzorg en begeleiding en werd het gesprek meestal gekaderd in een gesprek over vervolgzorg. Dit was in de controleziekenhuizen niet mogelijk, omdat de strategie, het actief inschakelen van de huisarts, hier niet toegepast werd.

Het bleek aldus moeilijk om een voldoende grote steekproef te vormen van suïcidepogers. Dit is echter een methodologisch probleem waarmee praktisch alle onderzoeken binnen de populatie van suïcidepogers te kampen hebben. Om ten aanzien van de in het onderzoek gehanteerde uitkomstmaten een voldoende power te kunnen garanderen is een onderzoeksgroep nodig van 600 suïcidepogers (300 in experimentele conditie en 300 in controleconditie). Dit komt overeen met het geschatte totaal aantal suïcidepogers in Limburg over een jaar.

In totaal stroomden 85 patiënten in in het onderzoek. Bij vergelijking met de registratiegegevens van andere onderzoeken, zoals de Monitoring Studie Zelfmoordpogingen in Vlaanderen (Eenheid voor Zelfmoordonderzoek, Universiteit Gent) en de Huisartsenpeilpraktijken; registratie van zelfmoordpogingen (Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid), bleek deze onderzoeksgroep representatief voor de totale groep suïcidepogers ten aanzien van sociodemografische factoren. Ten aanzien van de suïcidegerelateerde factoren, kunnen we geen uitspraak doen over de representativiteit van de onderzoeksgroep.

We vermoeden echter dat tijdens de rekrutering van de onderzoeksgroep een selectie-effect is opgetreden. Patiënten die vanuit de spoedafdeling reeds het ziekenhuis verlieten, konden vaak niet geworven worden voor het onderzoek. Deze patiënten behoren echter tot de hoog risicogroep van de suïcidepogers (Hickey et al., 2001). Binnen de groep patiënten die wel gevraagd werden om mee te werken aan het onderzoek, is naar alle waarschijnlijk opnieuw een selectie-effect opgetreden. Ook hier hebben we het vermoeden dat patiënten die weigerden om deel te nemen aan het onderzoek, er vaak slechter aan toe waren dan patiënten die instemden met het onderzoek. Dit vermoeden kon echter niet bevestigd worden aangezien we niet beschikten over gegevens van de 'weigeraars'.

Naast de genoemde tekortkomingen van het onderzoek zijn er ook een aantal sterke punten te noemen. Een groot aantal onderzoeken aangaande suïcidepogingen en suïcides vertrekken van een onderscheid tussen interventiesituatie en controlesituatie. De controlesituatie wordt dan omschreven als 'standard aftercare' of de situatie 'as usual' waarbij er niets verandert aan de normale manier van werken (Bradley et al., 2004). Deze 'normale situatie' wordt bijna nooit omschreven waardoor men niet weet waarmee men vergelijkt. Misschien lijkt de interventiemethode immers zeer sterk op de controlemethode waardoor er, bij effectmeting, geen verschillen tussen beide groepen vast te stellen zijn.

Binnen het onderzoek 'recidivepreventie suïcidepogingen' werd ook de controle situatie beschreven. We hebben getracht een zicht te krijgen op de 'as usual' manier van werken in de ziekenhuizen door middel van een enquête. Ervan uitgaande dat de opvang, behandeling, vervolgzorg en doorverwijzing van suïcidepogers immers in ieder ziekenhuis op een andere manier gebeuren, was het de bedoeling om de manier van werken en de hierbij gebruikte procedures in kaart te brengen. De enquête peilde naar de opvang van suïcidepogers in de ruime zin van het woord: wie is betrokken bij de opvang en verzorging, is er een vastliggend protocol dat gevolgd wordt, worden suïcidepogers standaard psychiatrisch gescreend, hoe wordt er omgegaan met opnameweigeraars, wordt er een vervolgzorgplan opgesteld, De enquête is meerdere malen afgenomen gedurende het projectverloop. Op deze manier werden mogelijke veranderingen in de opvang, behandeling, doorverwijzing en vervolgzorg zichtbaar. Veranderingen in de opvang van suïcidepogers zijn immers belangrijk bij de interpretatie van de onderzoeksresultaten.

Ten tweede, in het licht van de reeds genoemde problemen bij de rekrutering van de onderzoeksgroep, bleek het niet overbodig te zijn geweest om van maand tot maand registratiegegevens te verzamelen in de deelnemende ziekenhuizen. Op deze manier kregen we een zicht op de participatiegraad in het onderzoek, hetgeen onontbeerlijk is in het kader van elke procesevaluatie.

5.2.2 IMPLEMENTATIE VAN DE STRATEGIE

Voor de implementatie van de projectstrategie waren drie partijen cruciaal, namelijk de ziekenhuizen, de huisartsen en de suïcidepogers. In het hiernavolgende worden per partij de succes- en faalfactoren van de strategie besproken. De faalfactoren zijn tevens leerpunten voor de toekomst. Vanwege hun naar huisartsen toe consultatieve en naar patiënten toe hulpverlenende functie binnen het project, wordt ook de rol van de CGG benadrukt.

■ INTERVENTIEZIEKENHUIZEN

De voorgestelde strategie diende geïntegreerd te worden in de bestaande werking van het ziekenhuis. Wij stelden vast dat de opvang van suïcidepogers sterk verschilt van ziekenhuis tot ziekenhuis.

De rapportage naar de huisarts was vaak niet standaard geregeld bij de start van dit project. Vooral bij die patiënten die enkel verzorgd worden op de spoedafdeling en het ziekenhuis snel verlaten, bestaat (bestond) er onderrapportage. In de ziekenhuizen die niet beschikten over een uitgetekend stroomdiagram en gesystemiseerd rapportagesysteem, verliep de projectimplementatie moeizamer dan aanvankelijk gedacht. Slechts in één IZ waar reeds lange tijd een werkgroep suïcidepreventie actief was en een klinisch pad werd ontwikkeld, kon de strategie relatief eenvoudig worden geïmplementeerd, dit echter enkel tijdens de kantooruren (problemen bleven bestaan tijdens de nacht- en weekendmomenten als het liaisonteam afwezig was en de patiënt snel het ziekenhuis verliet). Mede hierdoor konden de meeste interventieziekenhuizen niet garanderen dat bij elke suïcidepogers snel een rapport, vergezeld van een flyer, werd verstuurd naar de huisarts. Omwille van dezelfde reden konden zij evenmin garanderen dat elke suïcidepogers die behoorde tot de doelgroep gevraagd werd om deel te nemen aan het onderzoek. Ook in de controleziekenhuizen waar enkel gevraagd werd om een onderzoeksgroep te werven, bleek al snel dat dit niet systematisch kon gebeuren indien zij bleven werken 'as usual'. De zeer lage of onbestaande instroom van patiënten in de controlegroep is hiervan het gevolg. *Een georganiseerd beleid ten aanzien van de opvang van suïcidepogers, duidelijk gecommuniceerd naar alle betrokken personeelsleden, bleek aldus een essentiële voorwaarde voor het welslagen van het project en voor een goede opvang van suïcidepogers*

Het creëren van een voldoende groot draagvlak binnen het ziekenhuis vormt een tweede voorwaarde voor een succesvolle implementatie van de strategie. Het project moet geïntroduceerd worden op het niveau van de directie en van hieruit verder verspreid worden binnen de organisatie.

Directieleden kunnen een ondersteunende en aanmoedigende rol vervullen en kunnen vanuit hun gezagsfunctie kritische geluiden vroegtijdig in de kiem smoren door het project volop te steunen. We beseffen echter maar al te goed dat het project vooral gedragen moet worden door de basis, wil het kans op slagen hebben.

Hierbij is het belangrijk dat het personeel van de betrokken afdelingen op de hoogte is van (het nut van) de strategie en de manier van werken. De (dis)continuïteit van de strategie-uitvoering mag niet afhankelijk zijn van de inzet en aanwezigheid van één persoon.

Een derde belangrijke voorwaarde is de correcte bejegening van de suïcidepogers door de hulpverleners in het ziekenhuis. Hulpverleners in het ziekenhuis moeten geen moralistische of afwijzende, maar wel een begripvolle attitude ten opzichte van suïcidaal gedrag aannemen. Het gedrag dat de suïcidepogers tentoonspreidt wordt vaak niet of verkeerd begrepen (Verwey, 2000, Nice Guideline Self-harm, 2004). Het is bovendien niet evident om vlak na de suïcidepoging te communiceren met de patiënt. Sommigen suïcidepogers minimaliseren de poging. Ze voelen zich beschaamd en mislukt. Sommigen wijzen elke bemoeienis af.

De ervaringen binnen het project hebben geleerd dat wanneer er geïnvesteerd wordt in de relatie met patiënten, deze patiënten sneller geneigd zijn om deel te nemen aan het onderzoek en – nog belangrijker – meer gemotiveerd om zich te laten opnemen of – indien reeds opgenomen – vervolgzorg via de huisarts op te nemen. *De informatie- en –vormingssessies in de interventieziekenhuizen, evenals de informatieve nieuwsbrieven hadden tevens een gunstig effect op kennis en attitudes van het personeel.*

Het project heeft daarnaast een aantal onvoorziene maar zeer waardevolle neveneffecten gehad, in termen van sensibilisering en bewustmaking. Door mee te werken aan het project, ervaren ziekenhuizen zelf dat er nog heel wat verbeterd kon worden met betrekking tot de opvang van suïcidepogers. Ziekenhuizen werden geconfronteerd met knelpunten in de opvang en vervolgzorg van suïcidepogers. Mede hierdoor vertoonden ziekenhuizen meer belangstelling om in deze problematiek te investeren. Bij verschillende ziekenhuizen groeide de nood aan het uittekenen van –minimaal- een stroomdiagram, of verdergaand een klinisch pad of ontwikkeling protocol en de nood aan het op punt zetten van rapportage aan de huisarts.

■ HUISARTSEN UIT DE INTERVENTIEREGIO'S

Het doel van het project bestond erin de huisarts actief te betrekken in de organisatie van de vervolgzorg aan de suïcidepogers na ontslag uit het algemene ziekenhuis. Aan de huisartsen die samenwerkten met interventieziekenhuizen werd gevraagd om de patiënt die omwille van een suïcidepoging in het ziekenhuis behandeld werd, te contacteren binnen de twee weken na ontslag, indien dit contact nog niet tot stand was gebracht door de suïcidepogers zelf.

De telefonische bevraging na twee weken wees uit dat binnen de interventieconditie 71% van de patiënten een contact had gehad met de huisarts, tegenover slechts 46% van de patiënten uit de controleconditie.

Het hogere percentage contacten binnen de interventiegroep is uiteraard een verdienste van de verwijfsstrategie waarbij zowel de patiënt als de huisarts werd gemotiveerd om contact te leggen.

Binnen de interventieconditie waren er echter ook een aantal huisartsen die niet aan outreaching hebben gedaan binnen de voorziene periode aangezien bijna 30% van het aantal gecontacteerde patiënten (afkomstig van een interventieziekenhuis) aangaf geen contact te hebben gehad met de huisarts. Dit gegeven kan niet éénduidig worden verklaard. Uiteraard moeten we ons realiseren dat dergelijke percentages variëren in functie van de (op basis van de beschikbare literatuur) gekozen meettermijn. Een termijn van twee weken is erg kort, alles moet dan perfect verlopen. De rapportage vanuit het ziekenhuis mag geen vertraging oplopen, de huisarts kan “even afwachten”, de huisarts moet in zijn agenda noteren dat hij de patiënt moet contacteren. Dit brengt voor de huisarts een hele praktische organisatie met zich mee, en dit op vrij korte termijn.

Voor het merendeel van de patiënten (ruim 80%) die tijdens het eerste follow-up moment hadden aangegeven geen contact te hebben gehad met de huisarts, gold dat dit contact er alsnog was gekomen in de weken nadien, hetzij voor medicatievoorschriften, hetzij voor een lichamelijke aandoening of een nieuwe crisis. Ten tweede mogen we er niet vanuit gaan dat alle huisartsen die een flyer hadden moeten krijgen, er effectief één hebben gehad. De bevraging bij huisartsen doet vermoeden dat een niet geringe groep huisartsen geen flyer hebben ontvangen.

De meest essentiële vraag in dit verhaal is echter hoe artsen omgaan met outreaching. Het antwoord op deze vraag blijft vooralsnog meervoudig. Het is om te beginnen niet vanzelfsprekend om aan te nemen dat huisartsen zich als deskundig ervaren in het domein van de suïcideproblematiek. Huisartsen worden relatief weinig geconfronteerd met de zorg voor suïcidepogers en ook in de opleiding tot huisarts wordt weinig aandacht besteed aan suïcidepreventie.

Bovendien verwachtten we binnen het project van de huisartsen dat ze hun gedrag veranderen. Ze werden gestimuleerd om het relatief nieuwe concept van ‘out-reaching’ in te passen in hun manier van werken. Het gedrag en de houding van huisartsen zijn echter niet gemakkelijk te veranderen. Een gecontroleerde gerandomiseerde studie, uitgevoerd in zestig huisartsenpraktijken in Engeland, genaamd het ‘Hampshire Depression Project’ toonde aan dat richtlijnen en navorming alleen niet volstaan om detectie en ‘outcome’ van depressie te verbeteren. Andere vormings- en sensibiliseringsprogramma’s voor huisartsen bleken effectief te zijn, maar de effecten waren beperkt in de tijd. Actieve follow-up en ondersteuning bleken essentieel om resultaten te garanderen.

Richtlijnen zoals geformuleerd op de flyer kunnen de kennis vergroten, maar het staat niet vast of hierdoor ook effectief het gedrag en de houding van huisartsen verandert (Morris, 2002).

Tenslotte stelt zich nog het probleem van de remuneratie. De huisartsen worden verondersteld zelf contact op te nemen met de patiënt. Het dilemma stelt zich of men hiervoor een consultatie kan aanrekenen.

Afgezien van voorgaande beschouwingen, hebben we ook kunnen vaststellen dat huisartsen geïnteresseerd zijn in en enthousiast over de flyerstrategie. Uit veldverkennd onderzoek van de Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen in 2004 (WVH, 2004) bleek dat de huidige samenwerking tussen hulpverleners met betrekking tot suïcidale patiënten nog voor verbetering vatbaar was. Binnen het project is geprobeerd om tegemoet te komen aan deze vaststelling. Door het verwijssysteem wordt de informatieoverdracht tussen ziekenhuizen en huisartsen aanzienlijk verbeterd. De huisarts wordt snel op de hoogte gebracht over het feit dat één van zijn patiënten in het ziekenhuis werd behandeld omwille van een suïcidepoging. De huisarts is aldus geallerteerd voor deze problematiek bij zijn patiënt. Dit geeft preventieve mogelijkheden ook op langere termijn. De huisarts is zich er dan immers bewust van dat deze patiënt een verhoogd risico heeft op recidieven en suïcide.

De huisarts kan wanneer hij/zij signalen opvangt van psychisch lijden of van levensomstandigheden waarbinnen suïcidaliteit zich kan ontwikkelen (dus risicofactoren) expliciet gaan bevragen of er weer suïcidegedachten aanwezig zijn en gepaste hulpverlening op gang brengen.

Huisartsen kregen daarnaast allerlei hulpmiddelen (richtlijnen op flyer, website, folder, ...) aangereikt bij de opvang en vervolgzorg van suïcidepogers. Er was ruimte voor sensibilisering en deskundigheidsbevordering. Tijdens de info- en vormingssessies behandelden we het thema suïcide met openheid, zonder vooroordelen, waardoor het onderwerp makkelijker te bespreken viel bij huisartsen onderling en tussen artsen en patiënten. Het is bekend dat huisartsen veelal gemotiveerd zijn om bij te scholen naar aanleiding van een kritisch incident. De suïcidepoging geldt als kritisch incident. De huisarts krijgt op dat moment een bijscholingsaanbod, waarvan men kan vermoeden dat de kans dat er gebruik van wordt gemaakt groter is. De integratie van de strategie 'deskundigheidsbevordering bij huisartsen' door het aanbod van de elektronische helpdesk met name ITOL en interactieve webstek op het moment van het kritische incident lijkt erg beloftevol te zijn.

■ SUÏCIDEPOGERS

Wanneer een patiënt (opgenomen in een interventieziekenhuis) de informed consent ondertekende, betekende dit concreet dat hij /zij naast de toestemming om de nodige gegevens te verschaffen in het kader van het onderzoek, ook de toestemming gaf aan het ziekenhuis om de huisarts te informeren over de crisisopname. Daarnaast werd de patiënt aangespoord om de huisarts te contacteren.

Door deze strategie wordt de huisarts als aanspreekpunt en eerste hulpverlener bij psychische problemen en bij suïcidale crisis in het bijzonder duidelijk aanwezig gesteld.

In die gevallen waar de patiënt in het ziekenhuis te kennen geeft om één of andere reden bezwaar te hebben dat de huisarts op de hoogte gebracht en ingeschakeld wordt, kunnen de weerstanden geëxploreerd worden en oplossingen voorgesteld. De boodschap die de patiënt krijgt is: "U staat er niet alleen voor, hulp is beschikbaar, de huisarts kan ook voor dergelijke problemen aangesproken worden."

Bovendien blijven familieleden vaak zitten met heel wat vragen en onzekerheden over hoe het verder moet. Zij kunnen de huisarts om raad vragen. Indien de patiënt zélf geen initiatief neemt, kan via de hulpvraag van de familieleden wellicht toch nog hulp op gang gebracht worden.

Patiënten die het ziekenhuis vrij snel verlaten, vormen in het bijzonder een grote risicogroep voor recidive (Hickey et al., 2001). De huisarts kan voor deze mensen een belangrijke hulpverlener zijn, hij of zij kan in meer rustige omstandigheden een gesprek op gang brengen met deze patiënten. Voorwaarde hiervoor is dat er vanuit het ziekenhuis een snelle rapportage gebeurt naar de huisarts, waarbij consequent een “flyer” wordt bijgevoegd. Uit de gesprekken met patiënten bleek bovendien dat het versturen van de flyer niet enkel voor de huisarts, maar vaak ook voor de patiënt een stimulans betekende om contact op te nemen. Voor een aantal patiënten vormde de wetenschap dat de huisarts een verslag had gekregen vanuit het ziekenhuis naar aanleiding van hun crisisopname een reden om hun huisarts te bezoeken en hem/haar extra uitleg te verschaffen naar aanleiding van de gebeurde feiten.

De voorgestelde strategie kan er op termijn voor zorgen dat de opvang en de vervolgzorg van suïcidepogers verbeterd wordt door actieve inschakeling van de huisarts en door een verbeterde communicatie tussen ziekenhuis en huisarts. Door deskundigheidsbevordering en sensibilisering in de ziekenhuizen en bij huisartsen kan de stigmatisering, die momenteel nog vaak op suïcidepogers rust, verminderen. Iedere suïcidepoging en dus iedere suïcidepogger moet ernstig genomen worden.

■ CENTRA GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

De CGG in de interventieregio's werden gevraagd om beschikbaar te zijn voor consultatief overleg met huisartsen en een snelle instroom van de doelgroep te waarborgen. De CGG van Limburg hebben de voorbije jaren onder impuls van de medewerkers van het Project zelfmoordpreventie, een suïcidepreventiedraaiboek (of protocol) ontwikkeld. De snelle instroom van suïcidepogers na ontslag uit een AZ en correcte communicatie met huisartsen rond risicopatiënten op suïcide, vormt hiervan een onderdeel. De ontwikkeling van een dergelijk protocol is een noodzakelijke voorwaarde voor het welslagen van de strategie.

In de contacten met huisartsen en ziekenhuispersoneel werd de samenwerking met de CGG besproken. We konden vaststellen dat veelal met scepsis werd gereageerd.

De CGG worden nog al eens ervaren als weinig toegankelijk (wegens wachtlijsten) en weinig communicatief en bereid tot overleg. Bovendien blijkt de drempel voor de doelgroep om vervolgzorg op te nemen in een CGG bijzonder hoog. Zelfs in die IZ waar personeelsleden van de CGG een psychiatrische(liaison)functie uitoefenen, blijft een verwijzing naar de CGG zeer moeilijk te realiseren.

Bij de ontwikkeling van een klinisch pad in het ziekenhuis is het noodzakelijk om externe diensten (ondermeer dus CGG) te betrekken en samenwerkingsafspraken te maken.

5.3 KRITISCHE SUCCESFACTOREN

De hieronder beschreven punten moeten gezien worden als een aantal voorwaarden waaraan moet voldaan zijn om een bredere implementatie van de verwijstrategie succesvol te laten verlopen. In de huidige situatie zijn deze elementen vaak niet of onvoldoende gerealiseerd.

1. Klinisch pad AZ

Het algemeen ziekenhuis moet beschikken over een uitgetekend klinisch pad. Dit klinisch pad verzekert dat zorgprocessen naadloos bij elkaar aansluiten en dat ontslagmanagement en rapportage standaard geregeld is. Kritisch punt is snelle rapportage wanneer patiënten snel het ziekenhuis verlaten (eventueel reeds vanuit de spoedafdeling) én consequent bijvoegen van ‘flyer’. Afspraken met hulpverleners die instaan voor vervolgzorg worden gemaakt (vb CGG, CLB, PZ, PAAZ AZ, huisarts,...). De inzet van één centrale figuur, die gesteund wordt door directie en verantwoordelijke artsen, is hierbij van belang.

2. Deskundigheid ziekenhuispersoneel

Het ziekenhuispersoneel beschikt over voldoende kennis en correcte attitudes voor de opvang van suïcidepogers en hun familie.

3. Motiveren opnemen vervolgzorg

Ziekenhuispersoneel moet patiënt én omgeving motiveren voor het realiseren van een contact met de huisarts binnen de week na ontslag. Dit kan bevorderd worden door aan de patiënt voor te stellen de huisarts te contacteren voor medicatievoorschriften en ziekteverlof.

4. Medewerking huisartsen.

De medewerking van huisartsen wordt verzekerd via informatie- en overlegsessies.

Huisartsvertegenwoordigers worden betrokken bij de ontwikkeling van het klinisch pad in het ziekenhuis. In huisartsenkringen en LOK's wordt een bijscholingsaanbod gedaan en toelichting gegeven bij de beschikbare elektronische helpdesk.

De strategie ‘out-reaching’ is bekend en wordt door huisartsen gevaloriseerd als een volwaardige hulpverleningsstrategie.

5. Medewerking CGG

De CGG hebben een protocol waarbij de snelle instroom van de doelgroep wordt gegarandeerd, evenals rapportage aan huisartsen. Ze zijn beschikbaar voor overleg met personeel AZ én huisartsen. Het is aangewezen om obstakels die het gebruik van dit verwijskanaal blokkeren, te onderzoeken en zo mogelijk op te heffen.

6. Projectbegeleiding

Er moet personeel beschikbaar zijn dat het project introduceert en opvolgt bij de verschillende partners. Dit personeel vormt een cruciale verbinding tussen alle partners en is beschikbaar voor deskundigheidsbevordering.

5.4 VERGELIJKING BUITENLANDS ONDERZOEK

Out-reaching programma's blijken beloftevol te zijn en worden momenteel in verschillende landen uitgetest. Gemeenschappelijk in alle out-reachingprogramma's is dat de hulpverlener die aan out-reaching doet, niet zélf de vervolgzorg verstrekt, maar eerder instaat voor het motiveren van de patiënt om een vervolgzorgprogramma te volgen. Binnen de verschillende programma's worden echter diverse hulpverleners ingezet om de taak van out-reaching op zich te nemen (verpleegsters, sociaal werkers, ...). In een gecontroleerde studie, uitgevoerd in Groot-Brittannië, werden huisartsen ingezet om patiënten na hun ontslag uit het ziekenhuis omwille van een suïcidepoging, te benaderen. De interventie bestond er in dat huisartsen (uit de interventiegroep) vanwege de onderzoekers enerzijds geschreven guidelines met betrekking tot risico-inschatting en management van suïcidaal gedrag kregen toegestuurd en anderzijds een brief voor de patiënt waarin deze laatste werd opgeroepen voor een consult bij de huisarts (Bennewith et al., 2002).

Ook in het hier beschreven project hebben we ervoor gekozen om de taak van out-reaching aan de huisarts toe te bedelen. De vraag stelt zich bijgevolg in hoever het voorgenoemde buitenlandse programma kan overgenomen worden in en vertaald worden naar de Vlaamse situatie. Een dergelijke vraag is echter niet eenvoudig te beantwoorden, temeer omdat de in Groot-Brittannië uitgeteste strategie niet tot de verwachte effecten heeft geleid in termen van recidivepreventie (Bennewith et al., 2002).

Om te beginnen is het vooralsnog niet duidelijk of de Vlaamse situatie vergelijkbaar is met de situatie in Groot-Brittannië. Onderzoeken die uitgevoerd zijn in Groot-Brittannië, hebben uitgewezen dat 53% tot 67% van de suïcidepogers hun huisarts binnen de maand na de poging consulteerden (Gorman & Masterton, 1990; Gunnell et al., 2002; Houston et al., 2003), 31% deed dit zelfs binnen één week na de poging (Gunnell et al., 2002).

Algemene cijfers in Vlaanderen met betrekking tot het spontaan consulteren van de huisarts door de suïcidepogers na ontslag uit het AZ zijn niet bekend.

Vanuit de onderzoeksgegevens van het hier beschreven project, weten we dat binnen de controlegroep 46% van de patiënten hun huisarts consulteerden binnen de 2 weken. Vanwege het beperkte aantal subjecten in de controlegroep, is dit echter geen betrouwbaar gegeven.

Verder is ook de inhoud en opzet van het in Groot-Brittannië uitgeteste out-reachingprogramma niet zondermeer vergelijkbaar met de door ons uitgeteste verwijfsstrategie. Een aantal verschillen zijn direct observeerbaar:

1. In de studie uitgevoerd door Gunnell et al. (2002) gebeurde de rapportage aan de huisarts door de onderzoekers en kregen de patiënten een brief vanwege de huisarts waarin ze uitgenodigd werden voor een consult. Wij kozen ervoor om de verantwoordelijkheid voor het informeren van de huisarts en het motiveren van de patiënt om contact op te nemen met de huisarts, bij het AZ te leggen, omdat zowel de initiatiefnemers van het project (de suïcidepreventiewerkgroep) als de huisartsen dit een noodzaak vinden en het als standaardprocedure willen gerealiseerd zien. De huisartsen konden zélf beslissen hoe ze de patiënt zouden contacteren indien deze laatste zelf geen initiatief had genomen.
2. In GB beschikt men (in tegenstelling met Vlaanderen) over een registratieregister van suïcidepogers, welke door de onderzoekers kon ingezien worden. Een grote onderzoeksgroep kon aldus bereikt worden. Binnen ons project was de instroom van patiënten in het onderzoek beperkt. Deze instroom was immers volledig afhankelijk van de inzet van de ziekenhuizen inzake rekrutering en de bereidwilligheid van de patiënten om deel te nemen aan dit onderzoek.
3. In de door ons uitgeteste verwijfsstrategie was de inhoud van de flyer een centraal gegeven. De 'guidelines' die werden aangeboden in de 'flyer' waren echter zeer summier, vergeleken met de guidelines die in het voornoemde project in Groot-Brittannië werden verspreid. Via de website waarnaar in de flyer verwezen werd en het aanbod voor consultatief overleg met CGG-medewerkers, konden huisartsen meer uitgebreide en specifieke informatie opvragen. Uit het beperkt aantal reacties dat we gekregen hebben op de bevraging bij huisartsen, konden we afleiden dat zij zeer weinig gebruik maakten van deze additioneel aangeboden ondersteuningsmogelijkheden.

EPILOOG

Reeds in de loop van het besproken project werd duidelijk dat een verbetering van de hulpverlening aan suïcidepogers gedeeltelijk afhankelijk was van de kwaliteit van de opvang van deze patiënten in het ziekenhuis. In februari 2004 stelde de overheid dan ook voor om te onderzoeken of een tweede strategie, goedgekeurd ten tijde van de Gezondheidsconferentie “Preventie van depressie en zelfmoord” kon uitgetest worden in de deelnemende ziekenhuizen in Limburg. De strategie behelst de ontwikkeling van een instrument voor psychosociale opvang en evaluatie van suïcidepogers in het algemeen ziekenhuis en het uittesten ervan in de klinische praktijk. Het heeft tot doel ervoor te zorgen dat bij elke suïcidepogener een gedegen opvang gebeurt. De opvang behelst ondermeer een correcte inschatting van risico op recidieven en suïcide, een evaluatie van de zorgbehoeften en een goede toegeleiding naar vervolgzorg.

De deelnemende ziekenhuizen reageerden allen positief op dit nieuwe initiatief. Ook dit project impliceert dat zorgprocessen goed bij elkaar aansluiten, dat er intern en extern een goede communicatie gevoerd wordt; met andere woorden dat een klinisch pad uitgewerkt is. Momenteel werken vijf algemene ziekenhuizen uit het eerste project mee, een zesde ziekenhuis stapte ook in. Dit betekent dat nu zes algemene ziekenhuizen in Limburg zich inzetten om zowel de opvang in het ziekenhuis, als het ontslagmanagement en de communicatie met huisartsen te optimaliseren. De ‘flyerstrategie’ wordt overal toegepast en de huisartsen in alle regio’s zijn geïnformeerd. De ‘flyer’ werd recent aangepast (zie bijlage 15). Zowel in de voormalige controleziekenhuizen als in het laatst vernoemde ziekenhuis wordt momenteel gewerkt aan de ontwikkeling van een klinisch pad. In 1 voormalig CZ werd een werkgroep geïnstalleerd met vertegenwoordigers intern en extern aan het ziekenhuis. De werkzaamheden die reeds geleverd werden in een IZ, zijn inspirerend voor de andere ziekenhuizen.

Dit tweede project vereist training van het ziekenhuispersoneel in het gebruik van het nieuwe instrument. De informatie- en vormingssessies tijdens het nu afgesloten project werpen hun vruchten af. De huidige trainingen kunnen hier op verder bouwen.

In 6 AZ in Limburg, die in hun werkingsgebied bijna de ganse provincie bestrijken, worden op een geïntegreerde wijze 3 strategieën toegepast: recidivepreventie in samenwerking met huisartsen, uittesten van het instrument psychosociale evaluatie en opvang en deskundigheidsbevordering bij huisartsen via sessies in HAK en LOK’s en via de link naar de elektronische helpdesk op de ‘flyer’. Een zevende ziekenhuis (voormalig IZ) blijft verder werken met de ‘flyer’ en werkt aan deskundigheidsbevordering van het personeel en het op punt zetten van het klinisch pad.

REFERENTIELIJST

- Arensman, E., Kerkhof, A. J. F. M., Dirkzwanger, A., Verduin, C., Bille-Brahe, U., Crepet, P., De Leo, D., Hawton, K., Hjelmeland, H., Lönnqvist, J., Michel, K., Querejeta, I., Salander-Renberg, E., Schmidtke, A., Temesvary, B., & Wasserman, D. (2003). *Prevalence and risk factors for repeated suicidal behaviour: Results from the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide, 1989-1992*.
- Arensman, E., Townsend, E., Hawton, K., Bremner, S., Feldman, E., Goldney, R., Gunnell, D., Hazell, P., van Heeringen, K., House, A., Owens, D., Sakinofsky, I., & Traskman-Bendz, L. (2001). Psychosocial and pharmacological treatments for deliberate self-harm: the methodological issues involved in evaluating effectiveness. *Suicide and Life Threatening Behaviour*, *31*(2), 169-180.
- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1988). *Manual for the Beck Hopelessness Scale*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Bennewith, O., Gunnell, D., Peters, T. J., Hawton, K., & House, A. (2004). Variations in the hospital management of self harm in adults in England: observational study. *British Medical Journal*, *328*, 1108-1109.
- Bennewith, O., Stocks, N., Gunnell, D., Evans, M. O., & Sharp, D. J. (2002). General practice based intervention to prevent repeat episodes of deliberate self harm: cluster randomised controlled trial. *British Medical Journal*, *25*(342), 1254-1257.
- Bossuyt, N., & Van Casteren, V. (2001). *Resultaten van de registratie door de huisartsenpeilpraktijken* [Internet]. Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid. Retrieved 24th November, 2005, from the World Wide Web: <http://www.wvc.vlaanderen.be/gezondheidsindicatoren>
- Brown, G. K. *A Review of Suicide Assessment Measures for Intervention Research with Adults and Older Adults*. Unpublished manuscript, Philadelphia.
- Cedereke, M., Monti, K., & Öjehagen, A. (2002). Telephone contact with patients in the year after a suicide attempt: does it affect treatment attendance and outcome? A randomised controlled study. *Eur. Psychiatry*, *17*(2), 82-91.
- Cooper, J., Kapur, N., Webb, R., lawlor, M., Guthrie, E., Mackway-Jones, K., & Appleby, L. (2005). Suicide after deliberate self-harm: A 4-year cohort study. *American Journal of Psychiatry*, *162*(2), 297-303.
- De Clerck, S., Mertens, T., Manshoven, J., Vanhove, R., & Vinck, J. (2005). Epidemiologische aspecten van suïcidaal gedrag in Vlaanderen - 1990-2001. *Artikel aangeboden voor publicatie*.
- De Leo, D., Bille-Brahe, U., Kerkhof, A. J. F. M., & Schmidtke, A. (Eds.). (2004). *Suicidal Behaviour: Theories and Research Findings*. Göttingen: Hogrefe & Huber Publishers.
- De Leo, D., Dello Buono, M., & Dwyer, J. (2002). Suicide among the elderly: the long-term impact of a telephone support and assessment intervention in northern Italy. *British Journal of Psychiatry*, *181*, 226-229.

- Dillen, C., De Ruyter, B., & Cosyns, P. (1999). Zelfmoordpogingen in Vlaanderen: een multicentrumstudie. *Tijdschrift voor Geneeskunde*, 55(2), 88-95.
- Gaillard, A. W. K. (1996). *Stress, produktiviteit en gezondheid*. Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds.
- Goldberg, D. P., & Williams, P. (1988). *A users guide to the General Health Questionnaire*. Windsor: Nfer Nelson.
- Gorman, G., & Masterton, G. (1990). General practice consultation patterns before and after intentional overdose: a matched control study. *The British journal of general practice*, 40(332), 102-105.
- Gunnell, D., Bennewith, O., Peters, T. J., Stocks, N., & Sharp, D. J. (2002). Do patients who self-harm consult their general practitioner soon after hospital discharge? A cohort study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 37(12), 599-602.
- Haw, C., Hawton, K., Houston, K., & Townsend, E. (2001). Psychiatric and personality disorders in deliberate self-harm patients. *British Journal of Psychiatry*, 178(1), 48-54.
- Hawton, K., Townsed, E., Arensman, E., Gunnell, D., Hazell, P., House, A., & van Heeringen, K. (2000). Psychosocial versus pharmacological treatments for deliberate self harm. *Cochrane Database Systematic Review*, 2, CD001764.
- Hawton, K., & van Heeringen, K. (Eds.). (2000). *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*. West Sussex: John Wiley & Sons, Ltd.
- Hawton, K., & Zahl, B. A. (2003). Suicide following deliberate self-harm: Long-term follow-up of patients who presented to a general hospital. *British Journal of Psychiatry*, 182, 537-542.
- Hepp, U., Wittman, L., Schnyder, U., & Michel, K. (2004). Psychological and Psychosocial Interventions After Attempted Suicide. *Crisis*, 25(3), 108-117.
- Hickey, L., Hawton, K., Fagg, J., & Weitzel, H. (2001). Deliberate self-harm patients who leave the accident and emergency department without a psychiatric assessment. A neglected population at risk of suicide. *Journal of Psychosomatic Research*, 50, 87-93.
- Houston, K., Haw, C., Townsed, E., & Hawton, K. (2003). General practitioner contacts with patients before and after deliberate self harm. *British Journal of General Practice*, 53, 365-370.
- Huizingh, E. (2001). *Inleiding SPSS 9.0 Voor Windows en Data Entry*. Schoonhoven: Academic Service.
- Hvid, M., & Wang, A. G. (2005). *Suicidal behavior can be reduced by intervention*. Paper presented at the 4th International Meeting on Suicide: Interplays of Genes and Environment, Gent.
- Isometsä, E., & Lönnqvist, J. (1998). Suicide attempts preceding completed suicide. *British Journal of Psychiatry*, 173, 531-535.
- Isometsä, E. T., Aro, H. M., Henriksson, M. M., Heikkinen, M. E., & Lönnqvist, J. K. (1994). Suicide in major depression in different treatment settings. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55(12), 523-527.
- Kaplan, M. S., Adamek, M. E., & Rhoades, J. A. (1998). Prevention of elderly suicide. Physicians' assessment of firearm availability. *American Journal of Preventive Medicine*, 15(1), 60-64.

- Kerkhof, A. J. F. M., & Arensman, E. (2004). Repetition of Attempted Suicide: Frequent, but Hard to Predict. In A. Schmidtke (Ed.), *Suicidal Behaviour: Theory and Research Findings* (pp. 111-124). Göttingen: Hogrefe & Huber Publishers.
- Koeter, M. W. J., & Ormel, J. (1991). *General Health Questionnaire: Nederlandse bewerking*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Links, P., Balchand, K., Dawe, I., & Watson, W. (1999). Preventing recurrent suicidal behavior. *Can. Fam. Physician, 45*, 2656-2660.
- Luoma, J. B., Martin, C. E., & Pearson, J. L. (2002). Contact With Mental Health and Primary Care Providers before Suicide: A review of the Evidence. *American Journal of Psychiatry, 159*(6), 909-916.
- Marusic, A. (2005). *When suicidal genes meet suicidal environments*. Paper presented at the 4th International Meeting on Suicide: Interplays of Genes and Environment, Gent.
- McAllister, M., Creedy, D., Moyle, W., & Farrugia, C. (2002). Nurses' attitudes towards clients who self-harm. *Journal of Advanced Nursing, 40*(5), 578-586.
- Moens, G., Capet, F., Aelvoet, W., Van Oyen, H., Drieskens, S., & Van Casteren, V. (1999). De recente evolutie van suïcidaal gedrag in Vlaanderen. *Tijdschrift voor Geneeskunde, 55*(2), 96-104.
- Morgan, H. G., Jones, E. M., & Owen, J. H. (1993). Secondary prevention of non-fatal deliberate self-harm. The green card study. *British Journal of Psychiatry, 163*, 111-112.
- Motto, J. A., & Bostrom, A. G. (2001). A randomized controlled trial of postcrisis suicide prevention. *Psychiatric Services, 52*(6), 828-833.
- Owens, D., Horrocks, J., & House, A. (2002). Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review. *British Journal of Psychiatry, 181*, 193-199.
- Portzky, G., & van Heeringen, K. (2001). *Het stillen van de pijn. Over preventie van suïcide*. Diegem: Kluwer.
- Schulberg, H. C., Bruce, M. L., Lee, P. W., Williams, J. W., & Dietrich, A. J. (2004). Preventing suicide in primary care patients: the primary care physician's role. *General Hospital Psychiatry, 26*, 337-345.
- Stenager, E., & Jensen, K. (1994). Attempted suicide and contact with the primary health authorities. *Acta Psychiatrica Scandinavia, 90*(2), 109-113.
- Townsend, E., Hawton, K., Altman, D. G., Arensman, E., Gunnell, D., Hazell, P., House, A., & van Heeringen, K. (2001). The efficacy of problem-solving treatments after deliberate self-harm: meta-analysis of randomized controlled trials with respect to depression, hopelessness and improvement in problems. *Psychological Medicine, 31*(6), 979-988.
- van Heeringen, K. (2000). Multidisciplinary approaches to the management of suicidal behaviour. In K. van Heeringen (Ed.), *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide* (pp. 571-581). Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.

- van Heeringen, K. (2002). *De epidemiologie van zelfmoordpogingen in de regio Groot Gent in 2000* [Internet]. Vlaamse Overheid - Administratie Gezondheidszorg. Retrieved, 2002, from the World Wide Web: <http://www.wvc.vlaanderen.be/gezondheidsindicatoren/>
- van Heeringen, K., Audenaert, K., Bernagie, K., Portzky, G., Scoliers, G., De Munck, S., & Van Rijsselberghe, L. (2003a). *Zelfmoordpogingen Gent* [Internet]. Eenheid voor zelfmoordonderzoek. Retrieved 24th November, 2005, from the World Wide Web: <http://users.ugent.be/~cvheerin/Zelfmoordpogingen%20Gent.html>
- van Heeringen, K., Audenaert, K., Bernagie, K., Portzky, G., Scoliers, G., De Munck, S., & Van Rijsselberghe, L. (2003b). *Zelfmoordpogingen Vlaanderen* [Internet]. Eenheid voor zelfmoordonderzoek. Retrieved 24th November, 2005, from the World Wide Web: <http://users.ugent.be/~cvheerin/Zelfmoordpogingen%20Vlaanderen.html>
- van Heeringen, K., Hawton, K., & Williams, J. M. G. (2000). Pathways to Suicide: an Integrative Approach. In K. van Heeringen (Ed.), *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide* (pp. 223-234). Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.
- van Heeringen, K., Jannes, S., Buylaert, W., Henderick, H., De Bacquer, D., & Van Remoortel, J. (1995). The management of non-compliance with out-patient aftercare among attempted suicide patients: a controlled intervention study. *Psychological Medecine*, 25(5), 963-970.
- van Heeringen, K., & Kerkhof, A. J. F. M. (2000). *Behandelingsstrategieën bij suïcidaliteit*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu van Loghum.
- van Heeringen, K., Portzky, G., & Audenaert, K. (2004). The Psychobiology of Suicidal Behaviour. In A. Schmidtke (Ed.), *Suicidal Behaviour: Theories and Research Findings* (pp. 61-66). Göttingen: Hogrefe & Huber Publishers.
- Van Rijsselberghe, L., Scoliers, G., & van Heeringen, K. (2003). *De Epidemiologie van zelfmoordpogingen in Vlaanderen: Jaarverslag 2003*. Gent: Eenheid voor Zelfmoordonderzoek, UZ Gent.
- Van Rijsselberghe, L., Scoliers, G., & van Heeringen, K. (2004). *De Epidemiologie van zelfmoordpogingen in Vlaanderen: Jaarverslag 2004*. Gent: Eenheid voor Zelfmoordonderzoek, UZ Gent.
- Verhoogen, R. (1996). *Intern Vormingspakket stress* (Syllabus). Heverlee: Interbedrijfsgeneeskundige Dienst voor Werkgevers IDEWE.
- Verwey, B., & Kerkhof, A. J. F. M. (2000). De opvang van suïcidepogers in het algemeen ziekenhuis. In A. J. F. M. Kerkhof (Ed.), *Behandelingsstrategieën bij suïcidaliteit* (pp. 138-147). Houten/Diegem: Bohn Stafleu van Loghum.
- Verwey, B., Koopmans, G. T., Opmeer, B. C., Zitman, F. G., & Huyse, F. J. (1997). Richtlijnen en naleving daarvan bij de psychiatrische opvang van suïcidepogers in algemene ziekenhuizen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 141(27), 1338-1341.

- Vivekananda, K. (2000). Integrating models for understanding self-injury. *Psychotherapy in Australia*, 7, 18-25.
- Vlaamse Overheid - Administratie Gezondheidszorg. (2001). *Gezondheidsindicatoren 2001* [Internet]. Retrieved, from the World Wide Web: <http://www.wvc.vlaanderen.be/gezondheidsindicatoren/>
- Watson, D., Clark, L. A., & Carey, G. (1988). Positive and negative affectivity and their relation to anxiety and depressive disorders. *Journal of abnormal psychology*, 97(3), 346-353.
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063-1070.
- World Health Organisation. (2004, June 2004). *Suicide rates per 100.000 by country, year and sex* [Internet]. World Health organisation. Retrieved 24th november, 2005, from the World Wide Web: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/charts/en/

BIJLAGEN

Bijlage 1: Flyer (versie voor regio Tongeren)

Bijlage 2: Informed consent (voor volwassene en minderjarige)

Bijlage 3: Nieuwsbrieven

Bijlage 4: Brief aan huisartsen in regio Maas en Kempen

Bijlage 5: Enquête ‘Samenwerking ziekenhuizen - huisartsen’

Bijlage 6: Enquête ‘Opvang suïcidepogers in een algemeen ziekenhuis’

Bijlage 7: Identificatieformulier

Bijlage 8: 1^{ste} follow-up: stramien telefonisch contact

Bijlage 9: 1^{ste} follow-up: schriftelijke bevraging

Bijlage 10: Powerberekeningen

Bijlage 11: Stramien evaluatie- en terugkoppelingsmoment in ziekenhuizen

Bijlage 12: Procesvragen ziekenhuizen

Bijlage 13: Vragenreeks voor huisartsen

Bijlage 14: Registratieformulier ziekenhuizen

Bijlage 15: Aangepaste flyer

BIJLAGE 1: FLYER (VERSIE VOOR REGIO TONGEREN)

Recidiefpreventie suïcidepogingen in samenwerking met huisartsen

Geachte Dokter,

Eén van uw patiënten heeft recent een suïcidepoging ondernomen. Omdat onomstotelijk is vastgesteld dat een suïcidepoging het risico van suïcide sterk verhoogt, is de opvang en behandeling na een suïcidepoging van groot belang. Het is echter ook bekend dat suïcidepogers slechts in relatief beperkte mate gevolg geven aan een verwijzing voor nazorg. De huisarts kan een belangrijke rol spelen in het opvolgen en motiveren van zijn of haar patiënt voor nazorg. Om deze reden willen wij U verzoeken uw patiënt die omwille van een suïcidepoging in ons ziekenhuis werd behandeld, te contacteren binnen de twee weken na ontslag. Vanuit het ziekenhuis werd aan de patiënt voorgesteld dat hij/zij zelf een afspraak maakt, indien de patiënt dit initiatief niet neemt, stellen we voor dat U alsnog contact legt.

In het contact met de patiënt kunnen volgende zaken aan bod komen:

- Maak duidelijk dat U als huisarts beschikbaar bent voor de patiënt en zijn omgeving (nu en in de toekomst bij mogelijke crisis) en dat U hen wil uitnodigen om te bespreken hoe het nu verder gaat.
- Inventariseer of er momenteel tekens zijn van psychopathologisch functioneren: (depressie, persoonlijkheidsstoornis, psychose, middelenmisbruik of andere) en breng gerichte hulpverlening op gang (of ondersteun deze wanneer reeds aangevat).
- Zijn er momenteel nog gevoelens van hopeloosheid?
- Zijn er nog zelfmoordgedachten, plannen?
- Heeft de patiënt alternatieve oplossingen om met zijn problemen om te gaan?
- Ondervindt hij/zij hierbij steun van de omgeving?
- Heeft de patiënt nood aan hulp bij dit probleem: professionele hulp, hulp uit de omgeving? Heeft hij reeds contact gehad met hulpverleners uit de geestelijke gezondheidszorg? Zo ja, welke? Wat waren de ervaringen?
- Afhankelijk van Uw bevindingen beslist U, in overleg met de patiënt, welke verdere opvolging wenselijk is.

Meer informatie over de nazorg van suïcidepogers: inschatten van risico op recidief en management door de huisarts, de opvang van suïcidale patiënten in het algemeen en over het Project Zelfmoordpreventie van de CGG en adressen vindt U op de website: <http://users.skynet.be/oase/suicide1.html>.

Voor consultatief overleg kan U onder andere terecht bij de medewerkers van de CGG's uit de regio. CGG VVGZ Tongeren Putstraat 7 tel. 012 234491. Indien U een verwijzing voor nazorg naar één van deze diensten wil doen, gelieve zelf contact op te nemen zodat een snelle instroom kan gerealiseerd worden.

Hoogachtend,

R. Vanhove
Voorzitter Suïcidepreventiewerkgroep Limburg

*De Werkgroep Suïcidepreventie Limburg bestaat uit vertegenwoordigers van het SPIL (Samenwerking Psychiatrische Initiatieven Limburg) en de Limburgse Preventieve Gezondheidsraad en werd opgericht op initiatief van het Project Zelfmoordpreventie van de CGG Limburg. Deze preventiestrategie werd goedgekeurd door de Gezondheidsconferentie "Preventie van depressie en zelfmoord in 2002" en is voorwerp geweest van wetenschappelijk onderzoek in de periode mei 2004 tot april 2005. De resultaten van dit onderzoek zullen beschikbaar zijn in januari 2006.
Meer info: Projectmedewerkster CGG: Rita Vanhove, Dienst Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg Kapelstraat 67 3290 Lommel. tel: 011 54 23 62, email: rita.vanhove@dagg-cgg.be

BIJLAGE 2: INFORMED CONSENT VOOR MINDERJARIGE EN VOLWASSENE

(exemplaar voor interventieziekenhuizen⁶)



Geachte,

Momenteel loopt in samenwerking tussen [naam ziekenhuis] en de Onderzoeksgroep Gezondheidspsychologie van het Limburgs Universitair Centrum een onderzoek rond het ontslag uit het ziekenhuis na een crisisopname en de opvang die volgde na ontslag.

Graag hadden wij hiervoor de medewerking gevraagd van u en uw kind.

Het onderzoek houdt in dat [naam ziekenhuis] de medewerkers van het project in het Limburgs Universitair Centrum op de hoogte brengt van de datum waarop de patiënt uit het ziekenhuis ontslagen werd, en dat de onderzoekers daarna tweemaal contact opnemen voor een gesprek met de patiënt. Een eerste keer kort telefonisch na twee weken, en een tweede keer uitgebreider en persoonlijk na 6 maanden.

Tijdens deze gesprekken worden enkele vragen gesteld over de periode na ontslag: hoe voelt de patiënt zich, hoe kijkt de patiënt naar de toekomst, Tijdens het tweede contact, na 6 maanden, wordt ook gevraagd enkele korte vragenlijsten in te vullen. Geen van beide contacten heeft de bedoeling hulpverlenend te zijn.

Vanzelfsprekend zullen alle dingen die de patiënt ons vertelt en de antwoorden die gegeven worden op onze vragen vertrouwelijk behandeld worden, en krijgen personen niet betrokken bij het onderzoek nooit inzage in de persoonlijke informatie. Uw gegevens worden in geen enkel geval doorgegeven en worden behandeld onder volstrekte geheimhouding.

De resultaten van de studie zullen in medische of wetenschappelijke tijdschriften gepubliceerd worden, maar uw identiteit zal niet worden bekendgemaakt. Het medische geheim en de wettelijke vereisten, in verband met de bescherming van de persoonlijke levenssfeer (conform de Belgische wet van 8 december 1992) en de rechten van de patiënt (conform de wet van 22 augustus 2002), zullen nageleefd worden.

De resultaten zullen het mogelijk maken het ontslag uit het ziekenhuis na crisisopname te optimaliseren. Het bevorderen van het welzijn van de patiënt en de preventie van een nieuwe crisis zijn hierbij de centrale doelstellingen.

Indien u en uw kind bereid zijn mee te werken aan dit onderzoek, verzoeken wij u om op het toestemmingsformulier op de achterzijde uw namen te noteren en aan te kruisen wat van toepassing is.

Na ondertekening kan u dit formulier dan vóór uw ontslag uit het ziekenhuis terugbezorgen aan het verplegend personeel.

Wij wensen u in ieder geval een spoedig herstel.
Alvast bedankt, namens medewerkers van het LUC en het ziekenhuis.

⁶ De informed consentformulieren die gebruikt werden in de controleziekenhuizen bevatten niet laatste toestemmingsitem, namelijk de toelating om huisarts te informeren over de crisisopname

Toestemmingsformulier

Ik, (naam van de minderjarige), ben bereid mee te werken aan het onderzoek zoals verder aangeduid staat.

Ik,, geef als vader/moeder/voogd/..... (schrappen wat niet past) van bovenvermelde minderjarige, hem / haar de toestemming mee te werken aan het onderzoek zoals verder aangeduid staat.

- Wij geven hierbij aan [naam ziekenhuis] de toelating om de identificatiegegevens van de jongere, zijnde naam, adres, telefoonnummer, en leeftijd door te geven aan de onderzoekers.
- Wij geven de toelating aan de onderzoekers om hem / haar te contacteren 2 weken en 6 maanden na ontslag uit het ziekenhuis voor deze crisisopname.
- Wij geven aan [naam ziekenhuis] daarenboven de toelating om een beperkt verslag over deze crisisopname door te geven aan de onderzoekers. Dit verslag omvat: ernst lichamelijk letsel, gebruikt middel bij suïcidepoging en de naam van uw huisarts.
- Wij geven aan [naam ziekenhuis] de toelating om onze huisarts te informeren over deze crisisopname.

Het onderzoek werd voldoende uitgelegd en het is voor ons duidelijk wat medewerking aan het onderzoek inhoudt.

Ik verklaar te weten dat ik op gelijk welk moment onze medewerking aan dit onderzoek kan stopzetten.

Handtekening meerderjarige,
.....

Handtekening minderjarige,
.....

Relatie tot minderjarige:.....

Geachte,

Momenteel loopt in samenwerking tussen [naam ziekenhuis] en de onderzoeksgroep Gezondheidspsychologie van het Limburgs Universitair Centrum een onderzoek rond het ontslag uit het ziekenhuis na een crisisopname en de opvang die volgde na ontslag.

Graag hadden wij hiervoor uw medewerking gevraagd.

Het onderzoek houdt in dat [naam ziekenhuis] de medewerkers van het project in het Limburgs Universitair Centrum op de hoogte brengt van de datum waarop u uit het ziekenhuis ontslagen werd, en dat de onderzoekers daaropvolgend tweemaal contact met u opnemen voor een gesprek. Een eerste keer kort telefonisch na twee weken, en een tweede keer uitgebreider en persoonlijk na 6 maanden.

Tijdens deze gesprekken worden enkele vragen gesteld over de periode na ontslag: hoe voelt u zich, hoe kijkt u naar de toekomst, Tijdens het tweede contact, na 6 maanden, wordt ook gevraagd enkele korte vragenlijsten in te vullen.

Geen van beide contacten heeft de bedoeling hulpverlenend te zijn.

Vanzelfsprekend zullen alle gegevens strikt vertrouwelijk behandeld worden, en krijgen personen niet betrokken bij het onderzoek nooit inzage in de persoonlijke informatie. Uw gegevens worden in geen enkel geval doorgegeven en worden behandeld onder volstrekte geheimhouding.

De resultaten van de studie zullen in medische of wetenschappelijke tijdschriften gepubliceerd worden, maar uw identiteit zal niet worden bekendgemaakt. Het medische geheim en de wettelijke vereisten, in verband met de bescherming van de persoonlijke levenssfeer (conform de Belgische wet van 8 december 1992) en de rechten van de patiënt (conform de wet van 22 augustus 2002), zullen nageleefd worden.

De resultaten zullen het mogelijk maken het ontslag uit het ziekenhuis na crisisopname te optimaliseren. Het bevorderen van het welzijn van de patiënt en de preventie van een nieuwe crisis zijn hierbij de centrale doelstellingen.

Indien u bereid bent mee te werken aan dit onderzoek, verzoeken wij u om op het toestemmingsformulier op de achterzijde uw naam te noteren en aan te kruisen wat van toepassing is.

Na ondertekening kan u dit formulier dan vóór uw ontslag uit het ziekenhuis terugbezorgen aan het verplegend personeel.

Wij wensen u in ieder geval een spoedig herstel.
Alvast bedankt, namens medewerkers van het LUC en het ziekenhuis.

Toestemmingsformulier

Ik, (naam) ben bereid mee te werken aan het onderzoek zoals verder aangeduid staat.

- Ik geef hierbij aan [naam ziekenhuis] de toelating om mijn identificatiegegevens, zijnde naam, adres, en telefoonnummer, door te geven aan de onderzoekers.
- Ik geef de toelating aan de onderzoekers om mij te contacteren 2 weken en 6 maanden na ontslag uit het ziekenhuis voor deze crisisopname.
- Ik geef aan [naam ziekenhuis] daarenboven de toelating om een beperkt verslag over deze crisisopname door te geven aan de onderzoekers. Dit verslag omvat: ernst lichamenlijk letsel, gebruikt middel bij suïcidepoging en de naam van uw huisarts.
- Ik geef aan [naam ziekenhuis] de toelating om mijn huisarts te informeren over deze crisisopname.

Het onderzoek werd voldoende uitgelegd en het is duidelijk wat medewerking aan het onderzoek inhoudt.

Ik verklaar te weten dat ik op gelijk welk moment mijn medewerking aan dit onderzoek kan stopzetten.

Handtekening

.....

BIJLAGE3: NIEUWSBRIEVEN

Nieuwsbrief Suïcidepreventie Oktober 2004

Welkom, dit is de eerste nieuwsbrief 'Suïcidepreventie'. De nieuwsbrief is een initiatief van de Suïcidepreventiewerkgroep Limburg en het Limburgs Universitair Centrum in het kader van het onderzoek 'Recidiefpreventie Suïcidepogingen'. Op deze manier willen we alle binnen de ziekenhuizen betrokken personen op regelmatige basis informeren over het onderzoek. Iedere nieuwsbrief belicht daarnaast telkens een ander aspect in het kader van suïcidepreventie.

Centraal in deze nieuwsbrief staan de risicofactoren met betrekking tot suïcide, hoe deze risico's in te schatten en hoe om te gaan met risicopatiënten. Veel leesplezier!

Project Recidiefpreventie Suïcidepogingen

Aan alle Limburgse Algemene Ziekenhuizen werd gevraagd om mee te werken aan het project. Zes ziekenhuizen reageerden positief op deze vraag. Waarvoor onze dank; aan de interventieziekenhuizen voor de grote inspanningen die zij leveren, aan de controleziekenhuizen voor hun inzet in een eerder ondankbare maar even belangrijke rol.

Een suïcidepoging is de meest duidelijke klinische risicofactor voor suïcide. De huisarts kan een motiverende, ondersteunende en overbruggende rol spelen bij de opvang en de nazorg van suïcidepogers die het ziekenhuis verlaten na crisisopname. Binnen het project recidiefpreventie suïcidepogingen gaan we na of de meer systematische inschakeling en ondersteuning van de huisarts leidt tot een betere opvang na ontslag en of hierdoor het welzijn van de patiënt verbetert.

Het is een uniek project voor Limburg. Het project en het daaraan gekoppelde effectonderzoek worden gefinancierd door de Vlaamse Overheid.



ontslag uit het ziekenhuis een contact tussen huisarts en patiënt tot stand komt. De strategie bestaat hierin dat het algemeen ziekenhuis dat als *interventieziekenhuis* meewerkt binnen de week na ontslag een rapport stuurt naar de huisarts naar aanleiding van de opname en/of verzorging in het ziekenhuis van een suïcidepogger. In het ziekenhuis wordt aan de patiënt voorgesteld binnen de week na ontslag de huisarts te contacteren. De huisarts ontvangt naast het rapport een 'flyer' waarin we het belang van de strategie toelichten en enige hulp aanreiken voor de inhoud van een gesprek met de patiënt. Wanneer de patiënt zelf geen initiatief neemt binnen de week na ontslag, wordt gevraagd dat de huisarts dit zou doen (out-reaching). De patiënt geeft voor deze werkwijze "informed consent".

In de ziekenhuizen die als *controle-ziekenhuizen* meewerken hanteert men de ontslagprocedure "as usual".

Deze werkwijze maakt het mogelijk een effectmeting uit te voeren. De effectmeting houdt in dat er op twee momenten contact opgenomen wordt met de patiënten. Een eerste maal twee weken na ontslag uit het ziekenhuis en een tweede maal zes maanden na ontslag uit het ziekenhuis. We hopen een effect te kunnen vaststellen van de ingevoerde strategie.

Voelen patiënten uit interventieziekenhuizen zich beter, functioneren zij beter? Hoe verloopt het contact met de huisarts? Is er een verschil vast te stellen wat betreft recidief tussen beide groepen?

De inzet van de deelnemende ziekenhuizen is zeer belangrijk om een effectmeting mogelijk te maken. Een voldoende aantal suïcidepogers die wensen deel te nemen aan het onderzoek is cruciaal.

Op termijn hopen we de in Limburg uitgeteste en ontwikkelde strategie te introduceren in de rest van Vlaanderen.

Enkele gegevens

De gegevensverzameling in de ziekenhuizen is gestart in mei 2004 en loopt nog tot eind april 2005.

Alle suïcidepogers die zich aanmelden in de deelnemende ziekenhuizen dienen gevraagd te worden om deel te nemen aan het onderzoek. Ze ondertekenen hiervoor een informed consent formulier.

Tot nu toe zijn 40 suïcidepogers bereid om mee te werken aan het onderzoek.

De groep deelnemers bestaat voor 59% uit vrouwen. Mannen vertegenwoordigen 41% van de totale groep deelnemende suïcidepogers.

De gemiddelde leeftijd is 37,3 jaar. Het gaat hier om de leeftijd bij opname in het algemeen ziekenhuis naar aanleiding van de suïcidepoging.

Opnameduur

Er is een grote diversiteit wat betreft de opnameduur van suïcidepogers. Een aantal patiënten verlaten het ziekenhuis vrij snel na de eerste zorgen. Andere patiënten worden langere tijd opgenomen in het ziekenhuis. De opnameduur is natuurlijk mede afhankelijk van de ernst van het lichamenlijk letsel.

De gemiddelde opnameduur bedraagt 5,27 dagen.

Follow-up

Twee weken na ontslag uit het ziekenhuis worden de suïcidepogers telefonisch gecontacteerd door de onderzoeker.

Doel van dit eerste contact is achterhalen of er een contact was tussen huisarts en suïcidepogers tijdens de eerste twee weken na ontslag uit het ziekenhuis.

Deze telefoongesprekken verlopen zeer goed. Men is bereid om te antwoorden op de vragen, de uitleg over het onderzoek die in het ziekenhuis gegeven werd is duidelijk voor de suïcidepogers en ze wensen ook mee te werken aan de follow-up na zes maanden.

Dit zijn dus zeker en vast positieve conclusies!

Wist je dat.....

Zelfmoord vaak overkomt als een donderslag bij heldere hemel, maar dat suïcidale personen bijna altijd (70% van de gevallen) verbale en/of non-verbale signalen geven.

De huisarts slechts zicht heeft op 31% van de suïcidepogingen en de spoedopnamedienst op 93%.

Populaire misvattingen

Naar suïcidegedachten vragen bij personen die in de put zitten kan gevaarlijk zijn, je brengt ze op het idee.

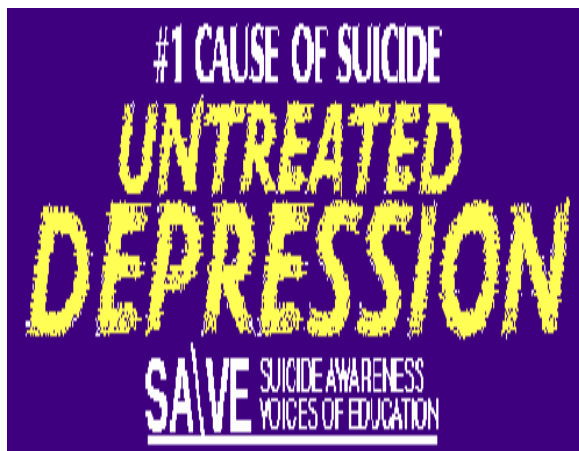
Als iemand dreigt alle pillen in te nemen, heeft het geen zin die pillen af te nemen... dan doen ze gewoon iets anders.

Diegenen die over zelfmoord praten doen het niet.

Risicofactoren voor suicide

Voor een aantal klinische en demografische factoren is er een verband aangetoond met suïcidaal gedrag. Een correcte inschatting van het risico is echter niet eenvoudig.

Wetenschappelijk onderzoek heeft een statistisch verband aangetoond tussen suicide en een aantal individuele kenmerken, waaronder suïcidale ideatie, een voorgeschiedenis van suïcidaal gedrag, familiale belasting, de blootstelling aan bepaalde levensgebeurtenissen en psychiatrische aandoeningen. Hopeloosheid kenmerkt het suïcidaal proces.



Hoe het risico op suicide bepalen?

Het is geen eenvoudige taak om het risico op suicide te bepalen. We trachten toch een aantal richtlijnen te formuleren.

De besluitvorming met betrekking tot het risico op suicide dient in eerste instantie gebaseerd te zijn op twee peilers, namelijk de socio-demografische en klinische kenmerken. Indien op deze basis een vermoeden van het bestaan van suïcidaliteit aanwezig is dient dit geobjectiveerd te worden door middel van een directe vraagstelling naar het bestaan van suïcidale gedachten of suicideverlangens. Iedere uiting van suïcidale ideatie moet ernstig genomen worden en gevolgd worden door maatregelen om de uitvoer van plannen te voorkomen. Indien de directe vraagstelling geen duidelijk uitsluitsel geeft, kan bijkomende informatie ingewonnen worden door gegevens aangaande depressiviteit en hopeloosheid op basis van zelfrapportage (vragenlijsten) te verzamelen.

Stapsgewijze procedure ter bepaling van risico op suicide (van Heeringen)

Stap 1: eerste inventarisatie van Sociodemografische kenmerken:

Leeftijd
Geslacht
Burgerlijke stand
Leefsituatie
Werktoestand

Klinische kenmerken:

Depressie
Schizofrenie
Alcohol- of drugsafhankelijkheid
Persoonlijkheidsstoornissen
Voorgeschiedenis van suïcidaal gedrag
Levensgebeurtenissen

Stap 2: bij vermoeden van bestaan van suïcidale ideatie:

Objectivering door directe vraagstelling

Stap 3: indien twijfel blijft na stap 1 en 2: Bijkomende gegevens op basis van zelfrapportage door middel van:

Depressiviteit (vb vragenlijst Beck)
Hopeloosheid (vb Hopeloosheids-schaal Beck)

Stap 4: indien suïcidale ideatie bestaat: Objectiveer hoe acuut de dreiging is op basis van:

- Ernst van depressiviteit en mate van hopeloosheid
- Recente levensgebeurtenissen
- Isolement
- Mate waarin plannen concreet zijn
- Mate waarin laatste schikkingen getroffen zijn (afscheidsbrief, bezittingen weggeven, ...)
- Recent alcohol- of druggebruik

Enkele interessante publicaties

C. van Heeringen & A. Kerkhof (Eds.) (2000).
Behandelingsstrategieën bij suicidaliteit. Cure &
Care Bohn Stafleu Van Loghum

Verwey, B., Koopmans, G.T., Opmeer, B.C.,
Zitman, F.G., & Huyse, F.J. (1997). Richtlijnen en
naleving daarvan bij de psychiatrische opvang van
suicidepogers in algemene ziekenhuizen.
Nederlands Tijdschrift Geneeskunde, 141; 27;
1338-1342.

www.zelfmoordpreventievlaanderen.be

De volgende nieuwsbrief mag u verwachten half
december!

Deze nieuwsbrief is een publicatie van LUC – SEIN
Limburgs Universitair Centrum
Universitaire Campus, gebouw D
3590 Diepenbeek
tel. 0032-11-268692
fax. 0032-11-268731

Redactie:
Joke Manshoven, joke.manshoven@luc.ac.be
Tinne Mertens, tinne.mertens@luc.ac.be
Rita Vanhove, rvanhove.dagg@planetinternet.be

Nieuwsbrief Suicidepreventie December 2004

Welkom, dit is de tweede nieuwsbrief 'Suidepreventie'. De nieuwsbrief is een initiatief van de Suidepreventiewerkgroep Limburg en het Limburgs Universitair Centrum in het kader van het onderzoek 'Recidiefpreventie Suidepogingen'. Op deze manier willen we alle binnen de ziekenhuizen betrokken personen op regelmatige basis informeren over het onderzoek. Iedere nieuwsbrief belicht daarnaast telkens een ander aspect in het kader van suicidepreventie.

Centraal in deze nieuwsbrief staat het suidaal proces en hoe om te gaan met personen in een suidale crisis. Veel leesplezier!

Project Recidiefpreventie Suidepogingen

De gegevensverzameling in de deelnemende ziekenhuizen loopt nog tot eind april 2005.

Tot nu toe zijn 51 suidepogers bereid om mee te werken aan het onderzoek.

De inzet van de deelnemende ziekenhuizen is zeer belangrijk om een effectmeting mogelijk te maken. Een voldoende aantal suidepogers die wensen deel te nemen aan het onderzoek is cruciaal.

Follow-up

De follow-up, twee weken na ontslag uit het ziekenhuis verloopt goed.

In november zijn we gestart met de tweede follow-up, 6 maanden na ontslag uit het ziekenhuis. De suidepogers worden telefonisch gecontacteerd en gevraagd om verder mee te werken aan het onderzoek.

Er wordt dan een afspraak gemaakt met de suidepogers voor een persoonlijk gesprek.

Tijdens de follow-up na 6 maanden bevragen we het welzijn van de suidepogers, hun psychosociaal functioneren en eventueel recidief. Er worden tevens vragen gesteld over de hulpverlening en over de tevredenheid van de zorg en de nazorg.

Om het psychosociaal functioneren in kaart te brengen maken we gebruik van een aantal betrouwbare en gevalideerde vragenlijsten.

Wist je dat.....

Er bestaan veel foutieve opvattingen over zelfdoding. Wanneer je met zelfdoding in contact komt, is het belangrijk een realistisch beeld te krijgen van de problematiek.

Hieronder staan enkele misvattingen.

Fout

Praten over zelfmoord (gedachten) kan gevaarlijk zijn.

Juist

Praten over zelfmoord is goed en ondersteunend.

Fout

Zelfmoord is een ziekte.

Juist

Zelfmoord is geen ziekte maar het resultaat van ondraaglijk psychisch lijden.

Het suïcidaal proces

Zelfmoord en zelfmoordpogingen worden vaak vooraf gegaan door een suïcidaal proces. Dit proces verloopt gedeeltelijk bewust en gedeeltelijk onbewust. Slecht een gedeelte ervan is zichtbaar voor de omgeving.

Het suïcidaal proces veronderstelt een toenemende suïcidaliteit. Het proces wordt gekenmerkt door de suïcidale gedachten, (telkens terugkerende) suïcidepoging(en) met een in de tijd toenemende graad van suïcidale intentie, planning van pogingen en toenemende letaliteit van de gebruikte methode.

Het suïcidaal proces begint met (vage) gedachten aan zelfdoding. Deze gedachten kunnen dwingender en concreter worden en leiden tot een suïcidaal plan: hoe zal ik het doen, wanneer, met welk middel, Eventueel worden maatregelen getroffen om het plan uit te voeren: medicatie verzamelen, een touw zoeken, gaan kijken naar de spoorweg,

Soms wordt het afscheid voorbereid door bepaalde regelingen te treffen zoals een testament of afscheidsbrief schrijven, dingen weggeven.

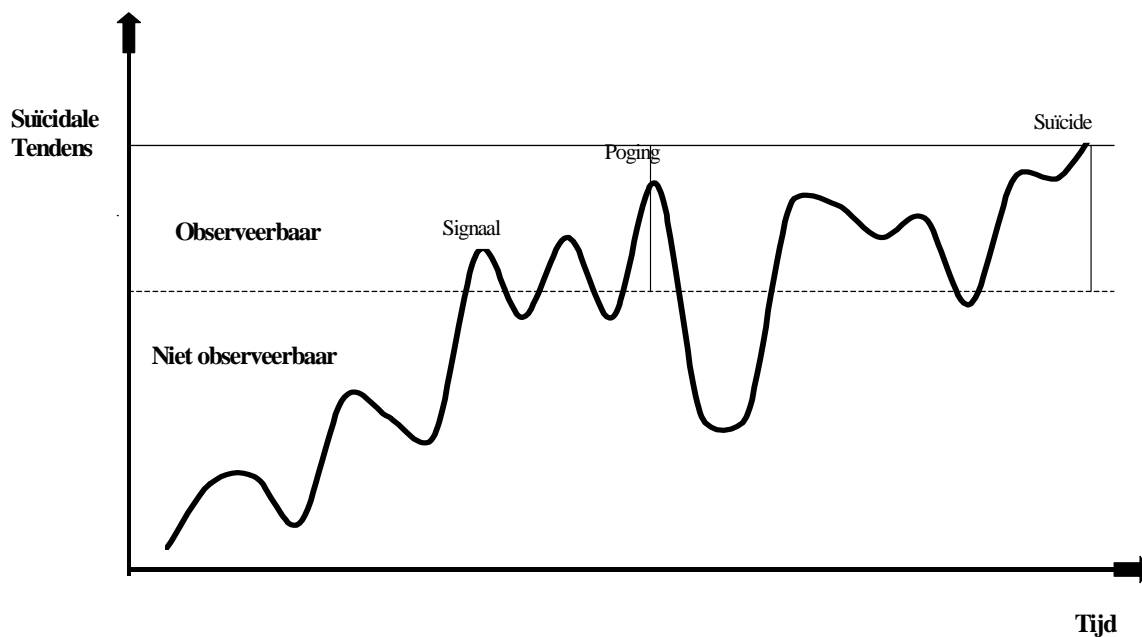
Wanneer deze voorbereidingen uitgevoerd worden, stijgt de kans op een poging aanzienlijk.

De spreekwoordelijke 'laatste druppel' (vb. kleine ruzie, tegenslag eventueel in combinatie met ontremmende factoren als alcohol- en druggebruik) brengt de realisatie van het plan dichterbij. Er kan een zelfmoordpoging volgen, al dan niet met dodelijke afloop.

Na een poging kan de suïcidale persoon een gevoel van opluchting ervaren, maar de kans dat het suïcidaal proces weer opduikt is reëel. Bij sommige personen loopt dit proces over jaren en zijn er verschillende pogingen. Anderen doorlopen dit proces in een paar uren en zijn meer impulsief in hun gedrag.

Wat maakt dat een persoon terecht komt in een suïcidaal proces?

Van Heeringen stelt dat "suïcidaal gedrag in elk geval geen ziekte is, maar een gedragsmatige uiting van de wens een verandering, al dan niet de dood, te bewerkstelligen. Meestal is suïcidaal gedrag het gevolg van tegelijkertijd optredende onderliggende en onmiddellijke factoren in afwezigheid van beschermende factoren."



Het concept suïcidaal proces impliceert dan suïcidepreventie mogelijk is. Suïcide is niet meer een "onbegrijpelijke plotse daad", ook al speelt het proces zich misschien volledig af zonder dat de omgeving er signalen van opmerkt. Door rechtstreekse bevraging bij de persoon en een gunstige reactie op signalen, kan het proces duidelijk worden en is beïnvloeding en preventief handelen mogelijk.

Dit betekent echter niet dat suïcide steeds voorspelbaar is en altijd kan voorkomen worden. Wel kan men het risico proberen in te schatten en beschermende factoren activeren.

Regels voor hulpverleners in crisismomenten

Wanneer blijkt dat iemand in een acute suïcidale crisis zit, dient directief te worden opgetreden. Dit wil zeggen actief zijn, doortastend optreden, anderen erbij betrekken.

Hier volgen een aantal regels die de hulpverlener dient te hanteren in crisismomenten.

- Vermijd een definitieve beslissing over suïcide en tracht tijd te winnen. Het is van belang de suïcidale persoon uit te leggen dat het mogelijk tijdelijk is dat hij suïcide als enige uitweg ziet. Tracht de persoon te overtuigen geen beslissing te nemen tot in een meer bedaarde toestand andere alternatieven zijn bekeken.
- Verwijder dodelijke middelen. Middelen zoals pillen, wapens en dergelijke dienen uit de omgeving verwijderd te worden, eventueel in samenspraak met anderen (familie, vrienden).
- Zorg dat eventuele sociale isolatie wordt doorbroken. Suïcidale patiënten blijken vaak in een toestand van sociaal isolement te verkeren. Hoe groter de mate van sociaal isolement, hoe meer aandacht de hulpverlener aan de situatie van zijn patiënt moet geven. Vraag de suïcidale persoon of hij de nacht ergens bij vrienden kan doorbrengen, bij ouders of bij burens. Informeer de persoon dat in zijn toestand alleen blijven gevaarlijk kan zijn.

- Angst en slapeloosheid opheffen. Angst, slapeloosheid en impulsiviteit kunnen de suïcidale neiging vergroten.
- Probeer de omgeving te betrekken. Een goede ondersteuning door de naaste omgeving vergroot de draagkracht en kan op die manier stress-reducerend werken. De suïcidale crisis kan evenwel ontstaan zijn als gevolg van ernstige relatiemoeilijkheden. De omgeving kan dus zowel draagkracht als draaglast betekenen.

Houding bij het begeleiden van suïcidepogers

Het doel van suïcidepreventie is het minimaliseren van zelfdestructief gedrag binnen een therapeutische setting. Vermijd daarom een sfeer van angstige preoccupatie. Verleen aan een opname niet de betekenis van een repressieve shocktherapie met een belastend (medicamenteus) regime.

Het is noodzakelijk dat iedereen betrokken bij de opvang en verzorging van de suïcidepogers op de hoogte is van de verschillende elementen van het behandelplan. Een coherent plan straalt vertrouwen uit naar de patiënt. Aarzeling, verwarring of onenigheid bij de verzorgenden zijn opvallend schadelijk voor de suïcidale patiënt.

De patiënt moet weten op wie hij kan terugvallen indien hij/zij zich niet goed voelt.

Enkele interessante publicaties

Meyntjens, P. Implementatie van een suïcidepreventie protocol op een PAAZ. Tijdschrift Klinische Psychologie, 4, 223-237.

Recidiverende suïcidepogers: hulp blijven aanbieden. Nederlands Tijdschrift Geneeskunde, 148 (31), 1521-1523.

www.zelfmoordpreventievlaanderen.be

Opvang na suïcidepoging. Pilotproject recidiefpreventie bij suïcidepogers in samenwerking met huisartsen. Boekje met tips voor de huisartsen.

De volgende nieuwsbrief mag u verwachten half februari!

Fijne eindejaarsfeesten!

Deze nieuwsbrief is een publicatie van LUC – SEIN
Limburgs Universitair Centrum
Universitaire Campus, gebouw D
3590 Diepenbeek
tel. 0032-11-268692
fax. 0032-11-268731

Redactie:

Joke Manshoven, joke.manshoven@luc.ac.be

Tinne Mertens, tinne.mertens@luc.ac.be

Rita Vanhove, rvanhove.dagg@planetinternet.be



Nieuwsbrief Suicidepreventie Februari 2005

Welkom, dit is de derde nieuwsbrief 'Suididepreventie'. De nieuwsbrief is een initiatief van de Suicidepreventiewerkgroep Limburg en het Limburgs Universitair Centrum in het kader van het onderzoek 'Recidiefpreventie Suicidepogingen'. Op deze manier willen we alle binnen de ziekenhuizen betrokken personen op regelmatige basis informeren over het onderzoek. Iedere nieuwsbrief belicht daarnaast telkens een ander aspect in het kader van suicidepreventie.

Centraal in deze nieuwsbrief bespreken we enkele epidemiologische gegevens over suicide en suicidepogingen. Veel leesplezier!

Project Recidiefpreventie Suicidepogingen

De gegevensverzameling in de deelnemende ziekenhuizen loopt nog tot eind april 2005.

Tot nu toe zijn 65 ingestroomd in ons onderzoek. De procentuele verdeling van de totale instroom is als volgt: 24% (16 patiënten) in de tijdsperiode april – juni, 32% (21 patiënten) in zowel de tijdsperiode juli – september, als in de tijdsperiode oktober – december en tenslotte 9% (6 patiënten) in de voorbije maand januari.

Zoals steeds doen we een beroep op de goede medewerking van de deelnemende ziekenhuizen. Op die manier hopen we het onderzoek te kunnen afronden met conclusies en aanbevelingen die voor iedereen nuttig en bruikbaar zijn!

Follow-up

De eerste follow-up, twee weken na ontslag uit het ziekenhuis verloopt goed.

In november zijn we gestart met de tweede follow-up, 6 maanden na ontslag uit het ziekenhuis. Er wordt dan een afspraak gemaakt met de suicidepogger voor een persoonlijk gesprek, waarin bevestigd wordt naar hun welzijn, hun psychosociaal functioneren en eventueel recidief. Daarnaast worden vragen gesteld over de hulpverlening en over de tevredenheid van de zorg en de nazorg.

De gesprekken na 6 maanden leveren veel informatie op. Patiënten herinneren zich nog voldoende over de zorg tijdens en na hun opname.

Van alle patiënten die tot op heden zijn gecontacteerd, wenst 23% niet meer mee te werken aan het onderzoek.

Wist je dat.....

Er bestaan veel foutieve opvattingen over zelfdoding. Wanneer je met zelfdoding in contact komt, is het belangrijk een realistisch beeld te krijgen van de problematiek.

Hieronder staan enkele zaken die je beter **niet** doet wanneer je geconfronteerd wordt met een suicidepogger.

Zelfmoordgedrag afwijzen of veroordelen

Een zedenpreek houden

De persoon wijzen op de plicht om verder te leven voor de omgeving (kinderen, partner, ouders, ...)

Meegaan in het minimaliseren van de poging: het was een ongelukje, een stom voorval, te veel gedronken....

Zelfmoordcijfers in Vlaanderen en in een aantal buurlanden

Vlaanderen nam de voorbije decennia een weinig benijdenswaardige plaats in op het gebied van suïcideproblematiek. In België en Vlaanderen, in vergelijking met de meeste buurlanden, leidt de zelfmoordproblematiek tot een groot verlies in potentiële levensjaren, zowel bij mannen als bij vrouwen.

TABEL 1: ZELFMOORDSTERFTECIJFERS IN VLAANDEREN EN IN EEN AANTAL BUURLANDEN IN 1992 EN 2001 (CIJFER PER 100.000 INWONERS).

Land	Mannen		Vrouwen	
	1992	2001	1992	2001
Vlaanderen	22,1	28,8	9,9	10,1
Duitsland	23,9	18,6	9,9	5,6
Frankrijk	30,2	26,3 (a)	10,9	8,5 (a)
Groot-Brittannië	12,4	10,4	3,6	2,8
Nederland	13,9	12,2(a)	7,1	5,8(a)
België	26,8	29,6(b)	11,0	10,7(b)

(a) cijfer voor 2000

(b) cijfer voor 1997

Gezondheidsindicatoren 2001 Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, administratie Gezondheidszorg & World Health Organization Regional Office for Europe- European health for all database.

Uit de tabel blijkt dat in Vlaanderen in 2001 het zelfmoordcijfer van 28,8 per 100.000 inwoners bij de mannen en van 10,1 bij de vrouwen hoger ligt dan dat in de buurlanden. Erg opvallend is dat in alle andere landen het sterftcijfer door suïcide tussen 1992 en 2001 daalt, zowel bij de mannen als bij de vrouwen. In Vlaanderen daarentegen nam het zelfmoordsterftcijfer voor de mannen toe van 22,1 in 1992 tot 28,8 in 2001. bij de vrouwen was de stijging miniem: van 9,9 anno 1992 tot 10,1 anno 2001.

Voor de meest recente epidemiologische gegevens (jaar 2002) kunt u terecht op de website van het ministerie van de Vlaamse Gemeenschap (Gezondheidsindicatoren 2001-2002).

Omvang en impact van de zelfmoordsterfte in Vlaanderen

Wanneer we kijken naar de belangrijkste doodsoorzaken zien we dat suïcide een belangrijke plaats inneemt.

In tabel 2 geven we het absolute en het relatieve aantal overlijdens weer voor enkele doodsoorzaken. We doen dit voor de vier leeftijdscategorieën en voor beide seksen. De doodsoorzaken die opgenomen zijn, zijn: suïcide, verkeersongevallen, hart-en vaatziekten en kanker.

TABEL 2: ABSOLUUT EN RELATIEF AANTAL OVERLIJDENS DOOR SUÏCIDE EN ANDERE BELANGRIJKE DOODSOORZAKEN IN VLAANDEREN 2001.

Leeftijdsklasse/Doodsoorzaak	Mannen		Vrouwen	
	N	%	N	%
<i>15-24 jaar</i>				
- Suïcide	67	20%	21	18%
- Verkeersongevallen	174	52%	52	43%
- Hart-en vaatziekten	11	3%	6	5%
- Kanker	26	8%	12	10%
<i>25-44 jaar</i>				
- Suïcide	316	27%	92	15%
- Verkeersongevallen	234	20%	63	11%
- Hart-en vaatziekten	162	14%	80	13%
- Kanker	155	13%	202	34%
<i>45-64 jaar</i>				
- Suïcide	282	6%	109	4%
- Verkeersongevallen	107	2%	38	1%
- Hart-en vaatziekten	1.269	26%	464	18%
- Kanker	2.104	43%	1.440	55%
<i>65 jaar en ouder</i>				
- Suïcide	169	1%	76	0%
- Verkeersongevallen	121	1%	59	0%
- Hart-en vaatziekten	8.122	37%	10.746	47%
- Kanker	6.644	30%	4.770	16%
<i>Alle leeftijden</i>				
- Suïcide	838	3%	301	0%
- Verkeersongevallen	655	2%	236	0%
- Hart-en vaatziekten	9.567	34%	11.297	41%
- Kanker	8.949	32%	6.436	23%
- Alle oorzaken	28.255	100%	27.517	100%

Gezondheidsindicatoren 2001 Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap

In 2001 waren er in totaal 1.139 sterfgevallen ten gevolge van suicide. Dit waren er 248 meer dan ten gevolge van verkeersongevallen. Het aantal sterfgevallen ten gevolge van suicide nam 2% in van het totaal aantal sterftes.

Het belang van suicide als doodsoorzaak verschilt naargelang geslacht en leeftijdscategorie. Bij de jongeren (15 tot 24 jarigen) nam suicide ongeveer een vijfde van de sterftes voor haar rekening. Verkeersongevallen was de voornaamste doodsoorzaak in deze leeftijdscategorie. Bij de 25 tot 44 jarigen was suicide de belangrijkste doodsoorzaak bij mannen. 27% van de sterfgevallen bij mannen was te wijten aan suicide, 20% aan verkeersongevallen. Ook bij vrouwen was suicide een voorname doodsoorzaak: 15% tegenover op de eerste plaats 34% aan kanker. In de oudere leeftijdscategorieën nam het relatieve aantal overlijdens door suicide bij beide geslachten af.

Schatting van de incidentie van suicidepogingen

Meer dan de helft van degenen die door suicide sterven heeft één of meerdere pogingen in de voorgeschiedenis.

Overlijdens ten gevolge van suicide worden systematisch opgetekend, suicidepogingen niet. Er zijn geen gegevens over het aantal pogingen in Vlaanderen. We doen hier een beroep op schattingen op basis van de registraties van de Eenheid voor Zelfmoord-onderzoek van de Universiteit Gent (in Gezondheidsindicatoren 2001-2002). Twee Limburgse ziekenhuizen werken eraan mee. De registraties vinden plaats in de spoedopnamediensten van het UZ Gent, AZ Brugge en AZ Genk en Virga Jesse Hasselt. In 2002 registreerden deze ziekenhuizen samen 819 pogingen. **Men schat de incidentie voor mannen op 148 op 100 000 en vrouwen 226 op 100 000.** Vrouwen ondernamen vaker een poging dan mannen. De leeftijd waarop vrouwen het vaakst een poging doen lag tussen 12 en 19 jaar, bij mannen tussen 35 en 39 jaar. De jongste suicidepoging was 12 jaar, de oudste 91. In vergelijking met de algehele bevolking zijn er meer alleenstaanden en meer echtgescheiden personen en vooral meer werklozen in de groep van pogers.

De meest gehanteerde methode is zelfvergiftiging 77,7% t.o.v. zelfverwonding 22,3%. Vier op de tien pogers gebruikten meer dan één methode, veelal is er een combinatie met alcohol.

24,2% had reeds één poging in de voorgeschiedenis (gerekend vanaf 98) en 14,2% deed meerdere pogingen. Na de interventie op spoedgevallen werd 78% gehospitaliseerd, en 16,8% werd ambulante behandeld. Vijf procent werd niet doorverwezen.

Samengevat concludeert professor van Heeringen van de Eenheid voor Zelfmoordonderzoek: Uit deze registratiebevindingen kunnen tal van risicofactoren gedestilleerd worden. Preventiecampagnes dienen zich vooral op deze risicogroepen toe te spitsen. Ze omvatten onder meer: jongeren, vrouwen, personen die uit de echt gescheiden zijn, werklozen en mensen met herhaalde suicidepogingen.

Het is interessant om de cijfers bekend van de registraties van Algemene Ziekenhuizen te vergelijken met deze die door huisartsen gedaan worden in de huisartsenpeilpraktijken. Op basis van deze laatste registraties in dezelfde periode, schat men de incidentie voor **mannen op 55 per 100 000 en voor vrouwen op 102 op 100 000.** Dus dat is veel lager dan in het hoger vermeld onderzoek. Huisartsen zijn dus vaak niet op de hoogte van de poging, patiënten gaan vaak rechtstreeks naar het algemeen ziekenhuis. Communicatie vanuit het ziekenhuis naar de huisarts is dus belangrijk!

Enkele interessante publicaties

www.zelfmoordpreventievlaanderen.be

Gezondheidsindicatoren 2001-2002 Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap:
www.wvc.vlaanderen.be/gezondheidsindicatoren

De volgende nieuwsbrief mag u verwachten in april!

Deze nieuwsbrief is een publicatie van LUC – SEIN
Limburgs Universitair Centrum
Universitaire Campus, gebouw D
3590 Diepenbeek
tel. 0032-11-268697
fax. 0032-11-268731

Redactie:

Joke Manshoven, joke.manshoven@luc.ac.be

Sara De Clerck, sara.declerck@luc.ac.be

Tinne Mertens, tinne.mertens@luc.ac.be

Rita Vanhove, RITA.VANHOVE@DAGG-CGG.BE

Nieuwsbrief Suicidepreventie

April 2005

Welkom, dit is de vierde nieuwsbrief 'Suicidepreventie'. De nieuwsbrief is een initiatief van de Suicidepreventiewerkgroep Limburg en het Limburgs Universitair Centrum in het kader van het onderzoek 'Recidiefpreventie Suicidopogingen'. Op deze manier willen we alle binnen de ziekenhuizen betrokken personen op regelmatige basis informeren over het onderzoek. Iedere nieuwsbrief belicht daarnaast telkens een ander aspect in het kader van suicidepreventie.

Centraal in deze nieuwsbrief bespreken we suïcidaal gedrag bij jongeren. Veel leesplezier!

Project Recidiefpreventie Suicidopogingen

Tot nu toe zijn 77 patiënten ingestroomd in ons onderzoek. De patiëntengroep bestaat voor 55% uit vrouwen, voor 45% uit mannen. De gemiddelde leeftijd is 40 jaar. De gemiddelde opnameduur is 9 dagen.

De gegevensverzameling loopt nog tot einde april. We vragen alle ziekenhuizen nog een laatste inspanning te doen. Op die manier hopen we het onderzoek te kunnen afronden met conclusies en aanbevelingen die voor iedereen nuttig en bruikbaar zijn!

Follow-up

De eerste follow-up, twee weken na ontslag uit het ziekenhuis verloopt goed.

De tweede follow-up, waarbij 6 maanden na ontslag een afspraak wordt gemaakt met de suïcidepoging voor een persoonlijk gesprek, loopt nog tot eind oktober. In de maanden november en december worden alle verza-melde data verwerkt en geanalyseerd.

Naast cijfermatige gegevens (o.a. de antwoorden op de vragenlijsten) beschikken we ook over een variëteit aan kwalitatieve gegevens (indrukken, gesprekken).

We zullen proberen om ook deze waardevolle informatie op een gestructureerde manier te presenteren.

Enkele interessante weetjes

- Vlaams Minister van Welzijn, Inge Vervotte (CD&V) zegt in een interview met de krant 'De Standaard' (12 april 2005):
"Ik mik met mijn beleid op bijzondere risicogroepen. Zo ook de mensen die vanwege een poging tot zelfdoding op de spoeddiensten belanden. Ik zou willen dat de spoeddiensten een screening doen over de kansen op hervallen en dat ze op basis daarvan de pogers doorverwijzen naar gepaste hulpverlening. Er loopt al een proefproject in Limburg. Dat moet veralgemeend worden over heel Vlaanderen, tegen het einde van deze regeerperiode".
We mogen in alle bescheidenheid dus wel stellen dat we met onze samenwerking de goede weg zijn ingeslagen!

- Prof. Van Heeringen (Eenheid van Zelfmoordonderzoek – Universiteit Gent) organiseert de '4th International Meeting on Suicide: The interplay between Genes and Environment'. Het thema dit jaar zal zijn: *'Sensitivity, depression and suicide: mechanisms of vulnerability and resilience'*. Dit congres zal plaatsvinden in Gent op 2, 3 en 4 juni. Meer informatie is terug te vinden op de website: www.suicide-interplay.be

□ Similes is een vereniging voor gezinsleden en nabij-betrokkenen van personen met psychiatrische problemen. De Limburgse kringwerking van Similes organiseert 3 gespreksavonden voor nabestaanden na een zelfdoding. De eerste gesprekavond, met als thema "Hoe anders rouwen mannen en vrouwen", zal doorgaan op 27 april in het Cultureel Centrum van Hasselt. Meer informatie kan u terugvinden op: www.similes.be.

Suïcidaal gedrag bij jongeren

In het pilootproject verzamelen we gegevens bij suicidepogers vanaf 16 jaar. Uiteraard zijn we er ons van bewust dat ook onder die leeftijd suïcidaal gedrag voorkomt. Jonge mannen vormen een belangrijke risicogroep op suïcides, meisjes doen meer pogingen.

Suïcides 15-19 jaar

In 2002 waren er in Vlaanderen 19 jongens en 6 meisjes die stierven door suïcide. De incidentie is significant toegenomen bij de jongens, te tellen vanaf 1990 met een piek in 2000 (18.64 op 100 000). In 2002 is het cijfer gedaald tot 10.76 op 100.000 bij de jongens en 3,56 op 100 000 bij de meisjes.

Suicidepogingen 15-19 jaar

De incidentie van suicidepogingen werd, op basis van een groot onderzoek in Gent in 2001 (waarbij men poogt alle medisch zichtbare pogingen te registreren), geschat op 207 op 100 000 bij de jongens en 471 op 100 000 bij de meisjes. Dit laatste is de hoogste score in de volledige groep van pogers.

Zelfrapportage suicidepogingen en –gedachten

Op basis van vragenlijsten in secundaire scholen in Limburg krijgen we een zicht op hoe vaak jongeren zelf rapporteren met deze problematiek bezig te zijn.

Op de vraag: "Heb je het voorbije jaar wel eens over gedacht uit het leven te stappen of er een eind aan te maken", zeggen 17,3% van de jongeren "ja, één keer" en 9,6% zelfs "meerdere keren".

Op de vraag: "Heb je ooit een echte poging gedaan om een einde te maken aan je leven", zegt 6,9% "één keer" en 1,6% "meerdere keren". In een Vlaams onderzoek rapporteren 13,10% jongeren zelfbeschadigend gedrag. Uit al deze cijfers kunnen we concluderen dat suïcidaal gedrag bij jongeren een reëel en vaak onderschat probleem is. Het is verder opvallend dat niet alle pogingen onder de medische aandacht komen.

Risicofactoren

Zoals bij volwassenen is er vaak sprake van psychopathologie: depressie en co-morbiditeit met middelenmisbruik. Extra risico's komen vanuit een problematische levenssituatie: seksueel misbruik, zwangerschap, suïcidale voorbeelden. Depressieve jongeren die hun situatie hopeloos inschatten, een tolerante houding hebben t.a.v. suïcidaal gedrag en zich meer terugtrekken uit sociale relaties, lopen meer risico. Ook bij jongeren geldt dat een eerdere poging het risico sterk vergroot.

Naast depressie stelt men ook een verhoogd risico vast bij eetstoornissen, borderline persoonlijkheidsstoornissen en gedragsstoornissen. Onderzoek in Gent naar risicofactoren op recidiverend suïcidaal gedrag geeft de volgende zaken: een negatieve en of traumatiserende sociale omgeving, middelenmisbruik (zowel door de jongere als door naasten), voorgeschiedenis van trauma, sociale vereenzaming, suïcidale voorbeelden. Bij herhaald suïcidaal gedrag blijkt seksueel misbruik een belangrijke extra risicofactor.

Tenslotte kan ook de seksuele geaardheid een risicofactor zijn. Verscheidene studies hebben aangetoond dat de prevalentie van zelfmoordpogingen hoger ligt bij holebi's dan bij heteroseksuelen.

Signaal

De suïcidepoging is ook bij jongeren een belangrijk signaal van een gaand suïcidaal proces. Ook al is het toegebrachte letsel eerder gering (bijvoorbeeld een paar pilletjes genomen of oppervlakkige snijwonden) en de aanleiding van de poging eerder "futiel" in de ogen van volwassenen (bijvoorbeeld een verbroken relatie of slechte schoolresultaten), toch moet men dit gedrag altijd ernstig nemen. Een opname op een spoedgevallendienst naar aanleiding van een poging is vaak het eerste duidelijke signaal dat de jongeren zich in een crisistoestand bevindt en lokt bovendien op zijn beurt bij het gezin een crisis uit.

De harde confrontatie maakt dat problemen niet langer kunnen ontkend worden of genegeerd. Nochtans merken we dat de neiging bestaat bij alle betrokkenen om het probleem te minimaliseren. De jongeren "beloof" dit nooit meer te zullen doen en erkent "hoe stom dit is". Ouders hebben soms geen goed zicht op wat leeft bij hun kind.

Opvang en behandeling

De organisatie van de opvang in het ziekenhuis en de nazorg na ontslag is van cruciaal belang. Tijdens de hospitalisatie is een goede inschatting van de achterliggende problematiek nodig. Hierbij houdt men best rekening met het feit dat er mogelijks "geheimen" bestaan en dat jongeren voldoende ruimte moeten krijgen om in vertrouwen over hun problemen te spreken.

Mogelijks heeft de jongere al eerder een poging gedaan die niet bekend is in de omgeving. Gespecialiseerde diensten worden best ingeschakeld – zeker bij recidiverend suïcidaal gedrag- ofwel via de hospitalisatie in kinderpsychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen, ofwel via de ambulante verwijzing naar jeugdhulpverleners.

Ook bij jongeren is rapportage belangrijk, de huisarts en eventueel de volgende zorgverstreker moeten geïnformeerd worden. Bij jongeren is het nodig om na te gaan wie ze een aanvaardbare hulpverlener vinden. Vaak hebben ze weinig band met een huisarts.

Het Centrum voor Leerlingbegeleiding kan mits toestemming ingeschakeld worden en speelt in deze context mogelijks een belangrijke rol in de continuïteit van de zorg.



Enkele interessante publicaties

Eenheid voor zelfmoordonderzoek – Universiteit Gent
<http://allserv.ugent.be/~cvheerin>

Gezondheidsindicatoren 2001-2002, Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap:
www.wvc.vlaanderen.be/gezondheidsindicatoren

Euregionaal Jongerenonderzoek 2002:
www.vvj.be/content/onderzoek_jeugd#euregio

Deze nieuwsbrief is een publicatie van LUC – SEIN
Limburgs Universitair Centrum
Universitaire Campus, gebouw D
3590 Diepenbeek
tel. 0032-11-268697
fax. 0032-11-268731

Redactie:
Sara De Clerck, sara.declerck@luc.ac.be
Rita Vanhove, rita.vanhove@dagg-cgg.be

BIJLAGE 4: BRIEF AAN HUISARTSEN IN REGIO MAAS EN KEMPEN



Z E L F M O O R D P R E V E N T I E

Lommel, 27 april 2004

Geachte dokter,

Betreft: Pilotproject recidiefpreventie bij suïcidepogers in samenwerking tussen ziekenhuizen en huisartsen

Met dit schrijven wens ik uw medewerking te vragen aan een lopend pilotproject voor de provincie Limburg.

Initiatiefnemers: Suïcidepreventiewerkgroep Limburg⁷ in samenwerking met de Eenheid voor Zelfmoordonderzoek Universiteit Gent: prof. C. van Heeringen en LUC Onderzoeksgroep Gezondheidspsychologie: prof. J. Vinck. De strategie werd voorgesteld en goedgekeurd op de Gezondheidsconferentie: preventie van depressie en zelfmoord 2002. De Vlaamse Overheid: Ministerie van Gezondheid, Welzijn en Gelijke Kansen financiert sinds 1 november 2003.

Doelstelling: Preventie van suïcides en recidieven bij de hoog risicogroep van suïcidepogers door het verbeteren van de opvang door de huisarts na suïcidepoging. Een effectonderzoek wordt aan de preventiestrategie gekoppeld.

Rationale: Een zelfmoordpoging in de voorgeschiedenis is de belangrijkste klinische risicofactor voor suïcide. Het risico op suïcide is 150 keer hoger bij suïcidepogers dan bij de algehele bevolking. Uit Vlaams onderzoek is bekend dat 1 op 30 suïcidepogers sterven binnen het jaar door suïcide. Recidieven komen vaak voor: 41% van de pogers hebben 1 of meerdere pogingen in de voorgeschiedenis. Suïcidepogers melden zich vaak rechtstreeks aan in het Algemeen Ziekenhuis en verlaten veelal snel het ziekenhuis na medische verzorging. Crisisopvang is niet voldoende met het oog op recidiefpreventie. Het organiseren van en motiveren voor een goede vervolgzorg is noodzakelijk. Het is echter bekend dat suïcidepogers slechts in relatief beperkte mate gevolg geven aan een verwijzing (vanuit het ziekenhuis) voor vervolgzorg. De huisarts-spilfiguur in de gezondheidszorg speelt een cruciale rol en moet snel ingeschakeld worden.

Wij willen nagaan of een specifieke vorm van samenwerking tussen het ziekenhuis en de huisarts leidt tot een betere vervolgzorg en een verlaagd recidief risico. Hiervoor maken we afspraken met zogenaamde "interventiezienhuizen"- in deze regio ZOL Genk -die de onderzochte strategie toepassen en "controleziekenhuizen" - in deze regio A.Z. Maas en Kempen- die de bestaande ontslagregeling blijven verder zetten. Dit opzet werd goedgekeurd door de commissies voor ethiek van de betrokken ziekenhuizen.

Beschrijving strategie: De strategie bestaat hierin dat **het algemeen ziekenhuis dat als interventiezienhuis meewerkt** binnen de week na ontslag, een rapport stuurt naar de huisarts naar aanleiding van de opname en/of verzorging in het ziekenhuis van een suïcidepogers en dit mits geïnformeerde toestemming van de patiënt ('informed consent'). In het ziekenhuis wordt aan de patiënt voorgesteld de huisarts te contacteren binnen de week na ontslag. De huisarts ontvangt een rapport met bijgevoegd een "flyer" waarin we het belang van de strategie toelichten en enige hulp aanreiken voor de inhoud van een gesprek met de patiënt. Wanneer de patiënt zelf geen initiatief neemt binnen de week, wordt gevraagd dat de huisarts dit zou doen (out-reaching). In de flyer wordt gewezen op het belang van het aanbieden van vervolgzorg, door de huisarts zelf en/of in samenwerking met hulpverleners uit de geestelijke gezondheidszorg. Consultatief overleg met medewerkers uit de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) wordt aangeboden evenals een verwijzing naar de website van het Project Zelfmoordpreventie van de CGG, waar de arts bijkomende informatie kan vinden over management en risico-inschatting van suïcidale patiënten. Website adres: <http://users.skynet.be/oase/suicide1.html>.

⁷ De Suïcidepreventiewerkgroep Limburg bestaat uit vertegenwoordigers uit de voorzieningen geestelijke gezondheidszorg (SPIL), Limburgse preventieve gezondheidsraad, LOGOartsen, Similes en LUC.

Vanuit de ziekenhuizen die als "controle ziekenhuis" meewerken voor deze regio : Ziekenhuis Maas en Kempen, wordt de ontslagprocedure "as usual" gebruikt. Dit betekent dat geen "flyer" wordt meegestuurd bij het ontslagrapport en er wordt geen strategie aan de huisarts voorgesteld.

Bij dit opzet stelt zich het volgende probleem: het is mogelijk dat u als behandelend huisarts te maken krijgt met patiënten die ofwel ontslagen worden uit een "interventieziekenhuis: ZOL, ofwel uit een "controleziekenhuis": Maas en Kempen en dus patiënten kan hebben uit de interventiegroep of uit de controlegroep. Het is voor het onderzoek van cruciaal belang dat u de hogergenoemde strategie (m.i.v. out reaching) volgt bij patiënten die ontslagen worden vanuit het interventieziekenhuis, terwijl u voor de patiënten uit het controleziekenhuis "as usual" handelt. Let wel dat, in afwachting van de resultaten van de studie, het niet zeker is dat u de patiënten uit de controleconditie hiermee benadeelt.

Het effectonderzoek wordt uitgevoerd door het LUC: onderzoeker Joke Manshoven
Tel: 011 26 86 92 email: Joke.Manshoven@luc.ac.be

Bijlage: "flyer" zoals die vanuit ZOL Genk wordt meegestuurd met het rapport aan de huisarts.

Meer informatie over het pilootproject : Rita Vanhove , psychologe en projectmedewerkster Project Zelfmoordpreventie van de CGG DAGG K. Leopoldlaan 33 3290 Lommel tel 011 54 23 62 email: rvanhove.dagg@planetinternet.be

In de hoop u met deze informatie van dienst te zijn geweest,
Verblijf ik,

Hoogachtend

Rita Vanhove
Voorzitter Suicidepreventiewerkgroep Limburg

BIJLAGE 5: ENQUÊTE ‘SAMENWERKING ZIEKENHUIZEN – HUISARTSEN’

Het invullen van deze vragenlijst kost u 10 minuten tijd. Nadat u de vragenlijst hebt ingevuld, stopt u hem in bijgevoegde enveloppe. U hoeft deze enveloppe niet te frankeren.

Het invullen van deze vragenlijst is eenvoudig: u zet een kruisje in het vakje naast het antwoord dat op uw ziekenhuis betrekking of u vult het gevraagde in.

-
1. Zou u zo vriendelijk willen zijn uw naam, functie en de afdeling of dienst waarop u werkt in te vullen AUB?

Naam:

Functie:.....

Afdeling / Dienst:

Ziekenhuis

Gemeente.....

-
2. Hoe vaak bezorgt het ziekenhuis een verwijsrapport of verslag aan de huisarts van de suïcidepoging betreffende de suïcidepoging?

Nooit ₁ ⇒ Ga verder naar vraag 6

Soms ₂

Vaak ₃

Altijd ₄ ⇒ Ga verder naar vraag 4

-
3. Van welke factoren is het al dan niet bezorgen van een verwijsrapport aan de huisarts afhankelijk? U mag meerdere antwoorden aanduiden.

Het al dan niet bezorgen van een verwijsrapport aan de huisarts is afhankelijk van ...

Behandelende arts ₁

Ernst van de situatie van de suïcidepoging ₂

Werkdruk op de afdeling / dienst ₃

Andere, ₄

.....

4. Welke gegevens bevat het verwijsrapport of verslag? U mag meerdere antwoorden aanduiden.

- Identiteitsgegevens patiënt O₁
- Verslag somatische behandeling O₂
- Psychologische psychiatrische anamnese O₃
- Problematiek O₄
- Gecontacteerde interne en externe personen O₅
- Ontslagregeling O₆
- Behandelende arts O₇
- Risico op verder suïcidaal gedrag O₈
- Andere, O₉
-

5. Via welk(e) kanaal/kanalen wordt de huisarts op de hoogte gebracht? U mag meerdere antwoorden aanduiden.

- Telefonisch O₁
- Elektronisch O₂
- Schriftelijk O₃
- Andere, O₄
-

6. Hoe vaak contacteert het ziekenhuis de huisarts om info te verkrijgen over de medische voorgeschiedenis van de suïcidepoging?

- Nooit O₁ ⇒ Ga verder naar vraag 9
- Soms O₂
- Vaak O₃
- Altijd O₄ ⇒ Ga verder naar vraag 8

7. Van welke factoren is het al dan niet contacteren van de huisarts afhankelijk? U mag meerdere antwoorden aanduiden.

Het al dan niet contacteren van de huisarts is afhankelijk van ...

- Behandelende arts O₁
- Ernst van de situatie van de suïcidepoging O₂
- Werkdruk op de afdeling / dienst O₃
- Andere, O₄
-

8. Via welk(e) kanaal/kanalen wordt de huisarts gecontacteerd om info te verkrijgen over de medische voorgeschiedenis van de suïcidepoger? U mag meerdere antwoorden aanduiden.

- Telefonisch O₁
Elektronisch O₂
Schriftelijk O₃
Andere, O₄
.....

9. Hoe vaak overlegt het ziekenhuis met de huisarts over de diagnose en problematiek van de suïcidepoger?

- Nooit O₁ ⇒ Ga verder naar vraag 12
Soms O₂
Vaak O₃
Altijd O₄ ⇒ Ga verder naar vraag 11

10. Van welke factoren is het al dan niet overleggen met de huisarts afhankelijk? U mag meerdere antwoorden aanduiden.

Het al dan niet overleggen met de huisarts is afhankelijk van ...

- Behandelende arts O₁
Ernst van de situatie van de suïcidepoger O₂
Werkdruk op de afdeling / dienst O₃
Andere, O₄
.....

11. Via welk(e) kanaal/kanalen overlegt het ziekenhuis met de huisarts over de diagnose en problematiek van de suïcidepoger? U mag meerdere antwoorden aanduiden.

- Telefonisch O₁
Elektronisch O₂
Schriftelijk O₃
Andere, O₄
.....

12. Hoe vaak overlegt het ziekenhuis met de huisarts over het behandelplan van de suïcidepoger?

- Nooit O₁ ⇒ Ga verder naar vraag 15
Soms O₂
Vaak O₃
Altijd O₄ ⇒ Ga verder naar vraag 14

13. Van welke factoren is het al dan niet overleggen met de huisarts afhankelijk? U mag meerdere antwoorden aanduiden.

Het al dan niet overleggen met de huisarts is afhankelijk van ...

- Behandelende arts O₁
- Ernst van de situatie van de suïcidepogger O₂
- Werkdruk op de afdeling / dienst O₃
- Andere, O₄
-

14. Via welk(e) kanaal/kanalen overlegt het ziekenhuis met de huisarts over het behandelplan van de suïcidepogger? U mag meerdere antwoorden aanduiden.

- Telefonisch O₁
- Elektronisch O₂
- Schriftelijk O₃
- Andere, O₄
-

15. Hoe vaak overlegt het ziekenhuis met de huisarts over het advies voor nazorg aan de suïcidepogger?

- Nooit O₁ ⇒ Ga verder naar vraag 18
- Soms O₂
- Vaak O₃
- Altijd O₄ ⇒ Ga verder naar vraag 17

16. Van welke factoren is het al dan niet overleggen met de huisarts afhankelijk? U mag meerdere antwoorden aanduiden.

Het al dan niet overleggen met de huisarts is afhankelijk van ...

- Behandelende arts O₁
- Ernst van de situatie van de suïcidepogger O₂
- Werkdruk op de afdeling / dienst O₃
- Andere, O₄
-

17. Via welk(e) kanaal/kanalen overlegt het ziekenhuis met de huisarts over het advies voor nazorg aan de suïcidepogger? U mag meerdere antwoorden aanduiden.

- Telefonisch O₁
- Elektronisch O₂
- Schriftelijk O₃

Andere, O₄
.....

18. Hoe vaak overlegt het ziekenhuis met de huisarts over het medicatiebeleid voor de suïcidepogers?

- Nooit O₁ ⇒ Ga verder naar vraag 21
Soms O₂
Vaak O₃
Altijd O₄ ⇒ Ga verder naar vraag 20

19. Van welke factoren is het al dan niet overleggen met de huisarts afhankelijk? U mag meerdere antwoorden aanduiden.

Het al dan niet overleggen met de huisarts is afhankelijk van ...

- Behandelende arts O₁
Ernst van de situatie van de suïcidepogers O₂
Werkdruk op de afdeling / dienst O₃
Andere, O₄
.....

20. Via welk(e) kanaal/kanalen overlegt het ziekenhuis met de huisarts over het medicatiebeleid voor de suïcidepogers? U mag meerdere antwoorden aanduiden.

- Telefonisch O₁
Elektronisch O₂
Schriftelijk O₃
Andere, O₄
.....

21. Hoe vaak geeft het ziekenhuis aan de omgeving/familie van de suïcidepogers het advies om zelf contact op te nemen met de huisarts?

- Nooit O₁
Soms O₂
Vaak O₃
Altijd O₄
Onbekend O₅

22. Wat vindt u van het aantal contacten tussen het ziekenhuis en de huisarts bij de behandeling van suïcidepogers?

Het aantal contacten is...

- Onvoldoende O₁
- Eerder onvoldoende O₂
- Eerder voldoende O₃
- Voldoende O₄

23. Beschouwt u de huisarts als een belangrijke partner bij de behandeling van suïcidepogers?

- Helemaal niet O₁
- Eerder niet O₂
- Eerder wel O₃
- Helemaal wel O₄

24. Hebt u nog opmerkingen of suggesties? U kan ze hier neerschrijven!

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Vriendelijk bedankt!

BIJLAGE 6: ENQUÊTE 'OPVANG SUÏCIDEPOGERS IN EEN ALGEMEEN ZIEKENHUIS



VRAGENLIJST PROTOCOL BIJ SUÏCIDEPOGERS IN ALGEMEEN ZIEKENHUIS

Deze vragenlijst is ontwikkeld om na te gaan hoe de opvang, behandeling, vervolgzorg en doorverwijzing van suïcidepogers in het ziekenhuis momenteel verloopt. Ervan uitgaande dat dit in de verschillende ziekenhuizen op een andere manier gebeurt, is het de bedoeling om de procedures in kaart te brengen.

VRAGENLIJST

De hierna volgende vragenlijst is eenvoudig in te vullen. U kruist het antwoord aan dat het best overeenkomt met de realiteit. Bij het aankruisen zijn er altijd meerdere antwoorden mogelijk. Achter de antwoordcategorie 'andere' is er ruimte voorzien om beknopt een eigen geformuleerd antwoord in te vullen. We willen benadrukken dat er geen goede of foute antwoorden zijn. Het gaat om een inventarisatie van de huidige manier van werken. Het is belangrijk om in het kader van het onderzoek hier een duidelijk zicht op te krijgen.

Naam ziekenhuis:.....

- AZ met PAAZ
- AZ zonder PAAZ

Opname

- 1) Wordt er een op papier vastgelegd protocol gevolgd bij de opname van een suïcidepogers? ja / nee
 - a) Zo ja, is het mogelijk om een kopie van het protocol toe te voegen?
 - b) Zo nee, zijn er volgens u bepaalde redenen waarom er geen op papier vastgelegd protocol gevold wordt?
 - een beperkt aantal suïcidepogers
 - de problematiek wordt niet gedragen door het ziekenhuis
 - er worden momenteel of in de nabije toekomst acties ondernomen
 - er zijn geen redenen
 - andere:.....

Somatische opname

De volgende vragen gaan over de verzorging en behandeling van lichamelijke letsels, opgelopen tijdens de suïcidepoging.

- 2) Vindt er een somatische opname en behandeling plaats? ja / nee
- 3) Wie is de behandelende arts tijdens weekdagen? Gelieve een kruisje te plaatsen wie wanneer behandeld.

	Spoedarts	MUG arts	Anesthesist	Andere:
Weekdagen				
-overdag			
- 's nachts			

- 4) Wie is de behandelende arts tijdens het weekend? Gelieve een kruisje te plaatsen wie wanneer behandeld.

	Spoedarts	MUG arts	Anesthesist	Andere:
Weekends				
-overdag			
-‘s nachts			

- 5) Van welke aspecten wordt er een nadere inschatting gemaakt tijdens de eerste opvang op de spoedgevallendienst?
- ernst van het lichamenlijk letsel (geen - beperkt - ernstig -levensbedreigend)
 - gebruik middelen
 - medische toestand aan het begin van de opname
 - risico-inschatting van suïcidaal gedrag
 - andere:.....

- 6) Wordt de patiënt op de spoedafdeling geregistreerd als ‘suïcidepoger’? ja/ nee

a) Zo ja, welke gegevens worden bijgehouden?

- vergezellend persoon
- opnamedienst
- tijdstip opname
- tijdstip ontslag
- behandelende arts tijdens de opname
- somatische behandeling
- aard suïcidepoging
- gebruikt middel
- ernst van het lichamenlijk letsel
- aanleiding, motieven, omstandigheden
- behandelplan
- andere:.....

b) Zo nee, waarom worden de patiënten niet geregistreerd als ‘suïcidepoger’?

- registratie is niet relevant oww te kleine populatie
- op vraag van behandelende arts
- personeelstekort
- tegengaan van stigmatisering
- op vraag van de patiënt zelf
- andere:.....

Ga verder naar vraag 9

- 7) Wie verzamelt deze gegevens?

- behandelende arts
- verpleegkundige
- andere:.....

- 8) Op welke manier worden de gegevens geregistreerd?

- computerbestand
- voorgedrukt gegevensformulier
- ad hoc
- andere:.....

- 9) Hoe wordt omgegaan met opnameweigeraars (patiënten die een korte of langere opname weigeren na de eerste somatische behandeling) en onmiddellijke vertrekkers (patiënten die na de dringende lichamenlijke verzorging het ziekenhuis verlaten)?

- er wordt niets gedaan, patiënten mogen vrij vertrekken
- de patiënt krijgt een kaartje mee met nuttig telefoonnummers bij crisis
- de patiënt ontvangt een verwijfsbrief voor zijn/haar huisarts
- er wordt een gesprek aangegaan om het belang aan te tonen van een langer verblijf in het ziekenhuis met de patiënt
- er wordt een gesprek aangegaan om het belang aan te tonen van een langer verblijf in het ziekenhuis met belangrijke derden

- er wordt een poging gedaan om de somatische behandeling te verlengen
- andere:.....

- 10) Wat gebeurt er als patiënten weigeren om geregistreerd te worden als 'suïcidepoging' ?
- geregistreerd als 'intoxicatie'
 - geregistreerd als 'snijwonden'
 - niet geregistreerd
 - andere:.....

Psychiatrisch - psychologische opname en behandeling

De vragen hierna gaan over de verzorging en behandeling van de psychische en psychiatrische aspecten die aan de suïcidepoging gelinkt zijn.

- 11) Is er een psychiatrische screening (anamnese) van de patiënt? ja/ nee
Zo nee, zijn er bepaalde redenen aan te halen waarom er geen psychiatrische anamnese plaats vindt?
- geen gespecialiseerde persoon (psychiater, psycholoog,...) beschikbaar
 - te weinig tijd
 - psychiatrisch – psychologische problematiek wordt niet gedragen door het ziekenhuis
 - geen redenen
 - andere:.....

Ga verder naar vraag 15

- 12) Wanneer gebeurt deze screening?
- enkele dagen na somatische opname
 - binnen de 24 uur na somatische opname
 - zo snel mogelijk na opname wanneer de patiënt aanspreekbaar is
 - andere:.....

- 13) Wie voert deze screening uit?
- behandelende arts
 - psychiater
 - psycholoog
 - verpleegkundige
 - maatschappelijk assistent
 - psychiatrisch verpleegkundige
 - andere:.....

- 14) Wat wordt er nagevraagd bij de screening?
- levensgebeurtenissen die de poging vooraf gingen
 - alcohol, drugs en medicatiegebruik
 - beschikbaarheid van het suïcidemiddel
 - aanwezigheid van suïcidale modellen in de omgeving
 - psychiatrische voorgeschiedenis inclusief suïcidaal gedrag
 - huidige psychiatrische problemen
 - sociale factoren (relatie, werk, financieel,...)
 - motieven
 - voorbereiding en uitvoering
 - suïcidale intentie
 - aanwezigheid van probleemoplossende vaardigheden
 - motivatie voor verdere hulp
 - vertrouwen in hulpverlening
 - steun van de omgeving
 - ruimte voor bespreken van gevoelens en gedachten
 - andere:.....

- 15) Gebeurt er een risico-inschatting? ja/ nee
 Zo nee, om welke redenen gebeurt er geen risico-inschatting?
- geen gespecialiseerde persoon (psychiater, psycholoog,...) beschikbaar
 - te weinig tijd
 - psychiatrisch – psychologische problematiek wordt niet gedragen door het ziekenhuis
 - andere:.....

Ga naar vraag 18

- 16) Met welke factoren wordt er rekening gehouden bij de risico-inschatting?
- suïcidepogingen in de voorgeschiedenis
 - huidige poging met hoge suïcidale intentie
 - psychiatrische problematiek aanwezig en voorgeschiedenis van psychiatrische behandeling
 - gebrek aan sociale ondersteuning en alleen leven
 - werkloosheid
 - gewelddadigheid en hoge agressiviteit
 - slechte lichamelijke gezondheidstoestand
 - aanwezigheid hopeloosheidsgevoel
 - andere:.....

- 17) Wie bepaalt de risico inschatting?
- psychiater
 - psycholoog
 - verpleegkundige
 - maatschappelijk assistent
 - andere:.....

- 18) Worden er al dan niet afhankelijk van de risico-inschatting extra maatregelen getroffen in verband met de veiligheid bij het opnemen van suïcidepatiënten? ja / nee

a) Zo ja, welke?

- afgeven van eigen medicatie
- inname en verdeling medicatie onder toezicht van verplegend personeel
- risicovolle voorwerpen (schaar, scheermesjes,...) verwijderen of onder toezicht laten gebruiken
- plaatsing in eenpersoonskamer
- plaatsing in tweepersoonskamer
- extra aandacht wanneer de patiënt zich terugtrekt
- per shift de emotionele toestand van de patiënt checken
- intensief dagelijks contact met psychiater, psycholoog of psychiatrisch verpleegkundige
- uitgaansverbod
- verhoogd toezicht
- veiligheidskamer
- andere:.....

b) Zo nee, waarom worden er geen extra veiligheidsmaatregelen genomen bij het opnemen van suïcidepatiënten?

- een beperkt aantal suïcidepogers
- de problematiek wordt niet gedragen door het ziekenhuis
- er worden momenteel of in de nabije toekomst acties ondernomen
- de patiënten worden niet gecentreerd op 1 afdeling, waardoor het praktisch niet haalbaar is om extra veiligheidsmaatregelen te treffen
- andere:.....

Behandeling en opvolging

- 19) Worden de suïcidepatiënten gecentreerd op één afdeling? ja / nee
- a) Zo ja, op welke afdeling?
- 0 psychiatrie
 - 0 neurologie
 - 0 intensive care
 - 0 interne geneeskunde
 - 0 PAAZ
 - 0 andere:.....
- b) Zo nee, welke factoren bepalen de toewijzing van patiënten aan een afdeling?
- 0 ernst letsel
 - 0 behandelende arts
 - 0 aantal suïcidepogers
 - 0 beschikbaarheid van bedden
 - 0 andere:.....

- 20) Wordt de familie of de vergezellende persoon van de patiënt actief betrokken bij behandeling en opvolging? ja / nee

Zo nee, ga naar vraag 24

- 21) Waarin worden deze naasten betrokken?
- 0 somatische opname
 - 0 psychiatrisch psychologische opname
 - 0 ontslag
 - 0 behandeling
 - 0 vervolgzorg en opvang na ontslag
 - 0 andere:.....

- 22) Zijn er naasten die specifiek in aanmerking komen voor opvang?
- 0 partner
 - 0 kinderen
 - 0 ouders
 - 0 andere:.....

- 23) Wie verzorgt deze opvang?
- 0 behandelende arts
 - 0 psychiater
 - 0 psycholoog
 - 0 verpleegkundige
 - 0 maatschappelijk assistent
 - 0 psychiatrisch verpleegkundige
 - 0 andere:.....

- 24) Bestaat er een opvang- en begeleidingsteam voor suïcidepogers binnen het algemeen ziekenhuis of op de PAAZ? ja / nee

Zo nee, waarom niet?

- 0 aantal suïcidepogers is te beperkt voor het oprichten van zo een team
- 0 de problematiek wordt niet gedragen door het ziekenhuis
- 0 er worden momenteel of in de nabije toekomst acties ondernomen
- 0 personeelstekort
- 0 andere:.....

Ga naar vraag 30

- 25) Welke leden omvat het team?
- 0 psychiater: aantal:....
 - 0 psycholoog: aantal:....
 - 0 psychiatrisch verpleegkundige: aantal:....
 - 0 verpleegkundigen: aantal:.....
 - 0 artsspecialisten: aantal.....
 - 0 maatschappelijk assistenten: aantal:.....
 - 0 ergotherapeuten: aantal:....
 - 0 kinesitherapeuten: aantal/.....
 - 0 andere:.....
- 26) Is er een op papier uitgewerkt communicatieplan per patiënt, zodat het hele team steeds op de hoogte is van de stand van zaken van elke suïcidepatiënt? ja/nee
- a) Zo ja, is het mogelijk een kopie van het communicatieplan bij te voegen?
- b) Zo nee, welke redenen zijn er om geen communicatieplan te hanteren?
- 0 te kleine populatie aan patiënten
 - 0 geen uitgebreid team waarin overleg noodzakelijk is
 - 0 andere:.....

Ga naar vraag 30

- 27) Hoe gebeurt de briefing van de teamleden?
- 0 via gegevensfiche
 - 0 kort dagelijks overleg
 - 0 op basis van behoeften
 - 0 andere:.....
- 28) Welke elementen met betrekking tot de patiënt bevat het communicatieplan?
- 0 identiteitsgegevens patiënt
 - 0 verslag somatische behandeling
 - 0 psychologische psychiatrische anamnese
 - 0 problematiek
 - 0 gecontacteerde personen
 - 0 ontslagregeling
 - 0 beknopte verslaggeving met datum en intern contactpersoon
 - 0 rudimentaire gegevens
 - 0 behandelingsplan
 - 0 andere:.....
- 29) Wie maakt gebruik van of heeft toegang tot deze communicatie?
- 0 alle teamleden
 - 0 psychiater
 - 0 verplegend personeel
 - 0 familieleden
 - 0 andere:.....
- 30) Wordt het ziekenhuispersoneel dat in contact komt met suïcidepogers getraind voor de opvang van deze patiëntengroep? ja/nee
- Zo nee, waarom niet?
- 0 een te kleine patiëntengroep om het personeel daarvoor bij te scholen
 - 0 geen behoefte aan speciale zorg en opvang voor suïcidepogers
 - 0 personeelstekort
 - 0 andere:.....

Ga naar vraag 33

- 31) Wanneer wordt het ziekenhuispersoneel dat in contact komt met de suïcidale problematiek geschoold voor de opvang van suïcidepogers?
- vooraf
 - in service
 - andere:.....
- 32) Wanneer wordt het ziekenhuispersoneel dat in contact komt met de suïcidale problematiek geschoold voor de opvang van aanverwanten van suïcidepogers?
- vooraf
 - in service
 - andere:.....
- 33) Krijgt het team ondersteuning van een inhoudelijk deskundige supervisor? ja/ nee
Zo ja, wie?
- psychiater
 - psycholoog
 - neuroloog
 - psychiatrisch verpleegkundige
 - andere:.....

Vervolgzorg, doorverwijzing en ontslag:

- 34) Wordt er een medicatiebeleid samengesteld met patiënt en familie? ja/ nee
Zo ja, welke afspraken bevat dit beleid?
- dosering medicatie
 - bewaring medicatie
 - aantal voorschriften voor medicatie
 - andere:.....
- 35) Wordt er een concreet vervolgzorgplan uitgewerkt voor en samen met de patiënt? ja/nee
Zo nee, ga naar vraag 37
- 36) Wordt hierbij ook met de familie afspraken gemaakt over het te volgen plan? ja/ nee
- 37) Worden de patiënten doorverwezen indien nodig? ja/ nee
- a) Zo ja, naar wie of wat?
- psychiatrische kliniek
 - CGG
 - CLB (bij jongeren)
 - huisarts
 - privé gevestigd psychiater
 - therapeut
 - andere:.....
- b) *Zo nee, ga naar vraag 40*
- 38) Wie organiseert de doorverwijzing van de patiënten?
- behandelende arts
 - psychiater
 - psycholoog
 - verpleegkundige
 - psychiatrisch verpleegkundige
 - maatschappelijk assistent
 - andere:.....
- 39) Wanneer doorverwijzing aangewezen is kunnen externe hulpverleners gecontacteerd worden. In onderstaande tabel worden een aantal mogelijke externe hulpverleners opgesomd. Gelieve een kruisje te plaatsen of en wanneer deze contacten plaatsvinden.

	Niet gecontacteerd	Bij ontslag	Tijdens behandeling	Ander moment, namelijk
Huisarts			
Behandelend psychiater/therapeut			
CGG			
OCMW			
Andere

40) Er kunnen externe hulpverleners geïnformeerd worden over de suïcidepoging zonder reden tot doorverwijzing. In onderstaande tabel worden een aantal mogelijke externe hulpverleners opgesomd. Gelieve een kruisje te plaatsen of en wanneer deze informatie-uitwisselingen plaatsvinden.

	Niet gecontacteerd	Bij ontslag	Tijdens behandeling	Ander moment, namelijk
Huisarts			
Behandelend psychiater			
CGG			
OCMW			
Andere

41) Via welke kanalen worden de externe hulpverleners op de hoogte gebracht?

- telefonisch
- elektronisch
- schriftelijk: patiëntendossier en begeleidende brief
- andere:.....

42) Welke gegevens bevat het verwijsrapport?

- identiteitsgegevens patiënt
- verslag somatische behandeling
- psychologische psychiatrische anamnese
- problematiek
- gecontacteerde interne en externe personen
- ontslagregeling
- behandelend arts
- andere:.....

43) Wat wordt ondernomen indien er zich problemen stellen bij het doorverwijzen naar de extramurale zorg? Wanneer de patiënt dat niet ziet zitten?

- er wordt niets gedaan, patiënten mogen vrij kiezen
- de patiënt krijgt een kaartje mee met nuttig telefoonnummers voor vervolgzorg
- de patiënt ontvangt een verwijsbrief voor zijn/haar huisarts
- er wordt een gesprek aangegaan om het belang aan te tonen van een psychiatrische begeleiding
- in het gesprek worden belangrijke derden betrokken
- andere:.....

Gelieve de gevraagde kopieën van het protocol en het communicatieplan toe te voegen indien van toepassing.

Voor meer informatie, vragen of opmerkingen kan u steeds terecht bij:
 Joke Manshoven/Sara De Clerck, SEIN – Limburgs Universitair Centrum
 Universitaire Campus, gebouw D
 3590 Diepenbeek, tel. 011/26.86.92
joke.manshoven@luc.ac.be
sara.declerck@luc.ac.be

Hartelijk dank voor uw medewerking!

BIJLAGE 7: IDENTIFICATIEFORMULIER

Nazorg Suïcidepoger

Mr./Mevr. werd in het [naam ziekenhuis]
behandeld op / / o.w.v. een suïcidepoging

De patiënt werd gevraagd om deel te nemen aan het onderzoek en hij/zij ondertekende de
informed consent.

Identificatiegegevens

Naam + voornaam patiënt:

Adres:

.....

Telefoonnummer:

Geboortedatum: / /

Geslacht: M/V

Middel:

Intoxicatie door

Zelfverwonding door

Andere:

Ernst van het lichamelijk letsel:

Geen

Beperkt

Ernstig

Levensbedreigend

Huisarts:

De huisarts werd op de hoogte gebracht van het ontslag uit het ziekenhuis

Een flyer werd meegestuurd

Contactpersoon binnen ziekenhuis:

Ontslag op / /

BIJLAGE 8: 1^{STE} FOLLOW-UP: STRAMIEN TELEFONISCH CONTACT

Voorstelling

Goede.....(morgen, middag, avond), mijn naam is en ik werk als onderzoeker aan het LUC.

Iets meer dan 2 weken geleden werd u in het ziekenhuis opgenomen nadat u in een crisis was beland. In het ziekenhuis hebben ze u toen gevraagd of u zou willen meewerken aan een onderzoek. Dat onderzoek wordt uitgevoerd door het LUC, vandaar dat ik u bel.

Ze hebben u toen verteld dat we willen nagaan wat de beste manier is om mensen te helpen na een poging, ook na ontslag uit het ziekenhuis.

U heeft toen een papier ingevuld waarop u aangaf bereid te zijn om mee te werken.

Bedankt hiervoor.

Vragen

In het ziekenhuis hebben ze u al gezegd dat uw huisarts u kan helpen als u het moeilijk krijgt.

Heeft u na uw ontslag uit het ziekenhuis al contact gehad met uw huisarts?

Indien **ja**,

- Heeft u zelf contact opgenomen met uw huisarts?
- Heeft uw huisarts contact opgenomen met u?

Indien **neen**, bent u nog van plan om dit te doen?

Kan u aangeven waarom u geen contact zoekt met uw huisarts? (open vraag)

- ik ken mijn huisarts niet goed
- ik vertrouw mijn huisarts niet
- ik schaam mij voor wat ik gedaan heb
- er is geen probleem meer, het was een vergissing
- ik zoek wel hulp bij iemand anders
-

Indien er een contact is geweest tussen patiënt en huisarts.

- Hoe verliep het eerste contact met uw huisarts?
- Ben u al bij al blij met het contact met uw huisarts?

Zoekt u momenteel hulp bij andere hulpverleners dat uw huisarts? Zo ja , welke?

Afsluiting

Bedankt voor uw antwoorden. Mogen we u binnen 5 maanden opnieuw contacteren om een afspraak te maken voor een gesprek? We zouden graag weten hoe het dan met u gaat.

BIJLAGE 9: 1^{STE} FOLLOW-UP: SCHRIFTELIJKE BEVRAGING



Vervolgzorg na ontslag uit het ziekenhuis

Beste,

Ongeveer 2 weken geleden werd u uit het ziekenhuis ontslagen nadat u in een crisis gekomen was en daarvoor opgenomen werd in het ziekenhuis. In het ziekenhuis hebben ze u toen gevraagd of u zou willen meewerken aan een onderzoek. Het onderzoek wordt uitgevoerd door het Limburgs Universitair Centrum (LUC) in Diepenbeek, onderzoeksgroep Gezondheidspsychologie.

We willen nagaan wat de beste manier is om mensen te helpen na een crisisopname in het ziekenhuis.

U heeft toen een formulier ingevuld waarop u aangaf bereid te zijn mee te werken aan het onderzoek. Dit houdt in dat we u twee maal zullen contacteren, een eerste maal nu schriftelijk en een tweede maal binnen een half jaar.

Mogen we u vragen om enkele vragen te beantwoorden. Het gaat telkens om korte vragen waarbij u het bolletje kleurt dat overeenkomt met uw antwoord.

Wij zijn ervan overtuigd dat uw medewerking ervoor kan zorgen dat we naar de toekomst toe beter gaan weten welke hulp er nodig is, ook op langere termijn.

Vragen

In het ziekenhuis hebben ze u gezegd dat uw huisarts u kan helpen wanneer u het moeilijk krijgt.

1. Heeft u na ontslag uit het ziekenhuis contact gehad met uw huisarts?
 - Ja
 - Neen → ga naar vraag 4

2. Hoe is dat contact er gekomen? Heeft u zelf uw huisarts gecontacteerd of nam uw huisarts contact op met u?
 - Ik heb mijn huisarts gecontacteerd
 - Mijn huisarts heeft mij gecontacteerd

3. Bent u tevreden over het gesprek met uw huisarts?
 - Zeer tevreden
 - Tevreden
 - Neutraal
 - Ontevreden
 - Zeer ontevreden

→ ga naar vraag 5

4. Kan u aangeven waarom er geen contact is geweest met uw huisarts. Kruis aan, meerdere antwoorden mogelijk.

- Ik ken mijn huisarts niet goed
- Ik schaam me voor wat ik gedaan heb
- Ik vertrouw mijn huisarts niet goed
- Ik zoek hulp bij iemand anders dan mijn huisarts
- Ik vind het niet nodig om mijn huisarts op te zoeken
- Andere,

5. Zoekt u momenteel hulp bij andere hulpverleners dan je huisarts? Bijvoorbeeld een CGG, een psychiater, therapeut,

- Ja
- Neen

Indien u nog vragen of opmerkingen heeft, kan u die hier noteren.

.....
.....
.....
.....
.....

We zullen u binnen ongeveer een half jaar terug contacteren om een afspraak te maken voor een gesprek. We zouden graag weten hoe het dan met u gaat.

Telefoonnummer waarop we u kunnen bereiken:

U kan de vragenlijst terug opsturen door middel van de bijgevoegde enveloppe. Het is niet nodig om een postzegel te kleven op de enveloppe.

Uw gegevens worden in geen enkel geval doorgegeven en worden behandeld onder volstrekte geheimhouding.

BEDANKT VOOR UW MEDEWERKING!

Joke Manshoven/Sara De Clerck
Onderzoeksgroep Gezondheidspsychologie
Limburgs Universitair Centrum
Universitaire Campus, gebouw D
3590 Diepenbeek

BIJLAGE 10: POWERBEREKENINGEN

Voor de verschillende uitkomstmaten (psychosomatisch onwelbevinden, negatieve/positieve affectiviteit, hopeloosheid, recidive) is de bijbehorende power berekend aan de hand van de gekende steekproefgrootte, de gekozen alpha (0.05) en de geschatte effectgrootte. Daarnaast is op basis van een gekozen alpha, de gekende steekproefgrootte en de ideale power (0.80) berekend hoe groot het gevonden verschil moet zijn, wil men kunnen spreken van een 'significant effect'.

Uitkomstmaat I: Recidive

Binnen het project willen we nagaan of de systematisch inschakeling van de huisarts leidt tot een verminderd risico op recidive. De onderzoeksgroep bestaat bijgevolg uit alle patiënten van wie we weten of ze een contact hebben gehad met hun huisarts én of ze een nieuwe poging hebben ondernomen, in dit geval 72 patiënten. De interventiegroep bestaat dan uit alle suïcidepogers die een contact hebben gehad met de huisarts ($N_i = 48$ cases); de controlegroep bevat alle suïcidepogers die geen contact hebben gehad ($N_c = 24$ cases).

We kiezen ervoor om type I-fout (α) gelijk te stellen aan 0.10 voor een tweezijdige toets.

We verwachten dat in controlegroep 10% van de SP recidiveert ($= P_c$).

We hopen in interventiegroep deze 10% te reduceren tot 5% ($= P_i$). Dit verschil wordt getoetst aan de hand van de Fisher's exact toets

Op basis van deze parameters bekommen we een Power van 0.111 (zie figuur 1).

De Power (= kans om een effect aan te tonen, wanneer er ook werkelijk een effect heeft optreden) moet echter minimum 0.80 bedragen om betrouwbare uitspraken te kunnen leveren. Om dit behalen bij een verwachte effectgrootte van 0.193 (10% recidiven in controlegroep, 5% recidiven in interventiegroep) hebben we een steekproef nodig van 830 suïcidepogers bij een ongelijke verdeling van pogers over de groepen (bv. 553 in interventiegroep en 128 in controlegroep – zie figuur 1) en een steekproef van 762 bij gelijke verdeling van cases over de onderzoeksgroepen (zie figuur 2).

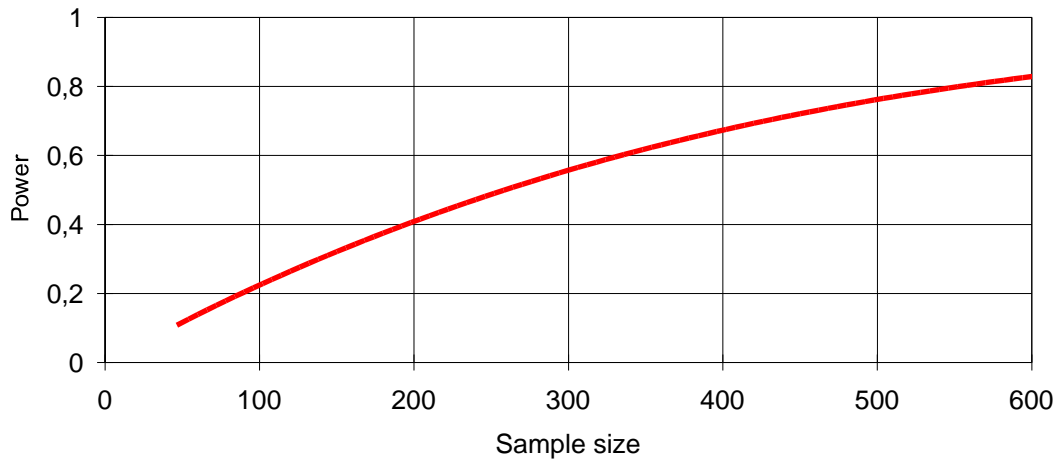
Wanneer we met onze huidige steekproefgrootte van 72 suïcidepogers (48 in interventiegroep en 24 in controlegroep) toch nog een power van 0.8 willen behalen, moet de verwachte effectgrootte groter zijn, namelijk 10% recidieven in controlegroep ten opzichte van 0% recidieven in de interventiegroep (zie figuur 3 en 4).

Figuur 1

P_c: 0.1; P_i: 0.05

verhouding N_c – N_i : ½

Sample size: aantal cases in interventiegroep

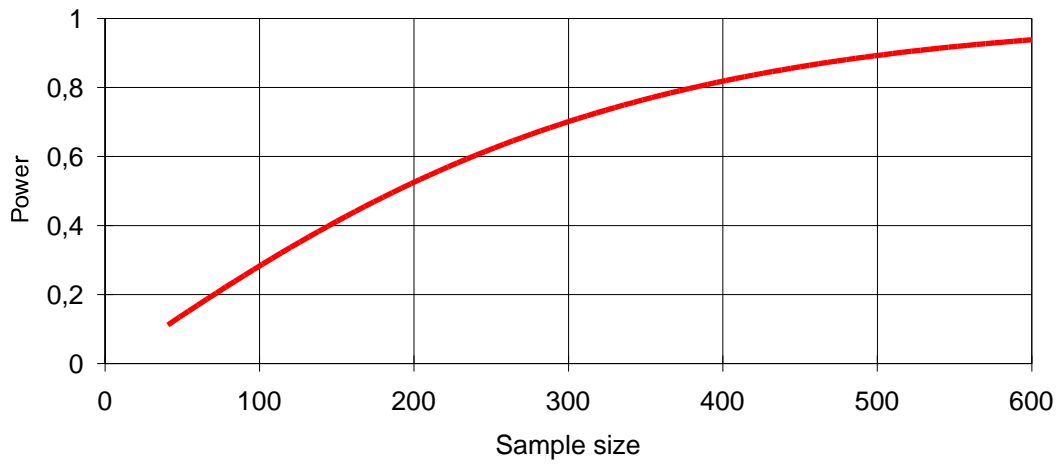


Figuur 2

P_c: 0.1; P_i: 0.05

verhouding N_c – N_i : 1

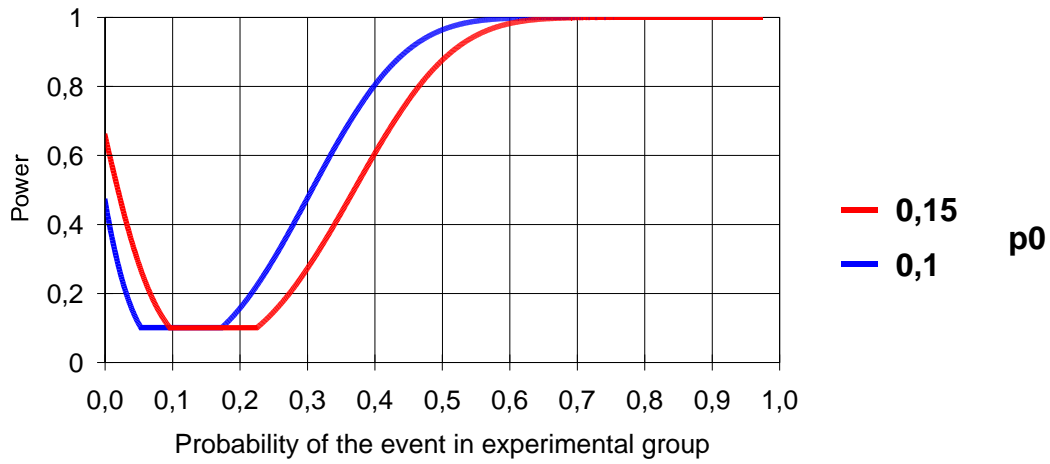
Sample size: aantal cases in interventiegroep



Figuur 3

N_i : 48

verhouding N_e – N_i : ½

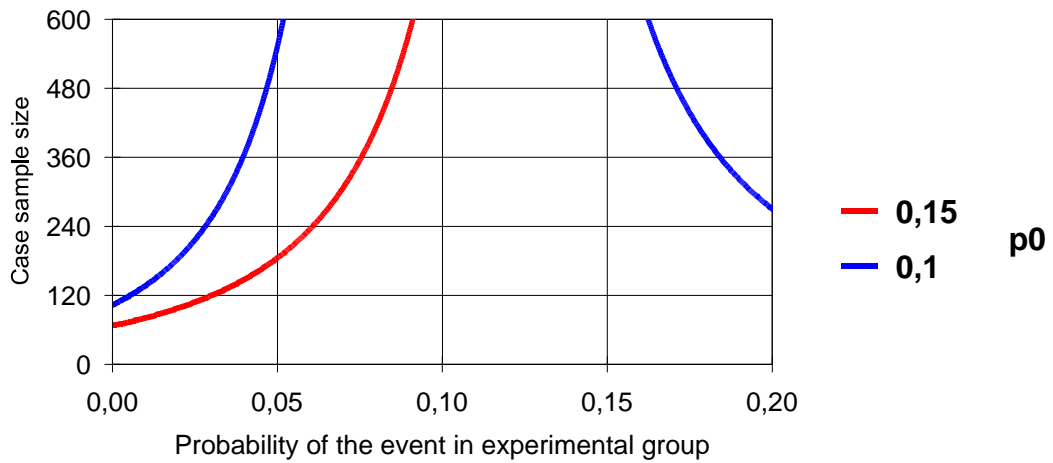


Figuur 4

Power : 0.80

verhouding N_e – N_i : ½

P_c: 0.1 of P_c: 0.15



Uitkomstmaat II: welzijn van de patiënt

Binnen het project willen we in tweede instantie nagaan of de systematisch inschakeling van de huisarts leidt tot een verbeterd welzijn van de patiënten, waarbij welzijn geoperationaliseerd is aan de hand van vier variabelen: psychisch onwelbevinden, negatieve affectiviteit, positieve affectiviteit en hopeloosheid. Ten aanzien van deze vraag bestaat de onderzoeksgroep uit alle patiënten van wie bekend is of ze contact hebben gehad met hun huisarts én die de verschillende vragenlijsten (GHQ, PANAS, BHS) hebben ingevuld, in dit geval patiënten. Voorgenoemde uitkomstmaten zijn continue geschaald en vereisen dus het uitvoeren van een onafhankelijke t-test.

Psychosomatisch onwelbevinden

De onderzoeksgroep bestaat uit alle patiënten die de general health questionnaire op voldoende wijze (minder dan 3 missings) hebben ingevuld én van wie we weten of ze een contact hebben gehad met hun huisarts, in dit geval 48 patiënten. De interventiegroep bestaat uit alle suïcidepogers die een contact hebben gehad met de huisarts ($N_i = 34$ cases); de controlegroep bevat alle suïcidepogers die geen contact hebben gehad ($N_c = 14$ cases). De verhouding $N_c - N_i = 0.412$

We kiezen ervoor om type I-fout (α) gelijk te stellen aan 0.10 voor een tweezijdige toets.

Op basis van de berekeningen uitgevoerd op onze dataset, zien we dat de gemiddelde score op onwelbevinden, in de controlegroep, 5.000 bedraagt. We hopen dat deze score voor de interventiegroep lager is, namelijk score 4 (= P_i). De geschatte standaarddeviatie bedraagt 4.0545.

Op basis van deze parameters bekommen we een Power van 0.195 (zie figuur 1).

De Power (= kans om een effect aan te tonen, wanneer er ook werkelijk een effect heeft optreden) moet echter minimum 0.80 bedragen om betrouwbare uitspraken te kunnen leveren. Om dit behalen bij een verwachte verschilscore van '1' (gemiddelde score van 5.00 in controlegroep, gemiddelde score van 4.00 in interventiegroep) hebben we een steekproef nodig van 493 suïcidepogers bij een ongelijke verdeling van pogers over de groepen (bv. Bij $N_c - N_i$ ratio van 0.412: 349 in interventiegroep en 144 in controlegroep – zie figuur 1) en een steekproef van 408 bij gelijke verdeling van cases over de onderzoeksgroepen (zie figuur 2).

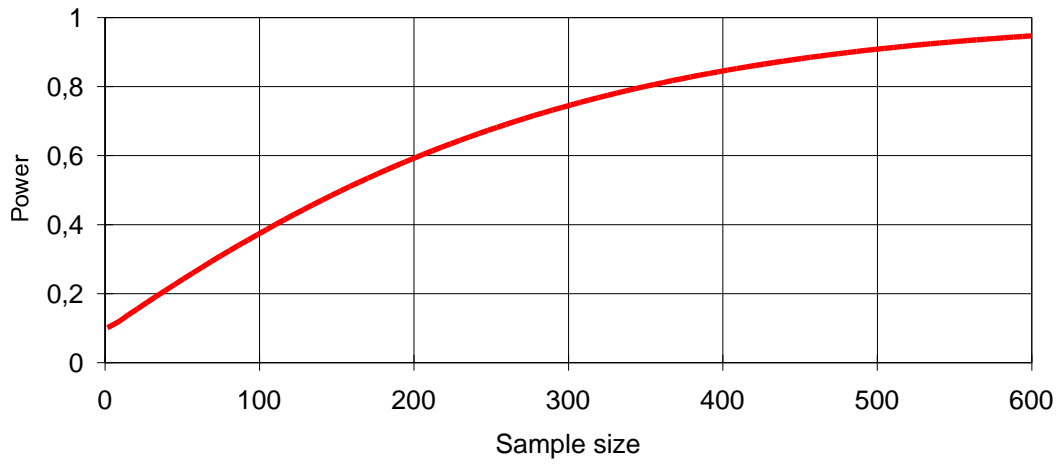
Wanneer we met onze huidige steekproefgrootte van 48 suïcidepogers (34 in interventiegroep en 14 in controlegroep) toch nog een power van 0.8 willen behalen, moet de gemiddelde verschilscore groter zijn dan '1', namelijk 3.25 (zie figuur 3 en 4).

Figuur 1

$\mu_c: 5.00; \mu_i: 4.00 \quad \sigma: 4.054$

verhouding $N_c - N_i : 0.4$

Sample size: aantal cases in interventiegroep

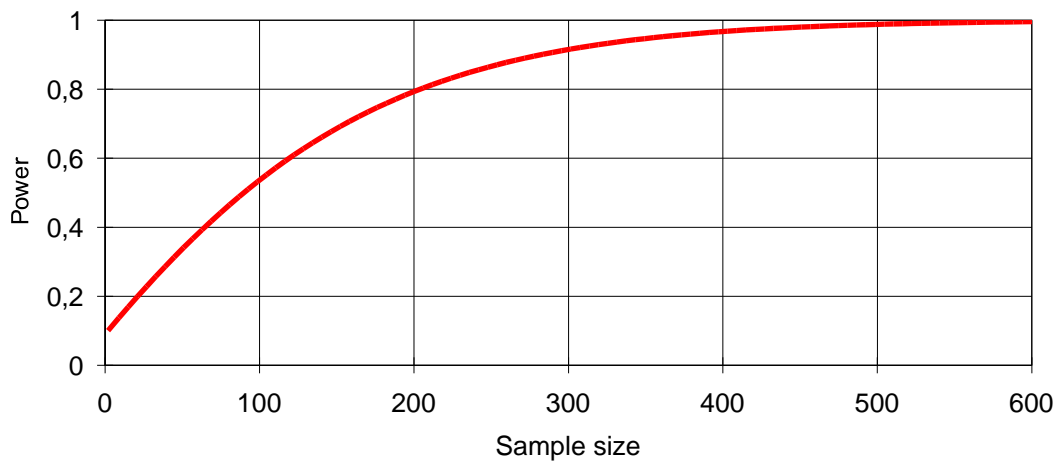


Figuur 2

$\mu_c: 5.00; \mu_i: 4.00 \quad \sigma: 4.054$

verhouding $N_c - N_i : 1$

Sample size: aantal cases in interventiegroep

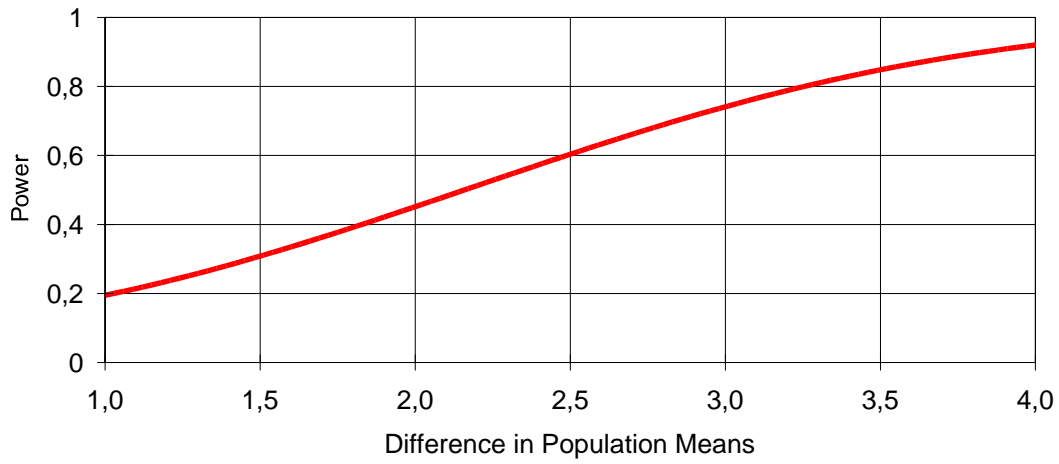


Figuur 3

N_i : 34

verhouding $N_e - N_i$: 0.412

σ : 4.054

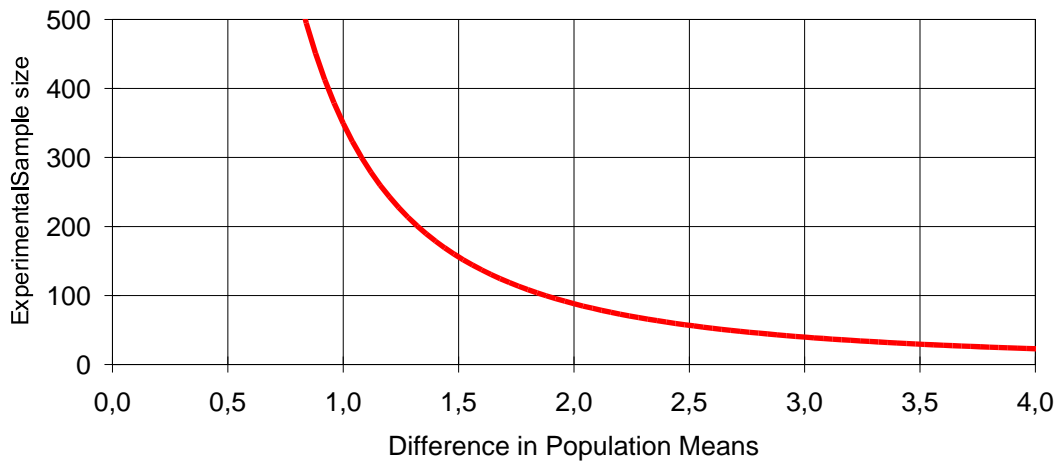


Figuur 4

N_i : 34 σ : 4.054

Power : 0.80

verhouding $N_e - N_i$: 0.412



Positieve affectiviteit

De onderzoeksgroep bestaat uit alle patiënten die de Positive and Negative Affectivity Scale op voldoende wijze hebben ingevuld (minder dan 3 missings) én van wie we weten of ze een contact hebben gehad met hun huisarts, in dit geval 50 patiënten. De interventiegroep bestaat uit alle suïcidepogers die een contact hebben gehad met de huisarts ($N_i = 35$ cases); de controlegroep bevat alle suïcidepogers die geen contact hebben gehad ($N_c = 15$ cases). De verhouding $N_c - N_i = 0.429$.

We kiezen ervoor om type I-fout (α) gelijk te stellen aan 0.10 voor een tweezijdige toets.

Op basis van de berekeningen uitgevoerd op onze dataset, zien we dat de gemiddelde score op positieve affectiviteit in de controlegroep 28.55 bedraagt ($= \mu_c$). We hopen dat deze score voor de interventiegroep hoger is, namelijk score 32.55 ($= \mu_i$). De geschatte standaarddeviatie bedraagt 8.9456.

Op basis van deze parameters bekomen we een Power van 0.4119 (zie figuur 1).

De Power (= kans om een effect aan te tonen, wanneer er ook werkelijk een effect heeft optreden) moet echter minimum 0.80 bedragen om betrouwbare uitspraken te kunnen leveren. Om dit behalen bij een verwachte verschilscore van '4' (gemiddelde score van 28.55 in controlegroep, gemiddelde score van 32.55 in interventiegroep) hebben we een steekproef nodig van 148 suïcidepogers bij een ongelijke verdeling van pogers over de groepen (bv. Bij $N_c - N_i$ ratio van 0.429: 104 in interventiegroep en 44.6 in controlegroep – zie figuur 1) en een steekproef van 126 bij gelijke verdeling van cases over de onderzoeksgroepen (zie figuur 2).

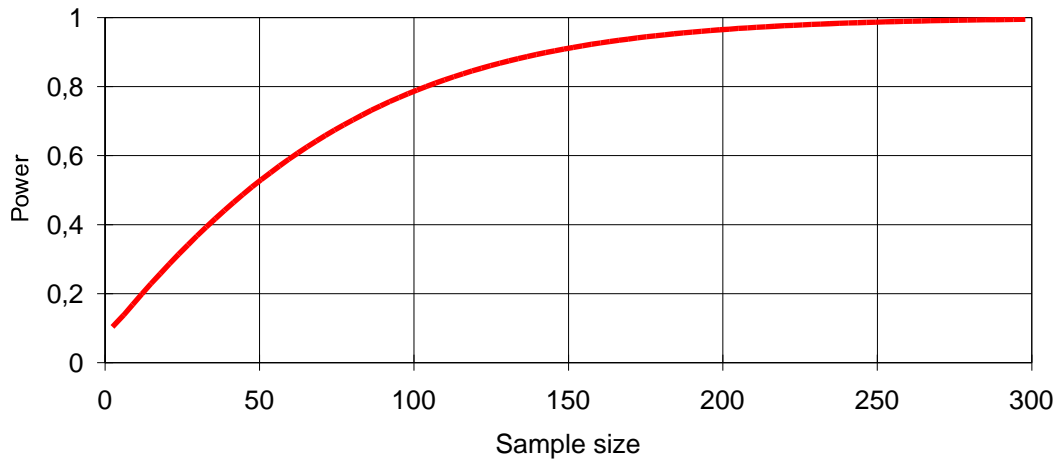
Wanneer we met onze huidige steekproefgrootte van 50 suïcidepogers (35 in interventiegroep en 15 in controlegroep) toch nog een power van 0.8 willen behalen, moet de gemiddelde verschilscore groter zijn dan '4', namelijk 6.97 (zie figuur 3 en 4).

Figuur 1

μ_c : 28.55; μ_i : 32.55 σ : 8.9456

verhouding $N_c - N_i$: 0.4

Sample size: aantal cases in interventiegroep

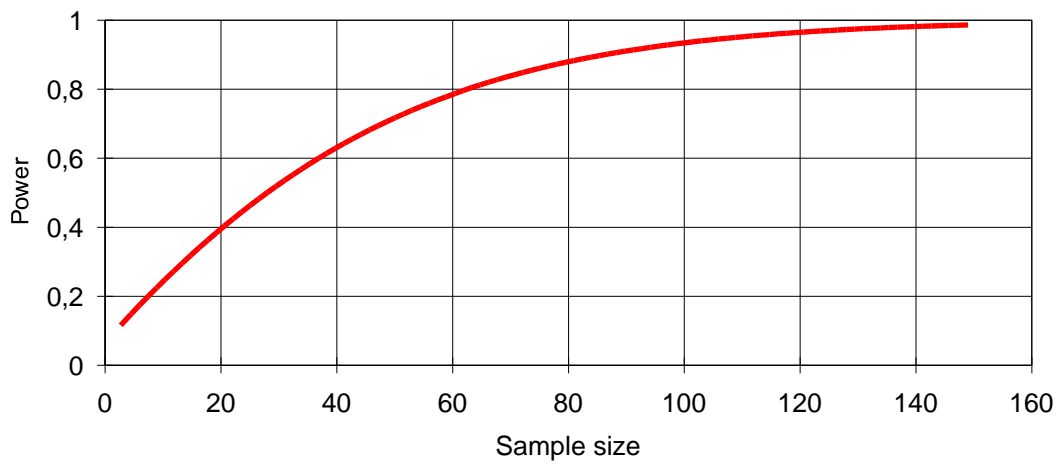


Figuur 2

μ_c : 28.55; μ_i : 32.55 σ : 8.9456

verhouding $N_c - N_i$: 1

Sample size: aantal cases in interventiegroep



Figuur 3

N_i : 35

verhouding $N_e - N_i$: 0.429

σ : 8.9456



Figuur 4

N_i : 35 σ : 8.9456

Power : 0.80

verhouding $N_e - N_i$: 0.429



Hopeloosheid

De onderzoeksgroep bestaat uit alle patiënten die de Beck Hopelessness Scale op voldoende wijze (minder dan 3 missings) hebben ingevuld én van wie we weten of ze een contact hebben gehad met hun huisarts, in dit geval 47 patiënten. De interventiegroep bestaat uit alle suïcidepogers die een contact hebben gehad met de huisarts ($N_i = 32$ cases); de controlegroep bevat alle suïcidepogers die geen contact hebben gehad ($N_c = 15$ cases). De verhouding $N_c - N_i = 0.469$

We kiezen ervoor om type I-fout (α) gelijk te stellen aan 0.10 voor een tweezijdige toets.

Op basis van de berekeningen uitgevoerd op onze dataset, zien we dat de gemiddelde score op onwelbevinden, in de controlegroep, 7.31 bedraagt ($= \mu_c$). We hopen dat deze score voor de interventiegroep lager is, namelijk score 5.81 ($= \mu_i$). De geschatte standaarddeviatie bedraagt 5.658.

Op basis van deze parameters bekommen we een Power van 0.212 (zie figuur 1).

De Power (= kans om een effect aan te tonen, wanneer er ook werkelijk een effect heeft optreden) moet echter minimum 0.80 bedragen om betrouwbare uitspraken te kunnen leveren. Om dit behalen bij een verwachte verschilscore van '1,5 (gemiddelde score van 7.31 in controlegroep, verwachte gemiddelde score van 5.81 in interventiegroep) hebben we een steekproef nodig van 407 suïcidepogers bij een ongelijke verdeling van pogers over de onderzoeksgroepen (bv. Bij $N_c - N_i$ ratio van 0.469: 277 in interventiegroep en 130 in controlegroep – zie figuur 1) en een steekproef van 354 bij gelijke verdeling van cases over de onderzoeksgroepen (zie figuur 2).

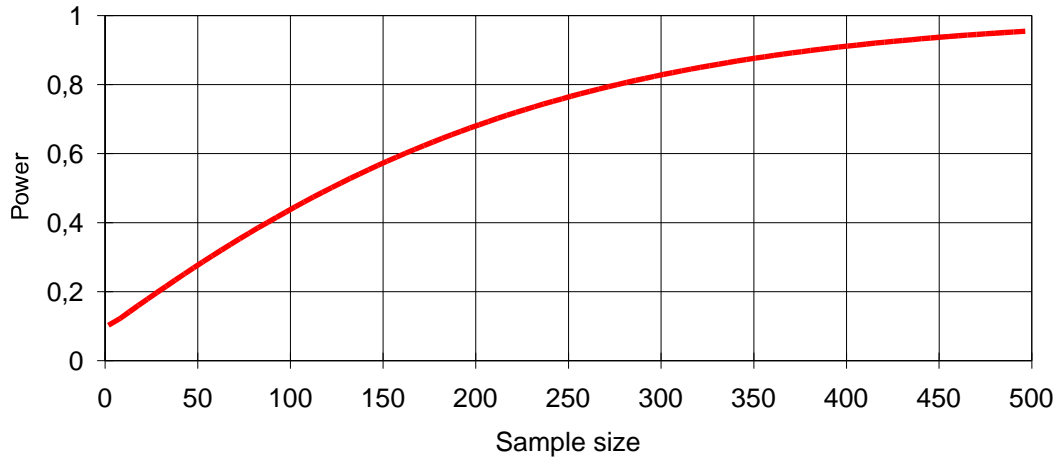
Wanneer we met onze huidige steekproefgrootte van 47 suïcidepogers (32 in interventiegroep en 15 in controlegroep) toch nog een power van 0.8 willen behalen, moet de gemiddelde verschilscore groter zijn dan '1.5', namelijk 4.48 (zie figuur 3 en 4).

Figuur 1

μ_c : 7.31; μ_i : 5.81 σ : 5.658

verhouding $N_c - N_i$: 0.47

Sample size: aantal cases in interventiegroep

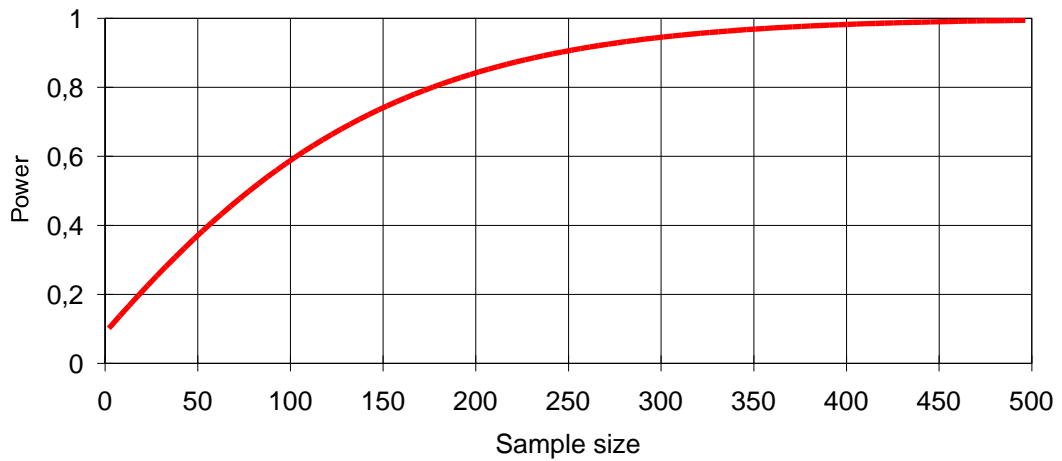


Figuur 2

μ_c : 7.31; μ_i : 5.81 σ : 5.658

verhouding $N_c - N_i$: 1

Sample size: aantal cases in interventiegroep



Figuur 3

$N_i : 32$ $\sigma : 5.658$

verhouding $N_e - N_i : 0.469$



Figuur 4

$N_i : 32$ $\sigma : 5.658$

Power : 0.80

verhouding $N_e - N_i : 0.469$



BIJLAGE 11: STRAMIEN EVALUATIE- EN TERUGKOPPELINGSMOMENT IN ZIEKENHUIZEN

Per ziekenhuis een evaluatie gesprek met alle bij het onderzoek betrokken personen.

Aanpak:

- Duur: maximaal 2 uur
- Lokatie: ziekenhuis
- Motivatie en sensibilisering

Inhoud:

- voorstellingsronde
- toelichting stand van zaken ziekenhuis
- evaluatie door betrokken partijen binnen ziekenhuis

1. VOORSTELLINGSRONDE

Iedereen stelt zichzelf kort voor.

Functie + rol onderzoek

2. BESPREKING STAND VAN ZAKEN IN ZIEKENHUIS

2.1 Cijfergegevens

Aantal suïcidepogers

- Totaal aantal suïcidepogers
- Aantal gevraagd + positieve reactie
- Aantal gevraagd + negatieve reactie
- Aantal niet gevraagd

Aftoetsing: is dit een realistisch beeld van de werkelijkheid?

2.2 Follow-up patiënten

Kort verslag van de ervaringen:

- ✓ Welke vragen worden er aan de patiënten gesteld? (telefonisch of schriftelijk)
- ✓ Herinneren patiënten zich nog dat ze toestemden om mee te werken aan het onderzoek?
- ✓ Reacties van patiënten (nu – contact na 6 maanden)
- ✓ Contact patiënt – huisarts (initiatief – ervaringen)

3. EVALUATIE VANUIT ZIEKENHUIS

3.1 Opstart onderzoek

- ✓ Hoe is de opstart van het onderzoek verlopen?
- ✓ Zijn alle afdelingen geïnformeerd over het onderzoek?
- ✓ Hoe werden alle betrokken afdelingen, personen geïnformeerd?
- ✓ Zijn alle formulieren beschikbaar, daar waar ze nodig zijn?

3.2 Aanpak onderzoek

- ✓ Werden er intern afspraken gemaakt wat betreft het onderzoek? (verantwoordelijkheid – informeren wanneer patiënt toekomt – informatieoverdracht tussen afdelingen - ...)
- ✓ Wie licht het onderzoek toe en wie vraagt aan de patiënt om mee te werken? Wordt het onderzoek aan de hand van de brief + informed consent toegelicht? Geeft men de brief aan de patiënt en laat men hem of haar er over nadenken?
- ✓ Wanneer gebeurt dit?
- ✓ Is het voor iedereen duidelijk wanneer een patiënt reeds gevraagd werd of wanneer dit nog moet gebeuren? Bijvoorbeeld bij overplaatsen naar andere afdeling, bij overgang weekend – week, bij wisseling personeel, ...
- ✓ Ervaringen

Wat zijn de ervaringen met het vragen van de patiënten om mee te werken aan het onderzoek?

Vindt men dit moeilijk of niet?

Wat zijn de knelpunten?

Heeft men behoefte aan bijkomende opleiding, aan een bijkomende toelichting?

- ✓ Patiënten die we niet kunnen bereiken

Welke patiënten ‘missen’ we met dit opzet?

Heeft men de indruk dat dit een ‘aparte’ categorie is, met specifieke kenmerken?

Zijn er andere voorstellen om deze belangrijke groep toch te kunnen opnemen in het onderzoek?

- ✓ Werklast

Brengt het onderzoek een grote extra werklast met zich mee voor de betrokken partijen.

Wat kan er nog verbeteren aangaande de opvang van suïcidepogers in het ziekenhuis?

(zowel intern – als wat betreft contacten met patiënten, familieleden – huisartsen – andere hulpverleners - ...)

3.3 Patiënten

- ✓ Hoe reageren patiënten op het onderzoek?
- ✓ Hoe reageren ze op het feit dat hun voorgesteld wordt om zelf, binnen de week, contact op te nemen met de huisarts?
- ✓ Reacties familieleden of naaste betrokkenen patiënt?

3.4 Huisartsen

- ✓ Hoe worden de huisartsen geïnformeerd over het feit dat een patiënt van hem/haar opgenomen werd in het ziekenhuis omwille van een suïcidepoging?
- ✓ Hoe gebeurt de rapportering naar de huisarts en wat houdt zo’n rapport in (medische elementen betreffende somatische letsels en somatische behandeling, psychosociale screening, ...)?
- ✓ Wat zijn de ervaringen met de flyer?
- ✓ Krijgt men in het ziekenhuis achteraf nog reacties van huisartsen?

BIJLAGE 12: PROCESVRAGEN ZIEKENHUIZEN

De implementatie van de ‘flyerstrategie’

1. Slaagde het ziekenhuis erin om aan elke patiënt voor te stellen contact te leggen met de huisarts binnen de week na ontslag?
2. Hoe reageerden de patiënten op dit voorstel? En reacties familieleden?
3. Slaagde het ziekenhuis erin om snel na het ontslag een rapport + flyer te sturen naar de huisarts? Ook bij die patiënten die niet gehospitaliseerd werden, maar wel geholpen werden op de spoedafdeling?
4. Werd tijdens projectduur bij elk rapport een ‘flyer’ meegestuurd, ook bij die patiënten die niet meewerkten aan het onderzoek?
5. Heeft het ziekenhuis reacties van huisartsen op deze strategie gekregen?
6. Is er een consensus in het ziekenhuis over:
Het nut van deze strategie? Zo ja, merken jullie positieve evoluties? Zo neen, wat zijn de bezwaren?

De implementatie van het onderzoek: werven van patiënten

1. Welke afspraken werden intern gemaakt ten aanzien van het onderzoek?
(verantwoordelijkheid, informeren wanneer patiënt toekomt, informatieoverdracht tussen afdelingen)
2. Wie lichtte het onderzoek toe en wie vroeg aan de patiënt om mee te werken?
3. Wat werd patiënten verteld over het onderzoek? Werd het onderzoek aan de hand van de brief + informed consent toegelicht of gaf men de brief aan de patiënt en liet men hem/haar hierover nadenken?
4. Wanneer gebeurde dit (bv. kort bij ontslag, kort bij opname)?
5. Was het voor iedereen duidelijk wanneer een patiënt reeds gevraagd werd of wanneer dit nog moest gebeuren? (bv bij overplaatsing naar een andere afdeling, bij overgang weekend-week, bij wisseling personeel)
6. Redenen waarom SP niet gevraagd werden voor deelname aan onderzoek?
7. Wat waren de moeilijkheden bij het implementeren van de projectvereisten (vragen SP, opsturen flyer, registreren SP, ...)
8. Wat maakte dat bepaalde diensten (personeel) niet wilden (konden) meewerken aan project?

BIJLAGE 13: VRAGENREEKS VOOR DE HUISARTSEN

Diepenbeek, 18 juli 2005

Geachte dokter,

In april 2004 is het pilootproject '**Recidiefpreventie bij suicidepogers in samenwerking met ziekenhuizen en huisartsen**' van start gegaan in een aantal Limburgse regio's. In het geval dit project U niet geheel bekend is, een korte toelichting. De globale doelstelling van dit project is het verbeteren van de opvang van mensen na een zelfmoordpoging. Er wordt nagegaan of de systematische inschakeling en ondersteuning van de huisarts, leidt tot een betere opvang na ontslag en een verbeterd welzijn van de patiënt, met inbegrip van verminderd recidiefrisico.

De implementatiefase van dit project is inmiddels afgerond. Tijdens deze fase was het de bedoeling ervoor te zorgen dat zo snel mogelijk na ontslag uit het ziekenhuis een contact tussen huisarts en patiënt tot stand kwam, zodat een betere vervolgzorg kon opgestart worden. Hiertoe was een systeem uitgewerkt, waarbij het ziekenhuis zo snel mogelijk na ontslag van de patiënt de huisarts hiervan op de hoogte stelde en waarbij de patiënt gevraagd werd om binnen de 2 weken na ontslag contact op te nemen met de huisarts. Aan de huisarts werd door middel van een flyer (zie bijlage) gevraagd om zelf contact op te nemen met de patiënt (= out-reaching) wanneer deze laatste hiertoe geen initiatief nam. In de flyer werd tevens hulp aangereikt wordt voor de inhoud van een gesprek met de patiënt.

Deze preventiestrategie werd goedgekeurd door de **Gezondheidsconferentie "Preventie van depressie en zelfmoord in 2002"** en is voorwerp geweest van wetenschappelijk onderzoek in de periode mei 2004 tot april 2005. De resultaten van dit onderzoek zullen beschikbaar zijn in januari 2006. Zes Limburgse ziekenhuizen hebben meegewerkt aan dit project, hetzij als interventieziekenhuis (ziekenhuis waarin de verwijstrategie werd toegepast), hetzij als controleziekenhuis (ziekenhuis waarin de reeds bestaande ontslagregeling werd verder gezet).

Teneinde een beter zicht te krijgen op de effectiviteit van en de ervaringen met de door ons onderzochte verwijstrategie, willen wij u graag enkele vragen stellen. Als huisarts van één (of meer) der patiënten uit de onderzoeksgroep was U betrokken bij deze strategie. Uw bevindingen en uw mening zijn bijgevolg uiterst waardevol voor ons onderzoek.

Mogen we U vriendelijk vragen om onderstaande vragenlijst in te vullen en door middel van de bijgevoegde gefrankeerde enveloppe terug te sturen naar het vermelde adres. U hoeft nergens uw naam te vermelden, zodanig dat een anonieme verwerking van uw gegevens gegarandeerd wordt.

Met vriendelijke groeten,

Sara De Clerck

Rita Vanhove

Onderzoeker Gezondheidspsychologie,
Universiteit Hasselt

Voorzitter Suïcidepreventie-
werkgroep Limburg

Contactpersonen

Sara De Clerck

Rita Vanhove

Telefoonnummer:

011 – 26 86 97

011 – 54 23 62

E-mail:

sara.declerck@uhasselt.be

rita.vanhove@dagg-cgg.be

Vragen

1. Heeft u in de periode mei 2004 – mei 2005 vanuit een algemeen ziekenhuis een verslag ontvangen naar aanleiding van de opname en/of verzorging van één van uw patiënten ten gevolge van een suïcidepoging?

- Ja, van één patiënt
- Ja, van meer dan één patiënt
- Nee → ga naar vraag 13

2. Was de flyer (zie bijlage) bijgevoegd?

- Ja, elektronisch bijgevoegd
- Ja, schriftelijk bijgevoegd
- Nee → ga naar vraag 13

3. Wanneer heeft u het verslag en de flyer ontvangen? (indien u van meer dan één patiënt een verslag en flyer heeft ontvangen, gelieve deze vraag en volgende vragen in te vullen voor de eerste patiënt van wie u dit ontvangen heeft)

- tijdens het verblijf van de patiënt in het ziekenhuis
- binnen een week na ontslag van de patiënt uit het ziekenhuis
- binnen de twee weken na ontslag van de patiënt uit het ziekenhuis
- later dan twee weken na ontslag van de patiënt uit het ziekenhuis

4. Heeft u een contact gehad met deze patiënt waarin de aanwezige suïcideproblematiek ter sprake is gekomen?

- Ja, binnen de twee weken na ontslag van de patiënt uit het ziekenhuis
- Ja, later dan twee weken na ontslag van de patiënt uit het ziekenhuis
- Geen contact gehad naar aanleiding van de suïcidepoging → ga naar vraag 8

5. Wie nam het initiatief tot dit contact?

- ik zelf (= out-reaching)
- de patiënt → ga naar vraag 7
- familielid/partner van de patiënt → ga naar vraag 7
- ander, namelijk → ga naar vraag 7

6. Hoe reageerde de patiënt toen u zelf contact met hem/haar opnam?

.....

.....

.....

.....

.....

7. Hoe heeft u het contact met de patiënt ervaren?

.....
.....
.....
.....
.....

8. Is out-reaching naar aanleiding van een suicidepoging haalbaar binnen de twee weken na onslag van de patiënt uit het ziekenhuis? En zo nee, waarom niet?

.....
.....
.....
.....
.....

9. Wat is uw mening over out-reaching?

.....
.....
.....
.....
.....

10. Heeft u tijdens het gesprek met de patiënt gebruik gemaakt van de guidelines op de flyer?

- Ja
- Nee

11. Heeft u gebruik gemaakt van de mogelijkheid om informatie in te winnen via de website?

- Ja
- Nee

12. Heeft u gebruik gemaakt van het aanbod voor consultatief overleg met de lokale centra voor geestelijke gezondheid (CGG)?

- Ja
- Nee

13. Wat vindt u van de informatie op de flyer en de verwijzing naar de website (zie bijlage) in het kader van een eventueel toekomstig gesprek met een patiënt die een suicidepoging heeft ondernomen?

.....
.....
.....
.....
.....

14. Wenst u betrokken te worden bij de vervolgzorg van suicidepogers na hun ontslag uit het algemeen ziekenhuis?

Ja

Nee

15. Wat vindt u van de door ons uitgeteste verwijfsstrategie waarbij in het ziekenhuis aan de patiënt, die een suicidepoging heeft ondernomen, wordt gevraagd om binnen de week na ontslag contact op te nemen met de huisarts?

.....
.....
.....
.....
.....

Indien u nog opmerkingen of suggesties heeft, kan u die hier noteren:

.....
.....
.....
.....
.....

Voor meer informatie, vragen of opmerkingen kan u steeds terecht bij:

Sara De Clerck, SEIN – Universiteit Hasselt

Agoralaan, gebouw D

3590 Diepenbeek, tel. 011/26 86 97

sara.declerck@uhasselt.be

Hartelijk dank voor uw medewerking!

BIJLAGE 14: REGISTRATIEFORMULIER

**Recidiefpreventie suïcidepogingen
Registratie periode 1 oktober 2004 – 31 oktober 2004**

Aantal suïcidepogers TOTAAL

--

Aantal patiënten aan wie gevraagd werd om mee te werken + POSITIEVE REACTIE

--

Aantal patiënten aan wie gevraagd werd om mee te werken + NEGATIEVE REACTIE

--

Aantal patiënten die NIET GEVRAAGD werden
+ reden

--

mogelijke redenen:

- doorverwezen naar psychiatrische instelling
- doorverwezen naar PAAZ ander ziekenhuis (voor ziekenhuizen zonder PAAZ)
- zeer vlug ziekenhuis verlaten
- andere

BIJLAGE 15: AANGEPASTE FLYER

Recidivepreventie suïcidepogingen in samenwerking met huisartsen

Geachte Dokter,

Eén van uw patiënten heeft recent een suïcidepoging ondernomen. Omdat onomstotelijk is vastgesteld dat een suïcidepoging het risico van suïcide sterk verhoogt, is de opvang en behandeling na een suïcidepoging van groot belang. Het is echter ook bekend dat suïcidepogers slechts in relatief beperkte mate gevolg geven aan een verwijzing voor nazorg. De huisarts kan een belangrijke rol spelen in het opvolgen en motiveren van zijn of haar patiënt voor nazorg. Om deze reden willen wij U verzoeken uw patiënt die omwille van een suïcidepoging in ons ziekenhuis werd behandeld, te contacteren binnen de twee weken na ontslag. Vanuit het ziekenhuis werd aan de patiënt voorgesteld dat hij/zij zelf een afspraak maakt, indien de patiënt dit initiatief niet neemt, stellen we voor dat U alsnog contact legt.

In het contact met de patiënt kunnen volgende zaken aan bod komen:

- Maak duidelijk dat U als huisarts beschikbaar bent voor de patiënt en zijn omgeving (nu en in de toekomst bij mogelijke crisis) en dat U hen wil uitnodigen om te bespreken hoe het nu verder gaat.
- Inventariseer of er momenteel tekens zijn van psychopathologisch functioneren: (depressie, persoonlijkheidsstoornis, psychose, middelenmisbruik of andere) en breng gerichte hulpverlening op gang (of ondersteun deze wanneer reeds aangevat).
- Zijn er momenteel nog gevoelens van hopeloosheid?
- Zijn er nog zelfmoordgedachten, plannen?
- Heeft de patiënt alternatieve oplossingen om met zijn problemen om te gaan?
- Ondervindt hij/zij hierbij steun van de omgeving?
- Heeft de patiënt nood aan hulp bij dit probleem: professionele hulp, hulp uit de omgeving? Heeft hij reeds contact gehad met hulpverleners uit de geestelijke gezondheidszorg? Zo ja, welke? Wat waren de ervaringen?
- Afhankelijk van Uw bevindingen beslist U, in overleg met de patiënt, welke verdere opvolging wenselijk is.

Voor consultatief overleg kan U onder andere terecht bij de medewerkers van het CGG LITP Henisstraat 17 3700 Tongeren tel.: 011 223010. Indien U een verwijzing voor nazorg naar één van deze diensten wil doen, gelieve zelf contact op te nemen zodat een snelle instroom kan gerealiseerd worden.

Indien u meer informatie wenst over de opvang van suïcidale patiënten in de huisartsenpraktijk, verwijzen we u naar volgende initiatieven: het Interuniversitair Centrum voor Huisartsenopleiding (ICHO) biedt aan – in samenwerking met WVVH en CGG – een elektronische interactieve helpdesk (operationeel november 2005) en een bijscholingscursus: ITOL zelfmoordpreventie (reeds operationeel) met accreditering voor ethiek: www.gachet.be.

Hoogachtend,

R. Vanhove
Voorzitter Suïcidepreventiewerkgroep Limburg

***De Werkgroep Suïcidepreventie Limburg** bestaat uit vertegenwoordigers van het SPIL (Samenwerking Psychiatrische Initiatieven Limburg) en de Limburgse Preventieve Gezondheidsraad en werd opgericht op initiatief van het Project Zelfmoordpreventie van de CGG Limburg. Deze preventiestrategie werd goedgekeurd door de Gezondheidsconferentie "Preventie van depressie en zelfmoord" in 2002 en is voorwerp geweest van wetenschappelijk onderzoek in de periode mei 2004 tot april 2005. De resultaten van dit onderzoek zullen beschikbaar zijn in januari 2006.
Meer info: Projectmedewerkster CGG: Rita Vanhove, Dienst Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg Kapelstraat 67 3290 Lommel. tel: 011 54 23 62, email: rita.vanhove@dagg-cgg.be