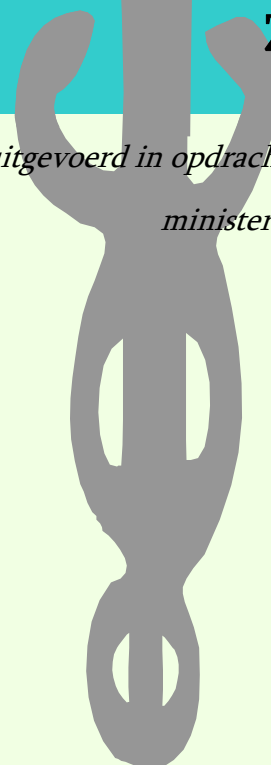




**PROJECT “PSYCHOSOCIALE EVALUATIE EN
OPVANG SUÏCIDEPOGERS IN EEN ALGEMEEN
ZIEKENHUIS”**

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



Augustus 2006



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

ONDERZOEKERS UNIVERSITEIT HASSELT (UH): Sara De Clerck

PROJECT ZELFMOORDPREVENTIE (CGG): Rita Vanhove

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



INSTITUUT VOOR
GEDRAGSWETENSCHAPPEN



ZELFMOORDPREVENTIE

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. De medewerkers van de Eenheid voor Zelfmoordonderzoek die hebben ingestaan voor de ontwikkeling van het inmiddels geïntroduceerde IPEO verdienen een bijzondere vernoeming.

We willen onze waardering uiten voor de ziekenhuizen die met veel overtuiging en goodwill 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 zijn we Cindy Monard (AZ Vesalius), Kristof Vandingenen (Sint-Franciskusziekenhuis), Raf Jacobs en Chris De Smet (Virga Jesseziekenhuis), Karen Stockbroekx (Ziekenhuis Oost-Limburg), Anita Truyers (Ziekenhuis Salvator), Johan Cox en Petra van Rens (Ziekenhuis Maas en Kempen) zeer erkentelijk voor hun continue 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 en de medewerkers van de Eenheid voor Zelfmoordonderzoek.

SAMENVATTING

Door de Vlaamse Overheid is gesteld dat de preventie van suïcide een belangrijke gezondheidsdoelstelling is. Tijdens de Gezondheidsconferentie 2002: “Preventie van depressie en zelfmoord”, werd een preventiestrategie, gericht naar de hoog risicogroep van de suïcidepogers, ontwikkeld en werden een aantal pilootprojecten “Na de zelfmoordpoging” goedgekeurd. Het huidige rapport beschrijft het opzet en de resultaten van het pilootproject “Psychosociale opvang en evaluatie van suïcidepogers in een algemeen ziekenhuis” (1 juni '05- 31 juli '06) uitgevoerd door de CGG-Limburg (project zelfmoordpreventie), de Onderzoeksgroep Gezondheidspsychologie UHasselt en de Eenheid voor Zelfmoordonderzoek UGent (EZO), in opdracht van de Vlaamse Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Gezin.

Een suïcidepoging is de belangrijkste risicofactor voor suïcide en recidieven komen vaak voor. Vele suïcidepogers (SP) melden zich rechtstreeks aan in een algemeen ziekenhuis (AZ). Om diverse redenen is de psychologische/psychiatrische opvang en evaluatie van SP in een AZ over het algemeen niet optimaal; dit heeft onder meer als gevolg dat de noodzakelijke vervolgzorg moeilijk op gang komt. In het hier beschreven pilootproject wordt nagegaan of aan deze problematiek kan verholpen worden door (1) ziekenhuizen te begeleiden bij het opzetten van een duidelijk klinisch pad voor de opvang van SP, (2) aan het personeel van de AZ een instrument ter beschikking te stellen voor de opvang en evaluatie van SP en hen in het gebruik van dit instrument te trainen. Vermits gedurende de nacht en tijdens het weekend geen gespecialiseerd “psi”-personeel (psychiaters, psychologen) beschikbaar is in vele AZ (vooral die zonder psychiatrische afdeling) , dient het instrument ook geschikt te zijn om gebruikt te worden door spoedpersoneel. Voor de extra inzet van de deelnemende AZ werden in het project financiële middelen voorzien.

Het huidige project bouwt voort op de resultaten van het pilootproject: “Recidivepreventie suïcidepogingen in samenwerking met huisartsen”, waarbij afspraken gemaakt werden over de samenwerking van AZ en huisartsen ten aanzien van rapportering bij ontslag van SP uit het AZ.

Door de EZO werd een Instrument voor Psychosociale Opvang en Evaluatie van SP (IPEO) ontwikkeld, in de vorm van een semi-gestructureerd interview, waarmee de SP niet enkel wordt opgevangen in zijn/haar psychosociale problematiek, maar waarmee deze problematiek in kaart gebracht wordt, een degelijke risico-evaluatie wordt gemaakt en de vervolgzorg wordt voorbereid . Het instrument bestaat uit 2 onderdelen: een eerste deel wat geschikt is om ook door personeel van een spoedafdeling toegepast te worden – IPEO I (indien geen psi-personeel onmiddellijk beschikbaar), en een tweede, meer specialistisch deel – IPEO II. In 6 AZ in Limburg werden afspraken gemaakt i.v.m. de organisatorische aspecten van opvang en doorverwijzing van SP (ontwikkeling van “klinisch pad”). In deze ziekenhuizen werden trainingen opgezet waarin de relevante personeelsleden kennis maakten met een aantal aspecten van de problematiek en de opvang van SP en waarin zij werden getraind in het gebruik van het IPEO.

De resultaten van dit project kunnen als volgt worden samengevat:

1. afhankelijk van de lokale situatie (o.m. het al dan niet aanwezig zijn van een psychiatrische afdeling, continue beschikbaarheid van psi-personeel,...) wordt het klinisch pad voor de opvang van SP, op uiteenlopende manieren vorm gegeven; dit betekent ook dat het IPEO in verschillende AZ op een verschillende manier toegepast wordt
2. het IPEO wordt door het personeel van de AZ beschouwd als een volledig en nuttig instrument. Bij de evaluatie ervan werden een aantal aanpassingen gesuggereerd; ook werd aangegeven dat er dient naar gestreefd te worden het instrument beter in te passen in de bestaande manier van werken en rapporteren (o.m. via de ontwikkeling van een elektronische versie)
3. na de training, inwerking in het klinisch pad en gebruik van het IPEO is er een stijging van kennis, relevante attitudes en het gevoel van competentie in de opvang en behandeling van SP bij het personeel. Dit heeft als effect dat het personeel in grotere mate geneigd is op de problemen van SP expliciet in te gaan en de patiënt en zijn omgeving te motiveren voor het opnemen van vervolgzorg
4. IPEO I kan zonder problemen toegepast worden door (spoed-)verpleegkundigen
5. door de in het project gemaakte afspraken en ondersteuning wordt de samenwerking tussen spoeddiensten en psychiatrische afdelingen (of psychiater/psychologen) verbeterd of geïntensiveerd
6. patiënten zijn erg tevreden over de opvang. Bij 9/10 van de in de studie opgenomen SP is een voorstel van vervolgzorg in het AZ besproken; in 7/10 wordt dit advies gevolgd, de overigen zoeken hulp via huisarts of op eigen initiatief.

Conclusies en aanbevelingen

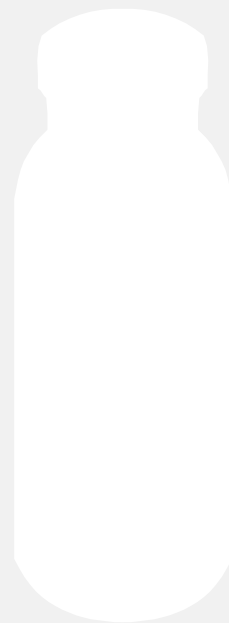
1. het stimuleren van de uitbouw van een duidelijk klinisch pad voor de opvang, evaluatie en doorverwijzing van SP in het AZ is haalbaar en nuttig. Bij deze werking is een goed uitgebouwde liaisonfunctie, met een personeelslid dat de verantwoordelijkheid draagt voor het functioneren van dit klinisch pad, van cruciaal belang. *Aanbeveling: in alle AZ de ontwikkeling van een duidelijk klinisch pad voor de opvang van SP ondersteunen, met nadruk op ondersteuning vanuit een liaisonfunctie.*
2. het IPEO is hierbij een belangrijk instrument, mede omdat IPEO I, mits training, kan toegepast worden door (spoed-)verpleegkundigen. *Aanbeveling: op basis van bevindingen tijdens het pilootproject het IPEO verder verfijnen, met inbegrip van het ontwikkelen van een elektronische versie. Systematische training voorzien van relevante personeelsleden, m.i.v. spoedverpleegkundigen.*

INHOUDSOPGAVE

1	<u>ACHTERGROND</u>	5
1.1	INLEIDING	5
1.2	DE GEZONDHEIDSCONFERENTIE: PREVENTIE VAN DEPRESSIE EN ZELFMOORD	6
2	<u>THEORETISCH KADER</u>	8
2.1	MANAGEMENT VAN SUÏCIDEPOGERS IN HET ALGEMEEN ZIEKENHUIS	8
2.2	ATTITUDE VERPLEGEND PERSONEEL	13
2.3	VERVOLGZORG	15
3	<u>PROJECT 'PSYCHOSOCIALE EVALUATIE EN OPVANG SUÏCIDEPOGERS IN EEN ALGEMEEN ZIEKENHUIS'</u>	17
3.1	OPZET EN DOELSTELLINGEN	17
3.2	VOORBEREIDENDE FASE	19
3.2.1	INSTRUMENT VOOR PSYCHOSOCIALE EVALUATIE EN OPVANG	19
3.2.2	ZIEKENHUIZEN	20
3.2.3	TRAININGEN	23
3.2.4	CONTACTEN	24
3.3	GEGEENSVERZAMELING	25
3.3.1	IMPLEMENTATIEONDERZOEK	26
3.3.2	EFFECTEVALUATIE	30
4	<u>RESULTATEN IMPLEMENTATIEONDERZOEK</u>	36
4.1	KLINISCH PAD – EVALUATIE PEO-PROCEDURE	36
4.1.1	ZIEKENHUIS MAAS EN KEMPEN	37
4.1.2	ZIEKENHUIS OOST-LIMBURG	39
4.1.3	AZ VESALIUS	41
4.1.4	SINT-FRANCISKUSZIEKENHUIS	43
4.1.5	VIRGA JESSEZIEKENHUIS	46
4.1.6	SALVATORZIEKENHUIS	48
4.1.7	CONCLUSIE	50
4.2	EVALUATIE IPEO	51
4.2.1	VOLLEDIGHEID EN INHOUD	52
4.2.2	RUBRIEKEN IPEO 1	53
4.2.3	RUBRIEKEN IPEO 2	54
4.2.4	CONCLUSIE	57
4.3	TRAININGEN	58
4.3.1	CONCLUSIE	60

5	<u>RESULTATEN EFFECTONDERZOEK</u>	61
5.1	VRAGENLIJST PERSONEEL	61
5.1.1	RESPONS	61
5.1.2	RESULTATEN KENNIS-ATTITUDE	62
5.1.3	RESULTATEN EIGENEFFECTIVITEIT	94
5.1.4	CONCLUSIE	100
5.2	REGISTRATIEGEVENS	101
5.3	BEVRAGING BIJ PATIËNTEN	102
5.3.1	RESPONS	102
5.3.2	KARAKTERISTIEKEN ONDERZOEKSGROEP	103
5.3.3	RESULTATEN BEVRAGING	107
5.3.4	CONCLUSIE	113
6	<u>CONCLUSIE EN DISCUSSIE</u>	115
6.1	RESULTATEN EFFECTEVALUATIE	115
6.1.1	VRAGENLIJSTAFNAME BIJ GETRAIND ZIEKENHUISPERSONEEL	115
6.1.2	BEVRAGING BIJ PATIËNTEN	119
6.2	IMPLEMENTATIEONDERZOEK	121
6.2.1	EVALUATIE IMPLEMENTATIEPROCEDURE	121
6.2.2	EVALUATIE IPEO	126
6.2.3	EVALUATIE TRAININGEN	127
6.3	KRITISCHE BEDENKINGEN EN ERVARINGEN	127
6.3.1	FLYERSTRATEGIE	128
6.3.2	PEO-PROCEDURE EN IPEO	129
6.4	KRITISCHE SUCCESFACTOREN VOOR HET PEOSAZ + FLYER PROJECT	131
6.5	AANBEVELINGEN VOOR DE TOEKOMST	134
	<u>LITERATUUR</u>	136
	<u>BIJLAGEN</u>	140
	BIJLAGE 1: SAMENWERKINGSOVEREENKOMST	141
	BIJLAGE 2: INSTRUMENT VOOR PSYCHOSOCIALE EVALUATIE EN OPVANG: IPEO 1 EN 2	144
	BIJLAGE 3: FLYER (VERSIE VOOR REGIO HASSELT)	154
	BIJLAGE 4: INHOUD EN OPZET VAN DE TRAININGSSESSIES	155
	BIJLAGE 5: STRAMIEN EVALUATIE EN TERUGKOPPELING	160
	BIJLAGE 6: STRAMIEN FOCUSGROEPEN	162
	BIJLAGE 7: STRAMIEN DOCUMENTENANALYSE	165
	BIJLAGE 8: REGISTRATIEFORMULIER	166
	BIJLAGE 9: GEGEVENSFOMULIER	167
	BIJLAGE 10: INFORMED CONSENT	168
	BIJLAGE 11: STRAMIEN TELEFONISCHE BEVRAGING	172
	BIJLAGE 12: SCHRIFTELIJKE BEVRAGING	173
	BIJLAGE 13: KENNIS-, ATTITUDE-, EIGENEFFECTIVITEIT- VRAGENLIJST	177

BIJLAGE 14: ZIEKENHUIS MAAS EN KEMPEN: KLINISCH PAD	182
BIJLAGE 15: ZIEKENHUIS MAAS EN KEMPEN: PROJECTAFSPRAKEN	183
BIJLAGE 16: ZIEKENHUIS OOST-LIMBURG: KLINISCH PAD	184
BIJLAGE 17: ZIEKENHUIS OOST-LIMBURG: PROJECTAFSPRAKEN	186
BIJLAGE 18: AZ VESALIUS: KLINISCH PAD	188
BIJLAGE 19: SINT-FRANCISKUSZIEKENHUIS: KLINISCH PAD TIJDENS PROJECTDUUR	189
BIJLAGE 20: VIRGA JESSEZIEKENHUIS: PROJECTAFSPRAKEN	190
BIJLAGE 21: ZIEKENHUIS SALVATOR: KLINISCH PAD VOOR EN TIJDENS PROJECT	195



1 ACHTERGROND

Het pilootproject 'Psychosociale Evaluatie en Opvang van Suïcidepogers in het Algemeen Ziekenhuis' (PEOSAZ) concretiseert het tweede luik van de tijdens de *Gezondheidsconferentie "Preventie van depressie en zelfmoord"* in 2002 goedgekeurde strategie: "Na de zelfmoordpoging". Dit project richt zich op de groep suïcidepogers die op de spoedevallendienst van een algemeen ziekenhuis terechtkomen omwille van een suïcidepoging en heeft tot doel de opvang binnen het ziekenhuis en de opstart van de vervolgzorg te optimaliseren. Het project is gestart op 1 juni 2005, het voorliggende rapport betreft de eindrapportage. Het eerste luik van de tijdens de gezondheidsconferentie goedgekeurde preventiestrategie behelsde een pilootproject waarin getracht werd om via een verwijs- en flyerstrategie de samenwerking tussen ziekenhuizen en huisartsen te bevorderen. Dit project heeft gelopen van 1 november 2003 tot 31 december 2005.

1.1 INLEIDING

Een degelijke 'psychosociale evaluatie en opvang' (PEO) van patiënten die zich na een suïcidepoging aandienen voor verzorging in een Algemeen Ziekenhuis (AZ) is belangrijk om verschillende redenen: de poging wordt ernstig genomen; de patiënt wordt empathisch beluisterd en krijgt (vaak voor het eerst) de gelegenheid zijn problematiek te bespreken; de problematiek wordt in kaart gebracht; er gebeurt een inschatting van het risico o.m. op herval en een toegeleiding naar zorg; eventueel wordt een psychiatrische diagnose gesteld; de vervolgzorg wordt besproken, gemotiveerd en opgezet. Ook de naastbestaanden worden hierbij betrokken en ondersteund.

In een aantal gevallen wordt op dit ogenblik een dergelijke PEO niet gerealiseerd. Dit vloeit voort uit enkele kenmerken van de situatie in het ziekenhuis waar suïcidepogers opgenomen worden en enkele kenmerken van de doelgroep.

Wanneer suïcidepogers zich 's nachts of in het weekend aanmelden, is vaak geen gespecialiseerde GGZ-hulpverlener beschikbaar; ook hebben de hulpverleners op spoeddiensten vaak niet de tijd en de competentie om dergelijke opvang goed te realiseren.

De manier waarop suïcidepogers worden opgevangen is vaak weinig (duidelijk) georganiseerd, waardoor eveneens patiënten niet bij gespecialiseerde GGZ-hulpverleners terechtkomen en "ontsnappen". Dit vergt dus een specifieke organisatie en afspraken binnen het ziekenhuis, en eventueel bijkomende personeelsinzet.

Onderzoek toont aan dat deze doelgroep vervolgzorg niet zo gemakkelijk opneemt: ze laten zich moeilijk verwijzen naar ambulante settings en vertonen een lage therapietrouw. Velen verlaten dan ook snel het ziekenhuis zonder dat een goede opvang is gerealiseerd en vervolgzorg is opgestart.

In het huidige project wordt voorgesteld de haalbaarheid en het nut te onderzoeken van een specifieke strategie om aan dit probleem te remediëren, door (1) aan de ziekenhuizen middelen te geven voor de extra personeelsinzet om deze opvang uit te voeren, en (2) het uitwerken van een instrument dat aan het personeel ter beschikking gesteld wordt voor het uitvoeren van de PEO en (3) hen bij het gebruik van dit instrument te trainen en te begeleiden.

1.2 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 Vlaamse 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 strategie 'recidivepreventie in samenwerking met huisartsen' 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 strategie 'recidivepreventie in samenwerking met huisartsen' 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 Suïcidepreventiewerkgroep Limburg een onderzoeksvoorstel uit. In oktober 2004 verleende toenmalig minister Byttebier haar goedkeuring aan dit Pilootproject, getiteld 'Recidivepreventie suïcidepogers in samenwerking met huisartsen'. Reeds in de loop van dit inmiddels afgesloten pilootproject (afgerond december 2005) 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, ook goedgekeurd ten tijde van de Gezondheidsconferentie "Preventie van depressie en zelfmoord" kon uitgetest worden in de deelnemende ziekenhuizen in Limburg. Deze strategie behelsde de ontwikkeling van een instrument voor psychosociale opvang en evaluatie van suïcidepogers in het algemeen ziekenhuis en het uittesten hiervan in de klinische praktijk. Deze procedure had tot doel ervoor te zorgen dat bij elke suïcidepogers een gedegen psychosociale evaluatie én opvang (PEO-procedure) gebeurde. De procedure behelst ondermeer een correcte inschatting van het risico op recidieven en suïcide, een evaluatie van de zorgbehoeften en een goede toegeleiding naar vervolgzorg.

2 THEORETISCH KADER

In dit hoofdstuk wordt aan de hand van conclusies uit het wetenschappelijk onderzoek het kader geschetst van waaruit het PEOSAZ-project vertrekt. In paragraaf 2.1 worden het 'hoe' en 'waarom' van suïcidemanagement toegelicht: de noodzaak van een gedegen psychosociale evaluatie en opvang wordt onderstreept en de in de literatuur geformuleerde richtlijnen aangaande suïcidemanagement in een algemeen ziekenhuis komen aan bod. Het belang van een correcte houding van het ziekenhuispersoneel hierbij wordt belicht in paragraaf 2.2. In paragraaf 2.3 tenslotte wordt summier ingegaan op de problemen en werkwijze bij het organiseren van de vervolgzorg.

2.1 MANAGEMENT VAN SUÏCIDEPOGERS IN HET ALGEMEEN ZIEKENHUIS

Patiënten die na een suïcidepoging in het ziekenhuis belanden verkeren op dat moment lichamelijk in een conditie die somatische zorg vereist. Zij behoeven echter ook psychische hulp, enerzijds omwille van de psychische/psychiatrische problematiek die aan de basis ligt van dit zelfbeschadigende gedrag en het menselijke leed dat hiermee gepaard gaat voor de patiënt zélf en zijn naasten, anderzijds omwille van het risico op recidieven en suïcide. Onderzoek heeft veelvuldig aangetoond dat er een sterk verhoogd risico bestaat op recidieven en suïcide na een suïcidepoging. De meest belangrijke voorspeller van suïcide en recidieven 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). Bij benadering 25% van het aantal patiënten dat suïcide pleegt, is in het voorafgaandelijke jaar opgenomen geweest in een algemeen ziekenhuis omwille van een poging (Barr, Leitner, & Thomas, 2005). Het risico op recidieven is het hoogst in de weken volgend op de poging (Zahl & Hawton, 2004), en bij elke volgende poging wordt het risico op een fatale afloop groter (Hawton & Zahl, 2003; Zahl & Hawton, 2004). Inspanningen om recidieven en suïcides te vermijden moeten aldus zo snel mogelijk, dit wil zeggen onmiddellijk na de acute somatische zorg, opgestart worden. Er dient voldoende afstemming tussen de verschillende disciplines te bestaan.

Het is uiteraard vanzelfsprekend dat behandelplannen worden ontworpen, gebaseerd op een gedegen risico-inschatting en evaluatie van de problematiek evenals op een inschatting van de zorgbehoeften. De resultaten van een dergelijke evaluatie variëren sterk. De populatie van de suïcidepogers en hun problemen is immers zeer uiteenlopend.

Nochtans kunnen een aantal gemeenschappelijke karakteristieken beschreven worden. Wij baseren ons hier op een samenvatting van K. Hawton (2005).

De suïcidepoging is veelal een respons op levensproblemen die reeds langere tijd aanwezig zijn.

Relatieconflicten, verbroken relaties, alcohol- en drugmisbruik, problemen op het werk of werkeloosheid, sociale isolatie, woon en financiële problemen, komen vaak voor. Bovendien tonen recente studies aan dat veelal psychiatrische problemen aanwezig zijn. Psychiatrische stoornissen worden vastgesteld bij maar liefst 90% van de gevallen. Depressie, angststoornissen en middelenmisbruik komen het vaakst voor.

Persoonlijkheidsstoornissen worden in 40% van de gevallen vastgesteld en meestal is er sprake van comorbiditeit. Psychiatrische symptomen blijken na de poging te verminderen, maar de onderliggende stoornis blijkt verschillende maanden later nog aanwezig te zijn.

De suïcidepoging is een aanwijzing dat probleemoplossende vaardigheden te kort schieten (Williams, 1997).

Ondermeer overgegeneraliseerde autobiografische geheugenpatronen liggen aan de grondslag hiervan.

Problemen met agressie en impulsiviteit, al dan niet gecombineerd met een laag zelfwaarderinggevoel, zijn bekende karakteristieken van deze patiënten (Mann, Waternaux, & Malone, 1999).

Ondanks het feit dat suïcidepogers kampen met een uiteenlopende waaier aan problemen, blijken zij moeilijk te overtuigen om zich te engageren in hulpverlening en psychiatrische/psychologische behandeling. Het is van belang om de onderliggende oorzaken van dit gebrek aan motivatie te begrijpen. Veelal gaat het over mensen die in hun levensgeschiedenis zoveel negatieve ervaringen hebben opgedaan, dat ze onmogelijk nog kunnen geloven dat er ook maar iets positiefs te verwachten is. Ze kunnen zich moeilijk voorstellen dat hulp en verandering mogelijk is. Dit kan dan weer gerelateerd zijn aan een laag zelfwaarderinggevoel en hopeloosheid. Bovendien blijkt een suïcidepoging niet zozeer een 'hulpkreet' te zijn of gemotiveerd door het verlangen van 'geholpen te worden'. Dikwijls gaat het erom dat patiënten willen ontsnappen aan een psychische pijn die ze niet langer kunnen verdragen. Men spreekt van een 'pijn-kreet' (Williams & Pollock, 2000). Veelal is er ook sprake van 'controleverlies' of 'niets anders nog weten om te doen'. Aldus kan een 'mismatch' ontstaan tussen wat klinici denken dat een adequate respons is op het suïcidale gedrag en wat patiënten verwachten, een mismatch dus tussen het zorgaanbod en de noden van de patiënt. Bovendien stelt men bij deze patiëntengroep ook vast dat er negatieve attitudes bestaan t.a.v. geestelijke gezondheidszorg (Rotherham-Borus et al., 1996). Vooral mannen hebben bovendien moeite om zich voor te stellen dat 'praten over gevoelens' helpend kan zijn.

De opvang van suïcidepogers impliceert dus dat er een gedegen psychosociale evaluatie gebeurt met het oog op het inschatten van risicofactoren, zorgbehoeften en een goede toegeleiding naar vervolgzorg.

In Groot-Brittannië wordt reeds geruime tijd gewerkt aan het op punt zetten van de psychosociale opvang van deze patiëntengroep en werd heel wat onderzoek verricht naar de effecten ervan.

In 2004 werden guidelines gepubliceerd door de Royal College of Psychiatrists (Bateman et al., 2004) en het National Institute for Clinical Excellence (National Collaborating Centre for Mental Health, 2004).

Het 'National Institute for Clinical Excellence' (NICE) heeft, op basis van de beschikbare wetenschappelijke evidenties, guidelines ontwikkeld voor het psychologische en fysieke management van suïcidepogers en de secundaire preventie van suïcidepogingen. De evaluatie en behandeling in de spoeddiensten en de psychosociale evaluatie door GGZ hulpverleners worden beschreven. Ook het toeleiden naar vervolgzorg en het ontslagmanagement is hierin opgenomen. Het uitgangspunt van deze guidelines is dat bij elke suïcidepoging (ook diegenen die niet gehospitaliseerd worden) een evaluatie van zorgbehoeften en risico's dient te gebeuren door een 'mental health professional'. De eerste psychosociale evaluatie behelst ondermeer: de evaluatie van het oordeelsvermogen, de bereidheid voor verdere psychosociale evaluatie, het niveau van psychisch lijden en de aanwezigheid van een mentale stoornis. Indien de patiënt verdere psychosociale evaluatie en zorg weigert, moet de huisarts zo vlug mogelijk op de hoogte gebracht worden zodat een snelle opvolging gegarandeerd is. Indien de patiënt bereid is tot langer verblijf in het ziekenhuis, gebeurt er een meer doorgevoerde en specialistische evaluatie van sociale, psychologische en motivationele factoren, evenals van de suïcidale intentie van de poging, de gevoelens van hopeloosheid, de sociale behoeften en de behoeften aan geestelijke gezondheidszorg. Bij de risico-inschatting inventariseert men klinische en sociodemografische factoren die geassocieerd zijn met een risico op recidive en suïcide. Familie en vrienden worden betrokken in dit proces.

De 'Royal College of Psychiatrists' beschrijft in het 'Counsel Report' van 2004 de consensus standaarden met betrekking tot de evaluatie na een suïcidepoging, de organisatie van de betrokken diensten en de training en supervisie van het personeel (Bateman et al., 2004). Men erkent het belang van een evaluatie door een 'mental health professional', maar men bekijkt dit als een 'ideale' situatie. De Royal College neemt aldus een meer pragmatische houding aan dan beschreven in de NICE-guidelines (Mitchell & Dennis, 2006). De beschreven standaarden zijn als volgt: Wanneer een patiënt niet geëvalueerd kan worden door een 'mental health professional', wordt op de spoedafdeling reeds een eerste evaluatie gedaan en gegevens verzameld die binnen de 24 uur worden gecommuniceerd aan de huisarts. Een geschreven rapport wordt binnen de 3 dagen verstuurd. De gegevens betreffen: demografische data, bewustzijnsniveau, psychiatrische voorgeschiedenis, stemming, suïcidale ideatie en plannen, alcohol en drugmisbruik, voorgeschiedenis van suïcidaal gedrag, sociale situaties en gebeurtenissen voorafgaand aan de poging, risico-inschatting, inschatting van het oordeelsvermogen ('capacity') om informed consent te geven, en afspraken met betrekking tot vervolgzorg. Aan de patiënt wordt schriftelijke informatie meegegeven over beschikbare hulpverlening en vervolgzorgafspraken.

Verder moeten er duidelijke afspraken bestaan over de meer gespecialiseerde 'mental health' evaluatie die op gang gebracht wordt bij die patiënten die bereid zijn langer in het ziekenhuis te verblijven, of gehospitaliseerd worden op een somatische afdeling of psychiatrische afdeling van het ziekenhuis.

Al het personeel dat betrokken is bij de opvang van suïcidepogers moet getraind worden.

Een 'self-harm service planning group' staat in voor wat we in Vlaanderen kennen als de ontwikkeling van een zorgtraject of klinisch pad. Concluderend kan men stellen dat een goede samenwerking tussen spoeddiensten en psychiatrische/ psychologische zorgverstrekkers noodzakelijk is evenals multidisciplinaire samenwerking en het opzetten van gespecialiseerde equipes (Mitchell & Dennis, 2006).

In Groot-Brittannië wordt reeds jarenlang onderzoek gedaan naar de evaluatie van suïcidepogers die in algemene ziekenhuizen gebeurt. Zo bleek dat ondanks de inspanningen die reeds sinds het midden van de negentiger jaren gedaan zijn, bij 30% tot 54% van de SP die zich aanmelden op de spoedafdeling van een algemeen ziekenhuis, geen psychosociale evaluatie werd uitgevoerd (Barr et al., 2005; Bennewith, Gunnell, Peters, Hawton, & House, 2004; Bennewith, Peters, Hawton, House, & Gunnell, 2005; Hurry & Storey, 2000; Isacson & Rich, 2001; Kapur et al., 2003). Deze patiënten hebben een groter risico op recidieven en zelfmoord dan patiënten bij wie een goede evaluatie wordt uitgevoerd (Crawford & Wessely, 1998; Hickey, Hawton, Fagg, & Weitzel, 2001).

De studie van Bennewith et al. (2005) toonde aan dat patiënten die zich aanmeldden tussen 9 en 17 uur van maandag tot en met vrijdag, veel meer kans hadden op een evaluatie dan diegenen die buiten de 'normale werkuren' arriveerden. Ook de aard van het toegebrachte letsel bleek significant: bij 'krassen', of het toebrengen van snijwonden gebeurde minder vaak een psychosociale evaluatie. Van de niet geëvalueerde patiënten kon 57% bestempeld worden als 'zorgweigeraars'. Dit zijn patiënten die op eigen initiatief snel het ziekenhuis verlaten. Factoren als: van het mannelijke geslacht zijn, middelenmisbruik, consulteren buiten de normale diensturen en niet gehospitaliseerd worden, waren geassocieerd met het snel en tegen advies verlaten van het ziekenhuis. In de 43% van de gevallen werden de patiënten ontslagen door het spoedpersoneel vooraleer een evaluatie kon plaats vinden. Vooral jongere patiënten zonder een voorgeschiedenis van pogingen werden vlugger ontslagen.

Dennis en medeauteurs (Dennis, Evans, Wakefield, & Chakrabarti, 2001) vonden dat de introductie van een aantal 'eenvoudige dienst aanpassingen' de kwaliteit van de psychosociale opvang en evaluatie op de spoedafdeling, substantieel verbeterde. De aanpassingen waren: de introductie van een voorgedrukte checklist, een twee uur durende vorming voor het gebruik ervan, de aanwezigheid van een gespecialiseerd 'deliberate selfharm team' die werd uitgebreid van 9-17 uur naar 9-21 uur.

Deze bevindingen benadrukken de noodzaak om het psychosociale management te optimaliseren tijdens de eerste uren van de behandeling. De richtlijnen in de literatuur laten hieromtrent geen misverstanden bestaan: het is fundamenteel dat bij élke suïcidepoging die zich aanmeldt in het ziekenhuis een gedegen evaluatie gebeurt voor zijn of haar ontslag uit het ziekenhuis.

Deze evaluatie moet worden uitgevoerd door personeel dat hiervoor opgeleid is en moet voldoende richtlijnen bieden voor risico-inschatting, klinische besluitvorming en het opzetten van verdere hulpverlening en zorg. Buiten de normale werkuren en in de weekenden is er echter (ook in Vlaanderen) vaak geen gespecialiseerd GGZ-personeel aanwezig om deze evaluatie uit te voeren. Dit zijn echter de momenten waarop veel patiënten zich omwille van een suïcidepoging presenteren op de spoedafdeling. Uit de WHO Euro studie bleek dat meer dan de helft van de suïcidepogingen voorkomen tussen 20 en 24 uur (Jessen, 2004). Het is daarom noodzakelijk dat ook spoedpersoneel wordt getraind om een minimale risico-inschatting en opvang te realiseren bij patiënten die een poging hebben ondernomen. Bovendien blijkt dat zelfs wanneer een getraind team van verpleegkundigen en sociaal werkers onder de supervisie van een psychiater aanwezig is, spoedpersoneel toch cruciaal blijft in de eerste inschatting van de psychische problematiek (Whyte & Blewett, 2001).

Uit onderzoeken in Groot-Brittannië, blijkt daarenboven dat het traditionele model van de patiënt die geëvalueerd wordt door een dokter niet moet beschouwd worden als een prioriteit, noch als de meest effectieve strategie. Het inzetten van verpleegkundigen die getraind waren in de psychosociale evaluatie op spoedafdelingen is immers in verschillende onderzoeken effectief gebleken aangezien op deze manier kon verzekerd worden dat patiënten geëvalueerd werden en daaropvolgend op een efficiënte manier konden toegeleid worden naar gepaste hulpverlening (McElroy & Sheppard, 1999; Morgan & Coleman, 2000). Zelfs korte trainingssessies zouden een verschil kunnen maken. Een onderzoek bij 60 verpleegkundigen wees uit dat zelfs na een training van een uur, ziekenhuispersoneel beter in staat was om een goede beoordeling van risico's en problemen uit te voeren (Crawford, Turnbull, & Wessely, 1998). In een kleinschalige studie heeft men kunnen aantonen dat een reeks van gestructureerde vormingsessies nuttig waren voor spoedverpleegkundigen (Holdsworth, Belshaw, & Murray, 2001). De focus was gericht op informatie over suïcidaal gedrag en welke interventies nuttig zijn, alsook op hoe men accuraat het risico op recidieven kan inschatten, gebruikmaken van gestandaardiseerde tests. Dit resulteerde erin dat personeel zich minder angstig en hulpeloos voelde ten opzicht van deze patiëntengroep en meer vertrouwen en minder irritatie voelde wanneer ze met deze patiënten omgingen.

Een additioneel argument om getrainde verpleegkundigen de initiële evaluatie te laten uitvoeren, is het feit dat zij vaak meer tijd met patiënten doorbrengen en meer aanwezig zijn in de dienst.

2.2 ATTITUDE VERPLEGEND PERSONEEL

Een belangrijk aspect bij de behandeling van suïcidepogers, is de houding van het ziekenhuispersoneel. Een suïcidepoging brengt vaak sterke emoties en negatieve attitudes bij het personeel met zich mee. Buitenlandse onderzoeken hebben dit meermaals aangetoond en het vermoeden dat dergelijke attitudes ook bij het ziekenhuispersoneel in Vlaanderen aanwezig zijn, is wellicht niet uit de lucht gegrepen. Gezondheidswerkers blijken het moeilijk te vinden om suïcidepogers te accepteren en te begrijpen, zeker wanneer er geen psychiatrische stoornis aanwezig is. Dokters hebben een meer positieve attitude ten aanzien van die suïcidepogers waarbij het doodsmotief aanwezig is dan bij die patiënten waarbij het gedrag als ‘manipulatief’ wordt beoordeeld (Hawton, Marsack, & Fagg, 1981). Het personeel neemt, vanwege de negatieve attitude, vaak afstand van de patiënten. Deze afstandelijke houding verklaren ze door het gedrag van de suïcidepogers als manipulatief, of als een vorm van aandacht zoeken te benoemen (Vivekanda, 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, Creedy, Moyle, & Farrugia, 2002). Vorming en training van personeel kunnen de bestaande vooroordelen corrigeren.

Als eerste hulpverleningscontact, is het contact met verpleegkundigen op de spoedafdeling zeer belangrijk in het kader van de verdere zorg. Dit initiële contact kan een significante impact hebben op de bereidheid van patiënten om verdere hulpverlening te aanvaarden en voorgestelde vervolgzorg op te nemen (Cook, 2004; Hemmings, 1999 in McAllister et al., 2002). Spoedverpleegkundigen zijn echter vaak drukbezet en worden geconfronteerd met een wisselend appél op hun deskundigheid en dit in een emotioneel geladen en stressvolle omgeving. Patiënten worden beoordeeld en behandeld volgens de levensbedreigende aard van hun somatische letsels (McAllister et al., 2002). Patiënten die omwille van een suïcidepoging toekomen op de spoedafdeling van een algemeen ziekenhuis, worden nog te vaak gezien als patiënten die ‘vrijwillig ziek’ zijn en dus geen prioritaire hulpverlening verdienen (Sbaih, 1993). Het spoedpersoneel laat deze patiënten vaak wachten, toont zichtbaar hun frustraties en heeft moeite om empathisch te reageren op deze patiënten. Hierbij komt dat het werk op een spoedafdeling vaak wordt uitgevoerd zonder contextuele richtlijnen. Spoedpersoneel kent meestal de patiënt en zijn situatie niet en heeft vaak geen zicht op wat er na de spoedopname met de patiënt gebeurt. In een studie naar de kennis en attitudes van spoedverpleegkundigen met betrekking tot suïcidaal gedrag, merkten verpleegkundigen op dat ze zelden follow-up informatie ontvingen ten aanzien van deze patiëntenpopulatie en dat dit ontbreken van feedback hun attitudes negatief beïnvloedde (McElroy & Sheppard, 1999).

De verwachting dat geestelijke gezondheidswerkers meer empathie vertonen ten opzichte van suïcidepogers dan spoedpersoneel, wordt niet bevestigd in de bestaande literatuur.

In het licht van het belang om het vertrouwen van de patiënt te winnen, kunnen negatieve attitudes ten aanzien van suïcidaal gedrag zeer nadelig zijn. Er wordt zelfs gesuggereerd dat reacties van vijandigheid en verwerping verder suïcidaal kunnen uitlokken (Costigan, Humphrey, & Murphy, 1987).

Het begeleiden van suïcidale cliënten kan niet zonder de expliciete empathie voor de lijdensdruk van de cliënt en voor de motieven voor het suïcidale gedrag. Wanneer patiënten het gevoel krijgen dat hun problemen afstandelijk worden benaderd en dat er wordt voorbijgegaan aan hun innerlijk lijden, keren ze zich in zichzelf en voelen ze zich bevestigd in hun visie dat niemand in staat is om hen zelf en het innerlijke gevecht te begrijpen. Een verhoging van kennis maakt het mogelijk om deze patiënten op een meer professionele manier te behandelen.

Volgens Smith (2002) zijn de negatieve attitudes die verpleegkundigen vaak uiten jegens suïcidepogers het gevolg van een algemene schrik om met deze patiënten om te gaan, en dit is op zijn beurt te wijten aan een gebrek aan kennis en training. Vooral recidivisten lokken vaak frustraties uit bij verpleegkundigen, voortkomend uit een ervaren onvermogen om de patiënt te 'genezen' (Boyes, 1994; Smith, 2002). In een onderzoek uitgevoerd in Groot-Brittannië gaf 75% van het ondervraagde personeel (mental health staff) aan het moeilijk te vinden om suïcidepogers te helpen, 65% vond het moeilijk om een goede relatie op te bouwen met deze patiënten. Het labelen van de patiënt als moeilijk, blijkt aldus in vele gevallen een projectie van de ervaren onbekwaamheid van en het gebrek aan vertrouwen bij personeel om tegemoet te komen aan de noden van deze patiëntengroep. Om deze reden is het belang van training en ondersteuning van het ziekenhuispersoneel betrokken bij de opvang van suïcidepogers, herhaaldelijk onderstreept in de literatuur. Zonder gerichte training en een beter begrip van de complexe natuur van suïcidaal gedrag, zullen suïcidepogers vaak inadequaet worden opgevangen, hetgeen leidt tot ontevredenheid, zowel bij patiënten als bij het ziekenhuispersoneel. Resultaten toonden aan dat wanneer het personeel zichzelf voldoende vaardig achtte om tegemoet te komen aan de noden van patiënten die een poging hadden ondernomen, ze meer voldoening haalden uit hun contacten met deze patiënten en minder negatieve attitudes rapporteerden (McAllister et al., 2002).

2.3 VERVOLGZORG

Gezien de complexe psychosociale/psychiatrische problematiek die aanwezig is bij een grote groep suïcidepogers, is het organiseren van vervolgzorg uitermate belangrijk. Dit vergt tijd en organisatie. Er is tijd nodig voor een gedegen evaluatie, voor het uitwerken van een aangepast behandelplan en om zorgafspraken te maken met externe hulpverleners voor de opvolging na ontslag. Er moet een overeenstemming gevonden worden tussen de zorgbehoeften van de patiënt en het door GGZ-personeel noodzakelijk geachte zorgaanbod. Dit is geen evidentie. Deze patiënten wensen vaak snel het ziekenhuis te verlaten. Schuld- en schaamtegevoelens zijn vaak aanwezig en soms wordt de poging geminimaliseerd, soms zelfs ontkend (Verwey & Kerkhof, 2000).

De zorgbehoeften van de patiënt komen niet altijd overeen met het zorgaanbod van de hulpverleners. Patiënten geven aan hulp nodig te hebben bij het oplossen van concrete problemen, medicatie, advies en informatie, hulp bij problemen op het vlak van huisvesting, financies, verzorging (Hjelmeland et al., 2002). GGZ-hulpverleners vinden dat psychiatrische behandeling geïndiceerd is, psychotherapie, medicatie, behandeling van verslavingsproblematiek ed. Het 'matchen' van deze twee visies is noodzakelijk om de patiënt te kunnen engageren in het zorgaanbod. De patiënt moet actief gemotiveerd en ondersteund worden om deze zorg op te nemen. De familieleden moeten hierin betrokken worden. De huisarts kan na ontslag uit het ziekenhuis, een belangrijke rol spelen in zorgcontinuïteit en het motiveren van de patiënt en zijn naasten voor meer specialistische hulp.

De WESOV-registratie (uitgevoerd op 4 spoeddiensten van 4 AZ in Vlaanderen) geeft cijfers over de vervolgzorg na aanmelding op spoedgevallendiensten. Bijna 3 op 4 van de zelfmoordpogers worden gehospitaliseerd. In 2004 werd vastgesteld dat 74,3% van de pogers gehospitaliseerd werden na aanmelding op de spoed. Ambulante behandeling extramuraal: 12,4% en ambulante intramuraal: 3,7%. In het Ziekenhuis Oost-Limburg te Genk werd 75,3% van de suïcidepogers gehospitaliseerd nadat ze op de spoed terecht kwamen, 10,6% werd extramuraal ambulante behandeld, 7,1% werd intramuraal ambulante behandeld. De overige 7,1% werd niet doorverwezen. Deze cijfers komen sterk overeen met de situatie in de overige ziekenhuizen in Vlaanderen. In het Virga Jesseziekenhuis te Hasselt werd 89,8% van de pogers gehospitaliseerd, 3,4% werd extramuraal behandeld, 1,7% kreeg een intramurale ambulante behandeling. De overige 5,1% werd niet doorverwezen. In Hasselt werden relatief gezien meer patiënten gehospitaliseerd dan in Vlaanderen (74,3%). Er waren minder extramurale en intramurale ambulante behandelingen. Beduidend minder personen werden niet doorverwezen in Hasselt.

De WHO/EURO studie in 2003 in de regio groot Gent stelde vast dat op 43,4% van de pogingen een residentiële doorverwijzing volgde en op 14,4% een ambulante. In 42,3% van de gevallen was er geen doorverwijzing. In 2002 werden bijna $\frac{3}{4}$ van de geregistreerde pogingen residentieel doorverwezen en bij 3% was er geen doorverwijzing. Dit verschil wordt toegeschreven aan de registraties in 1 AZ zonder PAAZ, waar significant minder doorverwijzingen gebeuren dan binnen de andere ziekenhuizen en die meer registreerden dan in 2002 (van Heeringen, De Munck, & Van Rijsselberghe, 2003).

De verwijzing van patiënten vanuit het ziekenhuis (ook na kortdurende behandeling op een PAAZ) naar ambulante hulpverlening blijkt niet eenvoudig en dit zowel omwille van de organisatie van de hulpverlening (werkwijze, wachtlijsten), als omwille van patiëntfactoren: ondermeer hun ongelooft en wantrouwen in hulpverlening en de verwachting van 'snel' en op korte termijn geholpen te kunnen worden. Therapieontrouw is dan ook een groot probleem bij de overgang van residentieel en kortdurend naar ambulante en langdurend.

Het mag duidelijk zijn dat de patiënt juiste informatie moet ontvangen over de persoon of de instelling en het hulpverleningsproces waarnaar hij verwezen wordt; dat van de patiënt zelf ook enige activiteit op dat vlak mag verwacht worden; dat de moeilijkheden die de patiënt of de hulpverlener kunnen verwachten, besproken worden en dat de verwijzer nagaat of de verwijzing ook daadwerkelijk heeft plaatsgevonden. Blijkbaar beslist de patiënt eens hij ontslagen is en in zijn dagelijkse werkelijkheid teruggekeerd is of hij verdere behandeling echt nodig vindt. Bij deze therapieontrouwe cliënten worden zowel patiënten die het goed stellen als patiënten die nog met ernstige problemen kampen en nood hebben aan verdere hulpverlening, aangetroffen.

Concluderend kan gesteld worden dat een correct suïcidemanagement inhoudt dat bij elke suïcidepoging die zich in het ziekenhuis aandient een gedegen risico-inschatting en opvang gebeurt, die uitgevoerd worden door hiervoor opgeleid personeel. Deze inschatting van problematiek en zorgbehoeften, moet voldoende handvaten aanreiken om toegeleiding naar de gepaste vervolgzorg te realiseren. Een correcte kennis en attitude ten aanzien van de suïcideproblematiek zijn hierbij essentieel. Beide aspecten moeten bijgevolg geadresseerd worden aan de hand van bijscholing- en trainingssessies.

3 PROJECT 'PSYCHOSOCIALE EVALUATIE EN OPVANG SUÏCIDEPOGERS IN EEN ALGEMEEN ZIEKENHUIS'

Dit hoofdstuk start met een beschrijving van de inhoud en opzet en doelstelling van het project en de hiermee verbonden vereisten (paragraaf 3.1). Vervolgens wordt in paragraaf 3.2 ingegaan op de werkzaamheden die zijn uitgevoerd tijdens de voorbereidende fase van het project. In paragraaf 3.3 tenslotte wordt de opzet van de gegevensverzameling toegelicht, bestaande uit een implementatie- en een effectenonderzoek. De implementatie van het project en het hieraan gekoppelde onderzoek liep van 1 juni 2005 tot 31 juli 2006 en werd begeleid en uitgevoerd door Rita Vanhove (projectmedewerkster CGG-ZMP-project) en Sara De Clerck (onderzoeksgroep Gezondheidspsychologie Universiteit Hasselt), onder supervisie van Prof. dr. Jan Vinck (Universiteit Hasselt).

3.1 OPZET EN DOELSTELLINGEN

Het pilootproject 'Psychosociale Evaluatie en Opvang van Suïcidepogers in het Algemeen Ziekenhuis' (PEOSAZ) richt zich op de groep suïcidepogers (SP's) die op de spoedgevallendienst van een algemeen ziekenhuis terechtkomen omwille van een suïcidepoging, en die vanuit dit ziekenhuis ontslagen worden. Het project is erop gericht de opvang binnen het ziekenhuis en de opstart van de vervolgzorg te optimaliseren.

Om het ziekenhuispersoneel hierbij te ondersteunen, werd aan de verschillende deelnemende ziekenhuizen een Instrument voor Psychosociale Evaluatie en Opvang (afgekort 'IPEO') ter beschikking gesteld dat de vorm heeft van een semi-gestructureerd interview met zowel open als gesloten vragen.

De functie van dit instrument is tweeledig. Enerzijds zijn de vragen die dit instrument bevat richtinggevend voor de inhoud van het gesprek dat wordt aangegaan met de patiënt: de poging wordt ernstig genomen, de patiënt wordt empathisch beluisterd en krijgt (vaak voor het eerst) de gelegenheid zijn problematiek te bespreken. Ook de naastbestaanden worden hierbij betrokken en ondersteund. Anderzijds worden aan de hand van dit gesprek de nodige gegevens verzameld om een degelijke inschatting te kunnen maken van het risico op herval en een toegeleiding naar zorg te realiseren; het probleem wordt ingeschat, een psychiatrische diagnose wordt gesteld en de vervolgzorg wordt besproken, gemotiveerd en opgezet.

Het instrument bestaat uit twee niveaus. Het eerste niveau (IPEO 1) wordt uitgevoerd kort nadat de suïcidepogers zich heeft aangemeld in het ziekenhuis en levert elementen aan voor de verdere risico-inschatting, opvang en vervolgzorg. Mogelijkerwijs is dit voor de patiënt de eerste gelegenheid om met een hulpverlener over zijn problemen te praten en steun te ervaren. Het tweede niveau (IPEO 2) bouwt voort op en voegt elementen toe aan het 1^{ste} niveau. Dit tweede niveau omvat een psychologische/ psychiatrische opvang, risico-inschatting, diagnosestelling en behandelingsplan (inclusief ontslagmanagement).

Binnen het project willen we bereiken dat bij elke suïcidepogers het eerste niveau van de psychosociale evaluatie en opvang – IPEO 1 – door getraind ziekenhuispersoneel gerealiseerd wordt. Gedurende de normale werkuren wordt IPEO 1 uitgevoerd door getrainde psychiatrische verpleegkundigen, maatschappelijk werkers of, indien beschikbaar, door psychiaters of psychologen. Patiënten die 's nachts worden opgevangen en niet kunnen/willen blijven tot 's anderendaags en de patiënten die in het weekend op spoed terechtkomen en niet kunnen/willen blijven tot na het weekend of tot op het moment dat GGZ-personeel beschikbaar is, worden opgevangen en geëvalueerd door hiervoor getrainde verpleegkundigen of artsen op de spoedgevallendienst.

We willen er in tweede instantie voor zorgen dat bij zoveel mogelijk suïcidepogers ook het tweede niveau van de psychosociale evaluatie en opvang – IPEO 2 – doorlopen wordt.

Hiervoor moet echter specialistisch personeel aanwezig zijn. Deze aanwezigheid kan momenteel niet gegarandeerd worden buiten de kantooruren in de meeste ziekenhuizen zonder PAAZ.

De resultaten van IPEO 1 en/of 2 dienen gebruikt te worden in de interne en externe communicatie, met het oog op het opzetten van de verdere hulpverlening. Dit houdt onder meer in dat de huisarts schriftelijk wordt verwittigd bij het ontslag van de suïcidepogers uit het ziekenhuis. Bij deze verwittiging wordt een flyer¹ (zie bijlage 3) toegevoegd over de opvang van suïcidepogers waarin ook gewezen wordt op andere informatiebronnen. De huisarts wordt gevraagd een contact te realiseren met de patiënt binnen de twee weken na ontslag.

Alle personeelsleden die suïcidepogers opvangen, moeten getraind worden in het gebruik van het beschreven instrument. Vermits het beantwoorden aan de projectvoorwaarden een bijkomende inspanning van de nu al overbelaste diensten vergt, worden de ziekenhuizen financieel ondersteund vanuit het project. De projectvoorwaarden zijn opgenomen in het contract dat tussen het onderzoekscentrum (UHasselt) en de ziekenhuisdirectie gesloten wordt (zie bijlage 1).

¹ Deze 'flyerstrategie' 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 opzet en resultaten van dit onderzoek kunnen geraadpleegd worden op <http://hdl.handle.net/1942/942>.

3.2 VOORBEREIDENDE FASE

Tijdens de voorbereidende fase van het project, lopende van 1 juni tot 1 oktober 2005, werden volgende zaken gerealiseerd:

- Uitwerken van een instrument voor psychosociale evaluatie en opvang
- Goedkeuring van het project door ethische commissies
- Afspraken maken met ziekenhuizen over deelname, personeelsinzet, aan te stellen contactpersonen en modaliteiten van implementatie
- Training van betrokken personeelsleden in het gebruik van het instrument
- Informeren van de huisartsen in regio's waar flyer nog niet is geïntroduceerd.

3.2.1 INSTRUMENT VOOR PSYCHOSOCIALE EVALUATIE EN OPVANG

Het instrument voor psychosociale evaluatie en opvang (afgekort IPEO) plus handleiding is in opdracht van dit project ontwikkeld door medewerkers van de Eenheid voor Zelfmoordonderzoek (Universiteit Gent), onder leiding van Prof. Van Heeringen. Tijdens dit productieproces is er op regelmatige tijdstippen overleg geweest tussen medewerkers van UGent en projectverantwoordelijken UHasselt en Rita Vanhove, via mail, telefonisch en tijdens overlegvergaderingen op 4 juli en 26 augustus 2005.

Het gefinaliseerde instrument bestaat uit twee onderdelen: IPEO 1 en IPEO 2 (zie bijlage 2). De Wesov-registratie die op dit moment (onder beheer van de Eenheid voor Zelfmoordonderzoek) reeds wordt uitgevoerd door Ziekenhuis Oost-Limburg en Virga Jesseziekenhuis, is als apart formulier verwerkt in IPEO 1. De Eenheid voor Zelfmoordonderzoek heeft aan alle participerende ziekenhuizen gevraagd om over de ingevulde WESOV-registraties te mogen beschikken. De ziekenhuizen hebben hierop positief gereageerd.

De eerste psychosociale evaluatie en opvang – aan de hand van IPEO 1 – vindt plaats kort nadat de suïcidepoging zich heeft aangemeld in het ziekenhuis. Tijdens dit eerste gesprek wordt een inschatting gemaakt van het lichamelijke letsel, de cognitieve functies van de patiënt, het oordeelsvermogen, de huidige emoties en gedrag (inclusief actuele suïcidale wensen en ideatie), de mogelijke aanwijzingen van mentale stoornissen en de bereidheid tot verdere behandeling. Tevens worden relevante sociodemografische kenmerken en gegevens betreffende de zelfmoordpoging en eerdere zelfmoordpogingen bevestigd. Observaties tijdens het ophalen en overbrengen naar het ziekenhuis, evenals tijdens het verblijf op de spoedafdeling, worden genoteerd. Dit wegens de relevantie ervan voor verdere opvang en evaluatie.

Indien de patiënt verdere zorg (en specialistische evaluatie) weigert en het ziekenhuis snel verlaat, tracht men patiënt en omgeving te motiveren voor het opnemen van vervolgzorg in samenspraak met hulpverleners in het thuismilieu, onder meer de huisarts. Men doet het voorstel de huisarts binnen de week te contacteren. De huisarts wordt snel op de hoogte gebracht (mits toestemming van de patiënt) van de ziekenhuisopname en de resultaten van de IPEO 1. Een ‘flyer’ wordt meegestuurd met het verslag (zie bijlage 3).

De meer gespecialiseerde psychosociale evaluatie en opvang – aan de hand van IPEO 2 – wordt uitgevoerd door psychiatrisch geschoold personeel (psychiater, psycholoog, psychiatrisch verpleegkundige) en omvat een verdere inschatting van de risicofactoren en de noden van de patiënt. Standaard worden de suïcidale intentie, de suïcidale ideatie, de motieven voor de poging, de ervaren problemen, de psychiatrische voorgeschiedenis, mogelijk middelenmisbruik, sociaal netwerk/steun en zorgbehoeften van de patiënt en de omgeving bevestigd. Er gebeurt een probleemschatting en artsen stellen een diagnose. Een behandelvoorstel wordt uitgewerkt.

Het instrument werd een eerste maal uitgetest in het universitaire ziekenhuis van Gent. Op basis van deze testperiode wordt de gemiddelde duur van afname van IPEO 1 geschat op 20 à 30 minuten, de afname van IPEO 2 op ongeveer 90 minuten. Beide niveaus van instrument bevatten zowel open als gesloten vragen. In IPEO 1 vindt men daarnaast ook enkele observatie-items terug.

De handleiding is een noodzakelijk hulpmiddel bij het gebruik van het instrument. In deze handleiding wordt het doel van het instrument verduidelijkt en worden richtlijnen gegeven voor het gebruik ervan evenals voor de interne en externe verslaggeving. Daarnaast worden alle items van IPEO 1 en 2 toegelicht en uitgediept. Tenslotte is in deze handleiding een beknopt overzicht terug te vinden van de relevante onderzoeksliteratuur m.b.t. risicofactoren van suïcidaal gedrag.

Het instrument is via de contactpersonen van alle ziekenhuizen voorgelegd aan de deelnemende diensten. Tot nu toe bestaat het instrument enkel in een papieren versie.

3.2.2 ZIEKENHUIZEN

■ OVERLEG IN ZIEKENHUIZEN: INTRODUCTIE VAN EN TOELICHTING BIJ PROJECT

De zes Limburgse ziekenhuizen die hebben meegewerkt aan het inmiddels afgesloten pilootproject ‘Recidivepreventie suïcidepogingen in samenwerking met huisartsen’ (november 2003 – december 2005) zijn gecontacteerd om hun medewerking te vragen voor het nieuwe project. Het betreft hier de volgende ziekenhuizen: Sint-Franciskusziekenhuis te Heusden-Zolder, AZ Vesalius te Tongeren, Ziekenhuis Oost-Limburg te Genk, Ziekenhuis Maas en Kempen te Maaseik, Virga Jesseziekenhuis te Hasselt en Sint-Trudoziekenhuis te Sint-Truiden.

Alle ziekenhuizen reageerden positief op deze vraag. De eerste vijf ziekenhuizen hebben officieel hun medewerking aan het project toegezegd. Het Sint-Trudoziekenhuis te Sint-Truiden heeft in tweede instantie en na overleg met personeel en directie besloten om niet deel te nemen aan het project. Naar aanleiding van deze beslissing, is het Salvatorziekenhuis te Hasselt aangesproken over het project en eventuele bereidheid tot deelname. Begin oktober heeft dit ziekenhuis zijn deelname bevestigd.

Voor elk deelnemend ziekenhuis werd vastgelegd wie als contactpersoon zou fungeren.

Tijdens de introductie van het project in de verschillende ziekenhuizen zijn ook een aantal bemerkingen bij de strategie geformuleerd. De voornaamste hiervan worden opgesomd:

- Spoedverpleegkundigen beschikken meestal niet over voldoende tijd om een uitgebreid gesprek aan te gaan met de patiënt. Ze zijn hoofdzakelijk getraind in medische interventies en dit vergt reeds een uitgebreide specialisatie. Het bijkomend specialiseren in psychologische opvang vormt een extra belasting. Daarenboven zullen spoedverpleegkundigen (in bepaalde ziekenhuizen) slechts zelden het instrument moeten toepassen waardoor ze geen routine kunnen ontwikkelen in het opvangen van suïcidepogers.
- Wanneer het ingevulde instrument de basis vormt voor de verslaggeving aan de huisartsen, dan heeft dit als voordeel dat men tijd uitspaart. Het is echter niet vanzelfsprekend om papieren in te vullen terwijl men een gesprek voert met de patiënt.
- De vormingsagenda's van 2005 zijn al geprogrammeerd. Het is daarom niet vanzelfsprekend dat er nog extra trainingsdata kunnen worden ingepland.
- Rapportage aan huisartsen vanuit spoedafdeling gebeurt in sommige ziekenhuizen enkel door de spoedartsen. Verpleegkundigen mogen geen informatie neerschrijven op rapportageformulier.
- In één ziekenhuis zijn de PAAZ en de daghospitalisatie volledig met elkaar verweven. Afhankelijk van de ernst van de situatie worden patiënten ingedeeld in één van vijf groepen. Personen die naar daghospitalisatie gaan en patiënten die gehospitaliseerd zijn kunnen hierbij in dezelfde therapiegroep zitten. Ten behoeve van de effectevaluatie van het project, zal de onderzoeksgroep dus nauwkeurig moeten afgebakend worden om confounding te voorkomen: Welke datum geldt als ontslagdatum: datum bij ontslag uit ziekenhuis of datum bij beëindiging daghospitalisatie? Welke patiënten behoren tot onderzoeksgroep: enkel diegenen die extramuraal worden verder behandeld, of ook diegenen die semi-muraal (daghospitalisatie) of intramuraal (psychiatrisch ziekenhuis) worden verder behandeld?
- In het kader van psychologische opvang, kiezen sommige ziekenhuizen ervoor om meerdere korte gesprekken met patiënten te voeren i.p.v. één uitgebreid gesprek. De afname van het instrument gebeurt dus liefst gespreid over enkele gesprekken.

■ DOSSIER ETHISCHE COMMISSIES

De wetgeving inzake multicentre trials stelt sinds mei 2004 dat wanneer een project de tussenkomst van verschillende ethische commissies vergt, één ethische commissie als leading commissie fungeert die een centraal advies uitbrengt. De ethische commissies van de andere locaties moeten dan enkel over het informed consent en over de lokale condities hun opmerkingen aan de leading commissie overmaken binnen een termijn van 28 dagen. Op basis van deze opmerkingen kan de leading commissie er dan al dan niet voor kiezen om hun advies te herzien. In de lijn van de wetgeving ten tijde van het eerste suïcidepreventieproject, moesten alle commissies van de deelnemende ziekenhuizen een totaal advies uitbrengen. Aangezien de ethische commissie van het ziekenhuis Maas en Kempen als eerste het PEOSAZ-project beoordeelde en vervolgens goedkeurde, fungeerde zij als leading commissie. De ethische commissies van het Virga Jesseziekenhuis, Ziekenhuis Oost-Limburg, AZ Vesalius, Sint-Franciskusziekenhuis en Salvatorziekenhuis hebben hun opmerkingen doorgegeven aan deze leading commissie.

7 september 2005: goedkeuring door vergadering Ethisch Comité Ziekenhuis Maas en Kempen, project toegelicht door Rita Vanhove en Sara De Clerck

20 september 2005: goedkeuring door vergadering Ethisch Comité AZ Vesalius, project toegelicht door Rita Vanhove en Sara De Clerck

12 september 2005: goedkeuring door vergadering Ethisch Comité Sint-Franciskusziekenhuis.

20 oktober 2005: goedkeuring door vergadering Ethisch Comité Ziekenhuis Oost-Limburg.

24 oktober 2005: goedkeuring door vergadering Ethisch Comité Virga Jesseziekenhuis

14 november 2005: goedkeuring door vergadering Ethisch Comité Ziekenhuis Salvator

■ CONTRACT UHASSELT PARTICIPERENDE ZIEKENHUIZEN

De afspraken aangaande projectvereisten en toe te kennen vergoedingen zijn vastgelegd in een samenwerkingsovereenkomst die ter ondertekening is voorgelegd aan de instellingsverantwoordelijken van UHasselt en de directieleden van de verschillende deelnemende ziekenhuizen. Deze overeenkomst is terug te vinden in bijlage 1.

■ MODALITEITEN VAN PROJECTIMPLEMENTATIE

De gehele procedure van de evaluatie en opvang van suïcidepogers (PEO-procedure) moest worden ingebouwd in de huidige manier van werken binnen elk ziekenhuis. Het gevolgde opname- en ontslagmanagement met betrekking tot deze patiëntengroep verschilt echter per ziekenhuis en zo dus ook de implementatie van het project. Elk ziekenhuis heeft getracht een werkwijze voor te stellen die haalbaar en werkbaar was en kon garanderen dat bij zoveel mogelijk (in principe alle) suïcidepogers de vereiste evaluatie en opvang kon gebeuren.

Deze verschillende modaliteiten van projectimplementatie worden besproken in de resultatensectie van het implementatieonderzoek (hoofdstuk 4).

■ STARTCONFERENTIE

Op 30 september 2005 werden vertegenwoordigers uit de 6 deelnemende ziekenhuizen uitgenodigd voor een 'startconferentie'. Een vertegenwoordiger van de Eenheid voor zelfmoordonderzoek lichtte het IPEO toe, de onderzoekers het onderzoeksopzet en de contractvoorwaarden. De doelstellingen en het opzet van de trainingen werden toegelicht door de trainster. De concrete implementatiemodaliteiten werden besproken en ziekenhuisvertegenwoordigers konden ervaringen uitwisselen. Ook de eerste ervaringen met de trainingen werden besproken.

3.2.3 TRAININGEN

Alle personeelsleden die suïcidepogers opvangen, moesten getraind worden in het gebruik van het instrument. Daarnaast werd in de trainingen, waar nodig, aandacht besteed aan deskundigheidsbevordering inzake suïcideproblematiek.

De noodzakelijke training behelsde:

- kennis van risicofactoren op suïcide
- kennis van aanleidingen en motieven suïcidepogers
- inzicht suïcidaal proces
- basiskennis mbt preventieve en curatieve aspecten
- correcte attitudes ontwikkelen tov deze patiëntengroep en hun naasten
- gespreksvaardigheden inoefenen
- instrument (IPEO) leren gebruiken
- communiceren met team en rapporteren
- kennis van sociale kaart (voorzieningen geschikt voor verdere vervolgzorg)

Bij de training van GGZ-personeel diende de voorkennis in kaart gebracht te worden en mogelijke lacunes gedetecteerd. Een meer uitgebreide beschrijving van de doelstellingen en inhoud van de trainingen is terug te vinden in bijlage 4.

■ AGENDA VAN DE TRAININGEN (ALLEN IN 2005)

Sint-Franciscusziekenhuis in Heusden

PAAZ-personeel: donderdag 22 en 29 september

Spoedpersoneel: vrijdag 28 oktober en 4 november

AZ Vesalius in Tongeren

Liaisonsteam: dinsdag 11 oktober

Spoedpersoneel: donderdag 20 en 27 oktober

Virga Jesseziekenhuis in Hasselt

PAAZ-personeel: donderdag 6 oktober, donderdag 13 oktober

Psychologen/ergotherapeuten/psychiater: dinsdag 18 oktober

Spoedpersoneel: dinsdag 8 en woensdag 16 november(werd afgelast)

Ziekenhuis Maas en Kempen in Maaseik

Spoedpersoneel, liaisonsteam (psychiaters en psychologen), sociale dienst, verpleegkundigen

verblijfsafdelingen: woensdag 19 en 26 oktober en maandag 31 oktober-

Ziekenhuis Oost-Limburg in Genk

Woensdag 5 en 12 oktober: verpleegkundigen, EPSI, assistenten psychiatrie PAAZ, spoedverpleegkundigen

Ziekenhuis Salvator

Training spoedpersoneel en psychologe: dinsdag 15 en woensdag 30 november, dinsdag 6 en maandag 12 december

3.2.4 CONTACTEN

■ CGG

De CGG directies werden geïnformeerd over het project en op 25 augustus 2005 vond een overlegvergadering plaats met directieleden van de CGG. De resultaten van het recidivepreventieproject en de consequenties voor de CGG werking werden besproken. Dit project heeft ook consequenties voor de netwerkontwikkeling in die regio's die in het recidivepreventieproject als controleregio fungeerden. Er dienden samenwerkingsafspraken te worden gemaakt in alle regio's van de zes participerende ziekenhuizen die ongeveer het volledige domein van de provincie Limburg bestrijken. Alle betrokken CGG engageren zich voor een snelle instroom van de doelgroep en een correcte communicatie met AZ en huisartsen. Ze zijn beschikbaar voor consultatief overleg met huisartsen, ook in het geval er geen verwijzing tot stand komt.

CGG zijn ook bereid te participeren aan overlegvergaderingen met AZ en huisartsen en maken deel uit van de transmurale werkgroep van het AZ Vesalius en AZ Maas en Kempen. Op 13 september werd tijdens een teamvergadering het project toegelicht tav team DAGG Maaseik. De teams van de CGG/LITP Maasmechelen en Hasselt werden eveneens geïnformeerd.

■ HUISARTSEN

De huisartsen uit de interventieregio's van het pilootproject recidivepreventie in samenwerking met huisartsen, werden reeds voorheen geïnformeerd en via vormingsessies geëngageerd in de strategie. In totaal vonden in de looptijd van het recidivepreventie project vormingsavonden plaats met een 300-tal huisartsen.

De huisartsen uit de regio Hasselt en Maasland (voormalige controleregio) werden in het PEOSAZproject eveneens schriftelijk geïnformeerd. De voorzitters van de Huisartsenkringen (HAK's), de vormingsverantwoordelijken en de voorzitters van de Lokale Kwaliteitsgroepen (LOK's) werden bovendien telefonisch gecontacteerd en een bijscholingsaanbod werd gedaan. Het AZ Maas en Kempen startte met een transmurale werkgroep suïcidepreventie, waaraan de voorzitters van de huisartsenkringen van de regio participeren, evenals verantwoordelijken van de SIT's.

In samenwerking met de HAK Kinema (Kinrooi, Neeroeteren, Maaseik) werd een vormingsavond ingericht voor huisartsen en ziekenhuisartsen op 23 maart 2006. De projectverantwoordelijke van CGG en de psychiater van het ziekenhuis Maas en Kempen gaven toelichting bij de opvang van suïcidepogers in het ziekenhuis en de rol van de huisarts.

Op 9 maart werd het project toegelicht op een bijscholingsavond van de HAK Hasselt.

Voor de SIT's van Bree, Bocholt, Meeuwen, Gruitrode en van Maaseik, Kinrooi, Dilsen-Stokkem worden respectievelijk op 28 september en 7 december 2006 informatieavonden georganiseerd. Op 12 oktober vindt een informatieavond plaats voor de huisartsenkring van Bree en op 14 september voor de huisartsenkring van Herk De Stad, Kermt, Stevoort. Aldus worden zeer vele eerstelijns werkers en huisartsen in deze 2 regio's geïnformeerd, gesensibiliseerd en bijgeschoold.

3.3 GEGEVENSVERZAMELING

De gegevensverzameling binnen het project kadert in een effectenonderzoek én een implementatie- of haalbaarheidsonderzoek. De effectevaluatie is opgevat als een pre-post-design, waarbij voor- en nametingen met elkaar worden vergeleken. Om een aantal redenen is voorgesteld de evaluatie van het project niet te beperken tot het meten van veranderingen in de voor de doelstellingen relevante indicatoren, maar ook een implementatie- of haalbaarheidsonderzoek uit te voeren.

Immers,

(1) de ervaring met het recidiveproject leerde dat er vaak nog heel wat onduidelijkheid is over wat er precies binnen de ziekenhuizen en in de samenwerking tussen de ziekenhuizen en de vervolgzorgverleners gebeurt; in de ziekenhuizen waar dit duidelijker gestructureerd is, is hieraan langdurig “voorwerk” voorafgegaan. We stellen voor ook in dit project met deze ZH te werken; hiermee moet dan wel rekening gehouden worden bij de latere eventuele “export” van dit werkmodel;

(2) de te verwachten aantallen subjecten binnen de voorziene tijdsperiode zijn niet van aard om te verwachten dat we voldoende “power” gaan kunnen realiseren om aan te kunnen tonen dat het ontbreken van effecten niet te wijten is aan te kleine aantallen observaties;

(3) overigens zijn er voor de meeste indicatoren geen betrouwbare gegevens voorhanden over de grootte van de te verwachten effecten, zodat powerberekeningen moeten steunen op erg ruwe schattingen.

3.3.1 IMPLEMENTATIEONDERZOEK

Om na te gaan in hoeverre de voorgestelde en a-priori algemeen als goede praktijk erkende interventie in de bestaande klinische situatie implementeerbaar is, en in welke condities dit het geval is (“de kritische succesfactoren”), wordt antwoord gezocht op volgende vragen:

- Beschikken ziekenhuizen over een duidelijk uitgewerkt klinisch pad/stroomdiagram voor de opvang van suïcidepogers?
- In hoeverre slagen ziekenhuizen erin de PEO-procedure in te bouwen in de dagelijkse klinische praktijk?
- Hoe wordt het IPEO ingevuld?
- Hoe wordt het IPEO geëvalueerd door de gebruikers ervan?
- Hoe verliepen de trainingen en namen de relevante personeelsleden hieraan deel?

■ KLINISCH PAD

Beschikken ziekenhuizen over een duidelijk uitgewerkt klinisch pad/stroomdiagram voor de opvang van suïcidepogers?

De implementatie van het IPEO is slechts mogelijk als het traject van een suïcidepogger in het AZ onder controle is en zorgprocessen naadloos bij elkaar aansluiten. Dit veronderstelt een helder en voor iedereen bekend klinisch pad. Een klinisch pad kan worden omschreven als ‘een verzameling van methoden en hulpmiddelen om de leden van het multidisciplinaire en interprofessionele team op elkaar af te stemmen en taakafspraken te maken voor een specifieke patiëntenpopulatie’ (Sermeus & Vanhaecht, 2002).

Het is een concretisering van een zorgprogramma met als doel kwalitatieve en efficiënte zorgverlening te verzekeren en een 'totaalzorg' te realiseren bij elke suïcidepoging. Deze totaalzorg behelst zeker ook transmurale aspecten bij deze patiëntenpopulatie. Structurele afspraken in verband met nazorg (intramuraal en ambulante) maken er deel van uit. In het ontslagmanagement is het verzekeren van zorgcontinuïteit uitermate belangrijk.

Werken met een goed klinisch pad biedt aan de patiënt duidelijk een meerwaarde:

- goede en gestructureerde informatie aan de patiënt, gestart van voor de opname in het ziekenhuis
- de individuele noden van de patiënten worden duidelijker en de mogelijkheden om daaraan te beantwoorden worden verhoogd
- een gestructureerde communicatie tussen de verschillende hulpverleners ten gunste van de patiënt
- duidelijke afspraken die het tijdsverloop zullen verbeteren
- gepaste zorg zodat de patiënt zo snel mogelijk terug naar huis kan gaan.

Bij de start van het project, en als onderdeel van de samenwerkingsovereenkomst, werd aan alle ziekenhuizen gevraagd (minimaal) een stroomdiagram uit te werken (maximaal een klinisch pad) en aan te geven hoe de gehele PEO-procedure (waarbinnen gebruik van het IPEO) hierin kaderde.

Deze vraag vormde een onderdeel van de gegevensverzameling in kader van het implementatieonderzoek en was tevens als bepaling opgenomen in de samenwerkingsovereenkomst.

■ EVALUATIE PEO-PROCEDURE

*In hoeverre slagen ziekenhuizen erin de PEO-procedure in te bouwen in dagelijkse klinische praktijk?
Hoe wordt het IPEO geëvalueerd?*

Twee tot drie maanden na de start van het project (maanden januari en februari 2006) heeft in ieder deelnemend ziekenhuis een evaluatie en terugkoppeling plaatsgevonden. Alle bij het project betrokken personen waren hierop uitgenodigd.

De bijeenkomsten hadden als doel:

- 1) een zicht te krijgen op de werkwijze die de ziekenhuizen volgden bij de implementatie van het project en, meer in het algemeen, op het klinisch pad
- 2) een wederzijdse stand van zaken te geven over het verloop van het project
- 3) het project te evalueren door de betrokken partijen binnen het ziekenhuis

Deze bijeenkomsten fungeerden tevens als moment om te sensibiliseren en te motiveren en misvattingen te corrigeren. Om in ieder ziekenhuis dezelfde informatie te verzamelen gebeurde de evaluatie en terugkoppeling aan de hand van een vastliggend stramien (zie bijlage 5).

Na afloop van het project werden in elk deelnemend ziekenhuis één of meerdere focusgroepen georganiseerd. De focusgroepen hadden tot doel op relatief korte tijd een idee te krijgen van de meningen van de gebruikers over het instrument (IPEO) en de hiermee samenhangende opvang (PEO-procedure). Dit alles gebeurde aan de hand van een gestructureerde discussie (zie bijlage 6). Binnen de verschillende focusgroepen was het de bedoeling zoveel mogelijk personeelsleden die het IPEO in de praktijk hadden gebruikt, samen te brengen. In totaal zijn acht focusgroepen georganiseerd, één focusgroep per deelnemend ziekenhuis en nog twee extra focusgroepen met uitsluitend spoedpersoneel. Voor de praktische organisatie van de focusgroepen werd een beroep gedaan op de contactpersonen binnen de ziekenhuizen. Nadeel hiervan was dat afhankelijk van de ziekenhuizen zélf in de keuze van wie wel en wie niet naar de focusgroep kwam. We bereikten geen spoedartsen en slechts 6 psychiaters, waarvan 2 liasonpsychiaters uit hetzelfde ziekenhuis. In totaal zijn 8 focusgroepen georganiseerd.

Ziekenhuis Oost Limburg

3 mei 2006: focusgroep met psychiaters, assistenten van psychiaters en hoofdverpleegkundige EPSI

Ziekenhuis Maas en Kempen

8 mei 2006: focusgroep met psychiater, psycholoog, hoofdverpleegkundige spoedafdeling, sociaal werker en paramedisch directeur

15 mei 2005: focusgroep met spoedverpleegkundigen en hoofdverpleegkundige spoedafdeling

Virga Jesse

9 mei 2006: focusgroep met psychiatrisch verpleegkundigen en hoofdverpleegkundige PAAZ

AZ Vesalius

18 mei 2006: focusgroep met liaisonteam

Ziekenhuis Salvator

23 mei 2006: focusgroep met spoedverpleegkundigen, hoofdverpleegkundige spoedafdeling en psychologe

Sint-Franciskusziekenhuis

31 mei 2006: focusgroep met psychiatrisch verpleegkundigen en hoofdverpleegkundige PAAZ

18 juli 2006: focusgroep met spoedverpleegkundigen en hoofdverpleegkundige spoedafdeling

■ DOCUMENTENANALYSE

Hoe wordt het IPEO ingevuld?

Aan de ziekenhuizen is gevraagd de ingevulde instrumenten te bewaren en te anonimiseren. Na afloop van het project zijn alle ingevulde instrumenten ingekeken door de onderzoeker Sara De Clerck en projectverantwoordelijke Rita Vanhove. De ingevulde IPEO's werden beoordeeld op volledigheid en inhoud, en dit aan de hand van enkele vooraf opgestelde criteria (zie bijlage 7).

Ten aanzien van volledigheid werd beoordeeld welke items van het IPEO consequent wel of niet werden ingevuld en of er verschil was qua volledigheid van antwoorden bij invulling door een spoedverpleegkundige (IPEO 1), een psychiatrisch verpleegkundige (IPEO 1 en 2) of een psychiater/psycholoog (IPEO 1 en 2). Verder werd gekeken of er aanvullende gegevens werden vermeld op de vragenlijst waarvoor in principe geen plaats was voorzien.

De inhoudelijke evaluatie was voornamelijk gericht op het beoordelen van de validiteit en sensitiviteit van de verschillende vragen. Leverden de vragen de bedoelde informatie op? Was er afhankelijk van de functie van de invuller, een verschil in vermelde informatie? Bijzondere aandacht werd gegeven aan de items 'risico-inschatting' en 'behandelplan' en de vraag of de determinatie van deze aspecten eerdere informatie betreffende sociaal netwerk en steun, aangegeven zorgbehoeften, psychiatrische voorgeschiedenis, enz. in rekening bracht.

■ TRAININGEN

Hoe verliepen de trainingen en namen de relevante personeelsleden hieraan deel?

In alle deelnemende ziekenhuizen zijn verscheidene trainingsbijeenkomsten georganiseerd. Voor de inhoud van deze trainingen zie bijlage 4. De onderzoekster van de UH heeft een aantal van deze trainingsbijeenkomsten bijgewoond en geobserveerd.

Enkel weken na de training is naar elk ziekenhuis een gemotiveerd voorstel voor super/intervisiesessies met de trainster gedaan. Bedoeling van een dergelijk supervisiemoment was om eventuele problemen en moeilijkheden ten aanzien van de PEO-procedure of het afnemen van het IPEO met de trainster te bespreken. De ziekenhuizen zijn niet op dit voorstel ingegaan. Enerzijds werd dit door sommigen gemotiveerd als zijnde 'overbodig, niet nodig' anderzijds als een te 'duur' opzet begrepen als vrijgestelde arbeidsduur van personeel. Men stelde dat reeds zeer vele uren in bijscholing werden geïnvesteerd.

3.3.2 EFFECTEVALUATIE

De effectevaluatie was opgebouwd rond volgende onderzoeksvragen:

- registreren of de gang van zaken bij de opvang van suïcidepogers veranderde/verbeterde door de PEOSAZ-interventie
- evalueren of, op basis van het gebruik van het instrument, de toegeleiding naar verdere vervolgzorg gerealiseerd was
- evalueren hoe patiënten de opvang in het ziekenhuis hadden ervaren
- evalueren of de voorgestelde vervolgzorg werd opgenomen
- evalueren of de feitelijke en ervaren deskundigheid van het personeel m.b.t. opvang van suïcidepogers verbeterde door het volgen van de trainingen en het toepassen van het instrument.

▣ REGISTRATIE

Nagaan of de gang van zaken bij de opvang van suïcidepogers veranderde/verbeterde door de PEOSAZ-interventie.

Zowel voor als tijdens ingebruikname van instrument (voor- en nameting), wilden we registreren hoeveel suïcidepogers er ontsnapten aan een adequate evaluatie en opvang.

Voor de ingebruikname van het instrument waren dit de suïcidepogers die snel vanuit de spoedafdeling naar huis vertrokken, ervan uitgaande dat elke suïcidepogers die na de spoedopname werd gehospitaliseerd, wel werd geëvalueerd en een degelijke opvang kreeg. Tijdens gebruik van het instrument waren dit de suïcidepogers die het eerste (en dus ook het tweede) niveau van de PEO-procedure niet doorliepen.

De voor- en nameting gebeurde aan de hand van een registratieformulier (zie bijlage 8) dat op de spoedafdeling moest worden ingevuld. Op dit formulier moest per maand worden aangeduid:

- hoeveel patiënten in totaal waren verzorgd op de spoedafdeling van het AZ omwille van een suïcidepoging
- hoeveel patiënten van deze populatie het ziekenhuis vanuit de spoedafdeling hadden verlaten, zonder enige psychosociale evaluatie te hebben gehad.

▣ TOEGELEIDING NAAR VERDERE VERVOLGZORG

Inventariseren of, op basis van het gebruik van het instrument, de toegeleiding naar verdere vervolgzorg werd gerealiseerd. Toegeleiding naar verdere vervolgzorg is gerealiseerd als:

- *een suïcidepogers bij ontslag wordt verwezen naar de huisarts of een andere nazorgverstrekker (psychiater, psycholoog, CGG, zelfhulpgroep, psychiatrisch ziekenhuis...)*
- *een suïcidepogers wordt opgenomen op een PAAZ*

- *een suïcidepoging wordt opgevangen door een psychiatrisch liaison team*

Er werd aan het IPEO een gegevensformulier toegevoegd dat, voor elke suïcidepoging (+16jaar) waarbij het IPEO werd opgestart, moest ingevuld en bezorgd worden aan de onderzoekers (zie bijlage 9). Dit formulier gold tevens als bewijsstuk voor toekenning van de in samenwerkingsovereenkomst genoemde vergoeding. Op dit gegevensformulier moest ten aanzien van de voorgestelde nazorg het volgende worden aangevinkt:

- of IPEO 1 en/of 2 waren uitgevoerd (datum en tijdstip)
- of HA verwittigd was: verslag van IPEO en flyer verstuurd
- of er een voorstel tot verdere vervolgzorg was besproken met SP en zo ja, welk voorstel
- of er een verslag was verstuurd naar andere nazorgverstrekkers (bv. CGG)

De op de gegevensformulieren vermelde informatie betreffende aantal en aard van de vervolgzorgvoorstellen, kon worden geverifieerd (1) tijdens de telefonische gesprekken met patiënten (zie hierna) en (2) tijdens de eerder besproken documentenanalyse waarbij alle IPEO's werden nagekeken op inhoud en volledigheid.

IV BEVRAGING BIJ PATIËNTEN

Inventariseren van de ervaringen van patiënten met betrekking tot hun opname in het ziekenhuis.

Methodie

We vroegen aan de ziekenhuizen om bij zoveel mogelijk patiënten (alle suïcidepogers vanaf 16 jaar) het hierna weergegeven onderzoek aan te kaarten en hen te motiveren tot deelname hieraan. Het moment waarop dit moest gebeuren, werd niet vastgelegd. 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.

Wanneer de patiënt toestemde met deelname aan onderzoek, konden zijn/haar identificatiegegevens aangevuld worden op het gegevensformulier (zie bijlage 9). Dit formulier moest tesamen met het door de patiënt ondertekende informed consent formulier (zie bijlage 10) opgestuurd worden naar de onderzoeker. Indien patiënt werd doorverwezen naar een intramurale voorziening (PAAZ van een ander ziekenhuis, psychiatrisch ziekenhuis, ...), moest naast het telefoonnummer van de patiënt, ook het telefoonnummer van deze instelling vermeld worden, zodat deze patiënt gecontacteerd kon worden drie weken na zijn/haar ontslag uit het ziekenhuis. Wanneer de patiënt hier toestemming voor gaf, werden ook opname- en ontslagdatum, ernst van het opgelopen letsel, de methode van de poging en de naam van de huisarts vermeld. Patiënten werden vervolgens éénmalig gecontacteerd door de onderzoekers, drie weken na hun ontslag uit het ziekenhuis.

Het (telefonisch) gesprek na drie twee weken had als doel na te gaan in hoeverre de patiënt tevreden was over de geboden opvang in het ziekenhuis (zie bijlage 11). Er werd gevraagd de verschillende aspecten van de opvang te beoordelen en een algemene beoordeling te geven (punt op tien), ter vergelijking met de tevredenheidsscores die ook werden verzameld in het project 'Recidivepreventie suïcidepogers in samenwerking met huisartsen'. Vervolgens werd gevraagd welk advies voor vervolgzorg was gegeven in het ziekenhuis en of de patiënt dit advies had opgevolgd. Tenslotte werd gevraagd 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.

Indien de patiënt niet over een telefoon beschikte of telefonisch niet (meer) bereikbaar was, werd een korte vragenlijst opgestuurd die de patiënt kon invullen en terugsturen door middel van een gefrankeerde enveloppe. Ook patiënten die op het informed consent niet hadden aangekruist dat de onderzoeker hen telefonisch mocht contacteren, kregen de vragen opgestuurd. Wanneer deze vragenreeks niet binnen drie weken was teruggestuurd, ontvingen de betreffende patiënten opnieuw de vragen met bijgevoegd een herinneringsbrief waarin men werd uitgenodigd om de vragen alsnog in te vullen en op te sturen. De schriftelijke vragenreeks bevatte voornamelijk gesloten maar ook enkele open vragen (zie bijlage 12). Aan het einde van de vragenlijst konden patiënten aangeven op welk telefoonnummer ze bereikbaar waren zodat, indien nodig, de patiënt kon gecontacteerd worden voor verdere toelichting.

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 niet voorgedaan.

Indien mogelijk, willen we registreren of er verschillen zijn terug te vinden ten aanzien van de tevredenheid van SP's, de toeleiding naar en opvolging van vervolgzorg, tussen (1) de groep SP waarbij eerste niveau van PEO wordt uitgevoerd door GGZ-personeel en de groep waarbij dit gebeurt door niet GGZ-personeel (hoofdzakelijk verpleegkundigen) en (2) de groep SP waarbij enkel eerste niveau van PEO is uitgevoerd en de groep SP waarbij beide niveaus zijn uitgevoerd. Hiertoe is het in beide gevallen noodzakelijk dat de groepen SP's vergelijkbaar zijn met betrekking tot persoonlijke voorspellers van tevredenheid en motivatie voor verdere hulp.

Method: Teneinde de verschillen in tevredenheid, toeleiding naar en opvolging van vervolgzorg te inventariseren, kan gebruikt gemaakt worden van verzamelde gegevens in het kader van de andere onderzoeksvragen.

Kwalitatieve verwerking

De telefonische 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 (bv 'positief over opname'). Tijdens het coderingsproces werden er nieuwe codes met bijbehorende definities aangemaakt (bv. 'tevreden over gesprekken' binnen de code 'positief over opname'). 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, over het contact met de huisarts en over de mate waarin ze verdere hulpverlening hadden gezocht.

█ DESKUNDIGHEID GETRAIND PERSONEEL

Zowel voor de training, na de training als na afloop van project hebben we aan het aanwezige personeel een vragenlijst voorgelegd (zie bijlage 13). Deze vragenlijst bevatte 37 attitude- en kennisstellingen over suïcidaal gedrag en 10 eigeneffectiviteitsstellingen aangaande de opvang van suïcidepogers (eigeneffectiviteit: de mate waarin een persoon denkt dat hij bekwaam is om een bepaald gedrag uit te voeren).

Meetinstrumenten

De attitude- en kennisstellingen zijn overgenomen uit de 'Attitude Towards Suicide'-questionnaire (ATTS) en zijn vertaald en aangepast met toestemming van Dr Ellinor Salander Renberg (2003).

De eigeneffectiviteitsstellingen zijn overgenomen uit het handboek 'Measurement of perceived self-efficacy: Psychometric scales for cross-cultural research' (Schwarzer, 1993). De vragen zijn vertaald naar het Nederlands. De focus van de vragen (oorspronkelijk algemeen gericht op hulpverlenend gedrag) is gericht op 'hulpverlenend gedrag ten aanzien van suïcidepogers'.

De scoring van de attitude- en kennisstellingen liep van 1 (helemaal niet mee eens) tot 5 (helemaal mee eens).

De stellingen met betrekking tot eigeneffectiviteit konden aan de hand van 4 antwoordmogelijkheden, lopen van 1 (helemaal niet waar) tot 4 (helemaal waar), gescoord worden.

Method

De eerste vragenlijstafname (voormeting) en tweede vragenlijstafname (nameting 1) heeft plaatsgevonden vóór respectievelijk onmiddellijk na de trainingssessie, waarbij de trainster de vragenlijsten uitdeelde bij de aanwezigen. De derde vragenlijstafname (nameting 2) heeft plaatsgevonden naar het einde van de gegevensverzameling toe (afhankelijk van ziekenhuis zo'n 4 tot 6 maanden na de trainingssessies). Deze vragenlijsten zijn per post verstuurd naar de contactpersonen binnen de ziekenhuizen.

Statistische verwerking

De 37 kennis- en attitudestellingen zijn per functiegroep onderworpen aan een factoranalyse waarbij gebruik werd gemaakt van een varimax rotatie. Deze analyse leverde zowel voor het spoedpersoneel als voor het 'psi-personeel' (psychiaters, psychologen, psychiatrisch verpleegkundigen) een factorstructuur op die slechts gedeeltelijk interpreteerbaar bleek. Om deze reden is ervoor gekozen om de resultaten van de stellingen te verwerken volgens een andere structuur waarbij er een onderscheid werd aangebracht tussen persoonlijke items, kennisitems en attitude-items. Deze structuur liet ons toe het effect van de training in termen van vergroting van kennis en bevordering van positieve attitudes te evalueren.

Zowel de kennis-, attitude-items als de persoonlijke items zijn vervolgens aan een factoranalyse (varimax rotation) onderworpen, waarbij enkel de factoren met een eigenwaarde groter dan 1 werden meegenomen. De factoranalyse is uitgevoerd op de resultaten van de voormeting; alle respondenten zijn hierbij geïnccludeerd (geen differentiatie naar functiegroep). De analyse leverde 5 kennisfactoren, 5 attitudefactoren en 3 persoonlijke factoren op.

De scores van de verschillende factoriële subschalen zijn bekomen door de scores van de betreffende componentitems op te tellen. Items met negatieve lading zijn hiertoe gehercodeerd. De hercodering van de kennisitems is echter niet gebaseerd op de – via analyse bekomen – factorladingen (negatieve versus positieve lading) maar is naar eigen inzicht (op basis van het waarheidsgehalte van de stellingen) gebeurd. De gemiddelde factorscores van voormeting, nameting 1 en nameting 2, zijn vergeleken aan de hand van gepaarde t-toetsen.

De verschillen in gemiddelde percentages per factoritem tussen enerzijds voormeting en anderzijds nameting 1 en 2 zijn geanalyseerd aan de hand van de Somers'd test. Deze test meet de mate van associatie tussen twee ordinale variabelen.

De somscore voor eigeneffectiviteit is berekend door, na hercodering van negatief gestelde stellingen, de antwoorden op de 10 effectiviteitsstellingen op te tellen. Verschillen in somscore zijn geanalyseerd aan de hand van een gepaarde t-toets. De verschillen in gemiddelde percentages per item tussen enerzijds voormeting en anderzijds nameting 1 en 2 zijn geanalyseerd aan de hand van de Somers'd test.

Voorgaande analyses zijn telkens uitgevoerd per personeelsgroep waarbij groep 1 bestond uit spoedpersoneel en groep 2 het 'psi-personeel' (psychiatrisch verpleegkundigen, psychiaters, psychologen, sociaal werkers) vertegenwoordigde.

Aan de hand van de test voor herhaalde metingen ('Repeated measures') is het onmiddellijke effect en middellange termijneffect van de trainingen, het effect van functiegroep (spoedverpleegkundigen, psychiatrisch verpleegkundigen, psychiaters/psychologen, sociaal werkers) én de interactie tussen training en functiegroep onderzocht op de 5 kennisfactoren, 5 attitudefactoren en op de somscore van eigeneffectiviteit. Hiertoe werden resultaten op de voormeting, nameting 1 en nameting 2 met elkaar vergeleken. Daarnaast is het effect van ervaring met het IPEO (0 IPEO's ingevuld, 1 IPEO ingevuld, meer dan 1 IPEO ingevuld) en de interactie van deze factor met functiegroep onderzocht op de 5 kennisfactoren, 5 attitudefactoren en op de somscore van eigeneffectiviteit. Hiertoe zijn de resultaten van de voormeting en nameting 2 met elkaar vergeleken. De test voor herhaalde metingen heeft een grotere power dan de conventionele testen zoals de gepaarde t-toets. De reden hiervan is dat, wanneer bij respondenten meer dan één meting wordt uitgevoerd, deze test het mogelijk maakt om de individuele verschilcomponenten van de variantie in de data te schatten. In de analyses wordt met andere woorden gecorrigeerd voor individuele verschillen tussen de respondenten.

Verwacht werd dat het volgen van de training voornamelijk een gunstig effect zou hebben op de kennis en attitudes van het ziekenhuispersoneel en in mindere mate op de ervaren eigeneffectiviteit. Het gebruiken van en ervaring opdoen met het IPEO – en hieraan gekoppeld contact met suïcidepogers – werd verwacht hoofdzakelijk het gevoel van eigeneffectiviteit te bevorderen en in tweede instantie positieve attitudes jegens suïcidepogers te stimuleren.

4 RESULTATEN IMPLEMENTATIEONDERZOEK

In dit hoofdstuk worden achtereenvolgens de evaluatie van de Psychosociale Evaluatie en Opvang-procedure (kortweg PEO-procedure) (paragraaf 4.1), het Instrument voor Psychosociale Evaluatie en Opvang (kortweg IPEO) (paragraaf 4.2) en de trainingen (paragraaf 4.3) gepresenteerd.

We herhalen puntsgewijs de opgestelde onderzoeksvragen:

- Beschikken ziekenhuizen over een duidelijk uitgewerkt klinisch pad/stroomdiagram voor de opvang van suïcidepogers?
- In hoeverre slagen ziekenhuizen erin de PEO-procedure in te bouwen in dagelijkse klinische praktijk?
- Hoe wordt het IPEO ingevuld?
- Hoe wordt het IPEO geëvalueerd door de gebruikers ervan?
- Hoe verliepen de trainingen en namen de relevante personeelsleden hieraan deel?

4.1 KLINISCH PAD – EVALUATIE PEO-PROCEDURE

Beschikken ziekenhuizen over een duidelijk uitgewerkt klinisch pad/stroomdiagram?

Bij de start van het project, en als onderdeel van de samenwerkingsovereenkomst, werd aan alle ziekenhuizen gevraagd (minimaal) een stroomdiagram uit te werken voor de opvang van suïcidepogers (maximaal een klinisch pad) en aan te geven hoe de gehele PEO-procedure (waarbinnen gebruik van het IPEO) hierin kaderde.

In alle deelnemende ziekenhuis hebben hiertoe overlegmomenten plaatsgevonden waarin werd nagegaan of, en zo ja, welk klinisch pad uitgewerkt was voor de patiëntenpopulatie van de suïcidepogers. Concreet betekende dit dat in overleg met directie en andere betrokkenen (personeel van PAAZ'en, spoedpersoneel, psychologen, psychiaters, zorgmanagers, ...) werd bekeken welk beleid het ziekenhuis volgde inzake opname-, doorstroom- en ontslagmanagement van suïcidepogers, interne en externe rapportage, taakverdeling, ... Deze manier van werken moest vervolgens in woorden of schematisch op papier gezet worden (bijlage .

In hoeverre slagen ziekenhuizen erin de PEO-procedure in te bouwen in dagelijkse klinische praktijk?

Twee tot drie maanden na de start van het project (maanden januari en februari 2006) heeft in ieder deelnemend ziekenhuis een evaluatie en terugkoppeling plaatsgevonden. Deze bijeenkomsten hadden als doel een zicht te krijgen op de werkwijze die de ziekenhuizen volgden bij de implementatie van het project.

Na afloop van het project werden 8 focusgroepen georganiseerd, één (soms twee) per elk deelnemend ziekenhuis. Bedoeling van de focusgroepen bestond erin om met gebruikers van het IPEO rond de tafel te zitten en nut, meerwaarde, beperkingen en bemerkingen ten aanzien van het IPEO en procedure te bespreken. Bovendien werd de deelnemers gevraagd welke oplossingsrichtingen zij zagen als mogelijkheid voor geconstateerde knelpunten. In wat volgt wordt voor elk deelnemend ziekenhuis besproken hoe het klinisch pad eruit ziet dat in het betreffende ziekenhuis van toepassing is, welke modaliteit van implementatie werd gevolgd gedurende het projectverloop en op welke manier deze werkwijze werd geëvalueerd. De evaluatieresultaten ten aanzien van het IPEO komen later aan bod (paragraaf 4.2).

4.1.1 ZIEKENHUIS MAAS EN KEMPEN (ZMK)

▣ KLINISCH PAD

Gesensibiliseerd door de 2 pilootprojecten, heeft de directie beslist een transmurale werkgroep op te starten die de opdracht heeft gekregen een klinisch pad “Opvang suïcidepogers” uit te werken en met externe partners tot samenwerkingsafspraken te komen. Deze ‘suïcidepreventiewerkgroep’ bestaat uit personeel van het ziekenhuis (directie, spoed, dienst patiëntenbegeleiding, psychiaters) en externen (CGG-projectmedewerkster, vertegenwoordigers 2 CGG uit de regio, CLB, SIT en huisartsen).

De startvergadering heeft plaatsgevonden op 9 november 2005. Bovendien werd beslist een psychologe aan te werven die vanaf 1 maart 2006 ondermeer de opdracht kreeg het klinisch pad uit te werken. In bijlage 14 is het stroomdiagram voor de opvang en doorverwijzing van suïcidepogers terug te vinden. Dit stroomdiagram is opgesteld naar analogie van de procedure die in het AZ Vesalius wordt gevolgd (zie verder).

▣ MODALITEIT VAN IMPLEMENTATIE

Ten aanzien van de PEO-procedure, heeft het ziekenhuis een zeer nauwkeurig protocol uitgewerkt waarin de administratieve afspraken staan vermeld (zie bijlage 15).

IPEO 1 werd meestal ingevuld door spoedverpleegkundigen. Bij extreme drukte op de spoedafdeling werd de psychologe ingeschakeld om IPEO 1 af te nemen. De hele bundel werd overgemaakt aan de psychiater/psycholoog, die voortbouwend op IPEO 1, IPEO 2 afnam. De ingevulde IPEO's vormden een onderdeel van het dossier. De procedure om de patiënt te motiveren voor een contact met de huisarts, werd gevolgd. De rapportage aan de huisarts gebeurde door de psychiaters/psychologe die een ‘flyer’ bijvoegden. Wanneer een patiënt vanuit de spoedafdeling werd doorverwezen naar een ander ziekenhuis of een psychiatrisch ziekenhuis, werd het ingevulde IPEO meegegeven met de patiënt. Het ZMK bewaarde een kopie. Het werven van patiënten voor het onderzoek gebeurde door de spoedverpleegkundigen of psychiaters/psychologe.

IV ERVARINGEN WERKWIJZE

Door de introductie van het project was de manier van werken ten aanzien van suïcide verbeterd. Vroeger werd bij een suïcidepoging de dienst patiëntenbegeleiding opgeroepen, voor zover deze beschikbaar waren. Patiënten werden niet systematisch psychosociaal geëvalueerd of opgenomen. Sinds de opstart van het project gebeurde de opvang van suïcidepogers op een meer systematische manier. Men had de indruk dat men er, in vergelijking met vroeger, vaker in slaagde patiënten te laten opnemen zodat een gespecialiseerde psychosociale evaluatie kon plaatsvinden. Deze verbetering werd deels toegeschreven aan het feit dat psychiaters en psychologen meer aanwezig waren in het ziekenhuis en deels aan het project en de hiermee verbonden bijscholing van spoedpersoneel.

Vooraf het feit dat de spoedverpleegkundigen dankzij de training en het gebruik van het IPEO een ander beeld hadden gekregen van de populatie van de suïcidepogers en vaker een beroep deden op de liaisonfunctie van de psychiaters en psychologen werd als een belangrijke vooruitgang aanzien vergeleken met de situatie voor het project.

Op het niveau van de spoedafdeling vond reeds een eerste gesprek met de patiënt plaats. Het spoedpersoneel had aanvankelijk schrik dat het afnemen van het IPEO onmiddellijk na de crisisopname van een slechte timing zou getuigen en hierdoor weerstanden bij patiënten zou uitlokken. Deze schrik bleek ongegrond want men merkte dat patiënten zich feitelijk erg open en toegankelijk opstelden jegens de verpleegkundigen. Het spoedpersoneel was blij dat ze patiënten konden toegeleiden naar een professionele psychosociale opvang die duidelijk gestructureerd was. Het IPEO bood hen een houvast tijdens het gesprek en de vragen fungeerden als een bindmiddel tussen de verschillende zorgaspecten (patiënt opvangen, gesprek aangaan, informatie geven over verdere gang van zaken, doorverwijzen, hospitaliseren, ...). Door het gesprek dat er aan voorafging, was de vraag naar verdere behandeling geen geïsoleerd gegeven maar eerder een logisch vervolg van het hulpverlenende gesprek. Patiënten bleken sneller bereid tot verdere behandeling na de spoedopname omdat ze zich begrepen voelden en door middel van het gesprek de kans hadden gekregen om na te denken over hun situatie.

Het afnemen van het IPEO vergde echter een extra tijdsinvestering, maar werd niet als een belasting ervaren. Voor de verpleegkundigen die reeds herhaaldelijk met het IPEO hadden gewerkt, was de bevraging praktisch een routine geworden die tijdens andere (medische) handelingen kon gebeuren. Sommige verpleegkundigen vonden het echter nog steeds moeilijk om een gesprek aan te gaan met patiënten omdat ze hierin niet zijn opgeleid. Het gebrek aan gespreksvaardigheden werd als een gemis ervaren maar men was van mening dat een training aan de hand van rollenspelen hieraan tegemoet zou kunnen komen. Ook een training voor ambulanciers werd nuttig geacht. De opvang van suïcidepogers start immers op het moment dat de patiënt wordt opgehaald.

Wanneer naast bijscholing van spoedpersoneel en psychiatrisch geschoold personeel zou voorzien worden in training en sensibilisering van ambulanciers, zou een continue cirkel van opvang mogelijk gemaakt kunnen worden.

Het spoedpersoneel gaf aan dat ze het belangrijk vinden dat er aandacht wordt besteed aan de problematiek van suïcide. Het gaf hen een goed gevoel te weten dat ze iets konden betekenen voor deze patiënten en dat verdere opvolging verzekerd was. Feedback hieromtrent bleek erg belangrijk. Spoedverpleegkundigen wilden weten wat er gebeurde met de door hun verzamelde gegevens en of de patiënt daadwerkelijk werd gezien door de psychiater/psycholoog.

De psychiaters en psychologe vonden het aangenaam om via het IPEO 2 op een gestructureerde manier te werken, aangezien ze in het verleden niet werkten met interviewschema's. Vaak ontdekten ze bepaalde problematische aspecten die via hun traditionele manier van bevragen niet boven water zouden zijn gekomen. Het ingevulde instrument was hiermee het belangrijkste onderdeel van het dossier geworden. De communicatie tussen IPEO 1 en 2 was duidelijk: de psychiaters/psychologen werkten verder op de informatie die door de spoedverpleegkundigen was verzameld.

Samenvattend kon gesteld worden dat de PEO-procedure in dit ziekenhuis het beleid aanstuurde en voor een stuk ook de beslissing van de spoedartsen ten aanzien van het verder te volgen beleid. Het IPEO fungeerde als dossier. Zowel de bijscholingen als het instrument werden zeer positief geëvalueerd. Er was consensus over het feit dat het in voege treden van de gehele PEO-procedure een vooruitgang had betekend voor de klinische praktijk, in het bijzonder op het niveau van de spoedopname. Men vond het wenselijk en haalbaar dat deze procedure zou worden verder gezet, mits een herwerking/aanpassing van het instrument. Tot het moment waarop het herziene IPEO definitief zou zijn, wilde men echter verder blijven werken met de papieren versie van IPEO 1 en 2, zowel ter behoud van de via het project geïnstalleerde werking als in het kader van het opzetten van een databank. De procedure rond het IPEO 1 verschaftte de spoedverpleegkundigen een zekere structuur en routine die zeker behouden moest blijven. Ook het principe dat de psychiaters en psychologe snel werden ingeschakeld, wilde men blijven handhaven.

4.1.2 ZIEKENHUIS OOST-LIMBURG

■ KLINISCH PAD

Binnen het ziekenhuis wordt een duidelijk beleid ten aanzien van suïcidepogers gevolgd (zie bijlage 16). Bij een spoedopname van een suïcidepogger, wordt de (assistent)psychiater naar de spoedafdeling gevraagd. Hij/zij doet het intakegesprek. De assistenten vervullen ook een liaisonfunctie naar andere somatische afdelingen. Buiten de normale werkuren is een wachtfunctie van de psychiaters gegarandeerd.

De rapportage aan volgende zorgverstrekkers (ondermeer huisarts) gebeurt sinds jaar en dag systematisch. Wanneer een patiënt vanuit de spoed naar huis gaat, wordt de huisarts veelal telefonisch verwittigd en sinds de introductie van 'flyerproject' wordt ook een flyer opgestuurd. Achteraf ontvangt de huisarts nog een getypte brief. Bij opname van de patiënt, ontvangt de huisarts bij aanvang van de opname een intakebrief. Naar het einde van de opname wordt een ontslagbrief opgemaakt voor huisarts en/of volgende hulpverleners.

IV MODALITEIT VAN IMPLEMENTATIE

Voor de ingebruikname van het instrument, is er een document opgesteld met praktische afspraken en richtlijnen ten aanzien van de PEO-procedure (zie bijlage 17).

Bij spoedopname van een suïcidepoging ging (assistent)psychiater in liaisonfunctie naar spoedafdeling voor een intakegesprek. Na dit gesprek werd IPEO 1 ingevuld, evenals enkele rubrieken van IPEO 2. Bij opname werden de overige rubrieken van IPEO 2 overlopen door de (assistent)psychiater, aangevuld met informatie die verpleegkundigen verzamelden (4 aspecten van het IPEO: alcoholmisbruik, druggebruik, sociale netwerk, aangegeven zorgbehoeften).

IPEO 2 werd meestal verscheidene dagen na ontslag van de patiënt, gelijktijdig met het dicteren van de ontslagbrief, ingevuld. Door de wachtdiensten van de psychiaters, waarbij gegarandeerd is dat de patiënt binnen het halve uur opgevangen wordt door de psychiater, was het spoedpersoneel op geen enkel moment betrokken bij het project. Het werven van patiënten voor het onderzoek gebeurde steeds door de persoonlijke begeleider van de patiënt (verpleegkundige). Zowel EPSI- als PAAZ-personeel was actief betrokken bij de PEO-procedure. De administratie en het versturen van de flyer werd gecoördineerd door de hoofdverpleegkundige van de EPSI.

IV ERVARINGEN WERKWIJZE

Het hanteren van het instrument vormde geen directe meerwaarde voor de praktijkvoering van de (assistent)psychiaters. De aspecten die in de IPEO vervat zaten, maakten deel uit van hun klassieke anamnese en assessment en de psychiaters waren hierin opgeleid en beslagen. Dit ziekenhuis voert reeds vele jaren de WESOV-registratie en de MPG-registratie uit. Bepaalde rubrieken binnen IPEO 2 waren overlappend met dit laatste registratiesysteem.

De gehele PEO-procedure werd als omslachtig en arbeidsintensief ervaren. Het feit dat verschillende mensen betrokken waren bij het invullen van het IPEO (verpleegkundigen en (assistent)psychiaters), compliceerde alles en maakte dat er op verschillende tijdstippen binnen de procedure iets kon misgaan. De verslaggeving van de consulten gebeurde reeds in het dossier en in de verwijfsbrief. Het daarnaast nog moeten invullen van het IPEO 1 en 2 vormde hiermee een extra belasting.

Het ingevulde instrument kon eerder gezien worden als een gestructureerde weerslag van de contacten met de patiënt en diens dossier. Niettegenstaande werd het IPEO als een zeer volledig instrument aanzien om een degelijke risico-inschatting te kunnen maken en zou het in die zin kunnen fungeren als een goede vingeroefening voor psychiaters in opleiding om systematisch en volledig te leren bevragen.

Hierbij aansluitend gaven de assistent-psychiaters aan dat ze in hun bevraging via het IPEO meer aandacht schonken aan de ernst van het letsel en de voorbereiding en methode van de poging.

Het IPEO 1 zou volgens psychiaters meer gewicht kunnen hebben en mogelijks een belangrijk onderdeel van het dossier vormen wanneer het zou worden ingevuld door spoedverpleegkundigen en ambulanciers. Binnen het ziekenhuis merkte men trouwens dat spoedverpleegkundigen steeds meer interesse toonden in en vragen stelden over de problematiek van de opgenomen suïcidepogers. Men achtte het daarom nuttig dat spoedverpleegkundigen meer achtergrond zouden verwerven over de suïcideproblematiek.

Concluderend kon gesteld worden dat het PEO-project in dit ziekenhuis voornamelijk als een louter administratieve en registrerende kwestie was ervaren, maar daarentegen aanzien werd als een project met een hoge opleidingswaarde voor assistent-psychiaters die nog niet veel ervaring hadden kunnen opdoen met de evaluatie van suïcidepogers.

4.1.3 AZ VESALIUS

■ KLINISCH PAD

In dit ziekenhuis werd reeds in 2002 het initiatief genomen een transmurale werkgroep op te richten om een klinisch pad uit te werken voor de suïcidepogers. Deze multidisciplinaire werkgroep wordt gevormd door de partners uit het ziekenhuis, vertegenwoordigers van verschillende huisartsenkringen, de CGG-coördinator, CLB-medewerkers en projectmedewerkers van de CGG. Deze werkgroep heeft als doelstelling een sluitend transmuraal klinisch pad te ontwikkelen dat in de dagdagelijkse praktijk de holistische benadering van de suïcidepatiënt adequaat organiseert en de samenwerking met externe hulpverleners optimaliseert. Deze werkgroep evalueerde tevens de stappen van het klinisch pad en de evoluties rond de 'flyer'-strategie.

Deskundigheidsbevordering van al de betrokken hulpverleners werd als een noodzakelijke schakel ervaren in de implementatie van het klinisch pad; het personeel van spoed, het liaisonteam en de verpleegkundigen van de verblijfsafdeling volgden allen een intensieve 2 daagse training in het recente verleden (gegeven door de klinisch psychologe van het ziekenhuis en de CGG-projectmedewerkster). De evaluatie en opvang van suïcidepogers en toeleiding naar vervolgzorg is toegenomen sinds de op punt stelling van het klinisch pad en de bijscholingen van spoedpersoneel die hierop gevolgd zijn.

Ten aanzien van pertinente zorgweigerars werden spoedverpleegkundigen getraind in het motiveren van de patiënt om een contact te leggen met de huisarts.

Een schematische weergave van het klinisch pad is terug te vinden in bijlage 18. De procedure stelt dat in principe elke patiënt wordt opgenomen. Na de noodzakelijke somatische zorgen staat het psychologische liaisonteam (onder supervisie van de liaisonpsychiater) in voor de psychosociale evaluatie en opvang.

Rapportage aan de huisarts, met toevoeging van de flyer gebeurt systematisch.

Bij zorgweigering wordt een crisiskaart meegegeven. Hierop staan de telefoonnummers van de psychologische dienst en andere professionele hulpverleners vermeld.

■ MODALITEIT VAN IMPLEMENTATIE

Het psychologisch liaison team nam de gehele PEO-procedure voor haar rekening, hetgeen betekende dat zowel IPEO 1 als IPEO 2 consequent werden afgenomen door leden van het liaison team (twee psychologen en één psychiatrisch verpleegkundige, onder supervisie van de liaisonpsychiater). Ook de werving van patiënten voor het onderzoek gebeurde door dit team. Om het aantal 'gemiste' patiënten tot een minimum te herleiden, nam de directie de beslissing om het liaisonteam gedurende de looptijd van het project 24/24 uur oproepbaar te maken en dit 7/7. Bij aankomst van een suïcidepoger in het ziekenhuis, vond binnen de 12 uur tijdens de weekendperiode en onmiddellijk tot binnen de 8 uur tijdens de weekperiode een gesprek plaats met de psychologe/psychiatrisch verpleegkundige van het liaison team. Deze gesprekken gingen door in een aparte ruimte op de spoedafdeling. Eerst werd met de patiënt afzonderlijk gepraat, daarna met de aanwezige familieleden. Wanneer de patiënt voldoende aanspreekbaar was, leverde dit gesprek vaak al voldoende informatie op om IPEO 1 en 2 in te vullen.

Wanneer niet voldoende aanspreekbaar, bleef de patiënt in de observatieruimte op de spoedafdeling en werd getracht het gesprek op een later tijdstip te hervatten. Deze werkwijze is gecommuniceerd binnen het ziekenhuis.

■ ERVARINGEN WERKWIJZE

In het ziekenhuis wordt sinds jaar en dag een uitgewerkt en geformaliseerd protocol gevolgd inzake de opvang van suïcidepogers. Tijdens de duur van het project heeft het psychologisch liaison team, naast de continuering van deze 'goede manier van werken', een wachtdienst verzekerd waardoor de efficiënte van werken nog toenam. Dit kon echter niet cijfermatig worden aangetoond.

De wachtdienst functioneerde goed. De oproepen vanwege de spoedafdeling waren steeds terecht. Het stelde de spoedafdeling gerust dat ze, indien nodig, de patiënten een gesprek met de psychologe/psychiatrisch verpleegkundige konden aanbieden. Mede dankzij de vroegere vormingen, had het spoedpersoneel de automatische reflex ontwikkeld om het liaison team bij elke suïcidepoger in te schakelen om het zorgaanbod op gang te brengen.

Het onmiddellijke sterke effect dat deze vormingen hadden op de attitudes van het spoedpersoneel (en dat toestond dat het klinisch pad kon geïnstalleerd worden) leek enigszins afgezwakt; hernemen van de vorming werd overwogen.

Het liaisonsteam ervaarde het IPEO als een interessant document om bij de opvang en evaluatie van suïcidepogers geen belangrijke domeinen over het hoofd te zien. Ze voelden zich reeds door de vroegere trainingen goed in staat een deskundige evaluatie en opvang te verzorgen.

Eenmaal bekend met de verschillende rubrieken van de IPEO, werd het invullen van de IPEO als een administratieve klus ervaren. Dit team werkte immers met een eigen vragenstramen en een eigen dossiervoering. Men achtte het werken met het instrument wel zeer nuttig en behulpzaam voor psychologen/psychiaters in opleiding. Het afnemen en invullen van het instrument zou tevens als een goede vingeroefening en leidraad fungeren voor nieuw aangeworven psi-personeel.

Het project had geen invloed gehad op de praktijkvoering van de psychiaters. De liaisonpsychiaters werden gedurende de looptijd van het project wel een aantal keer in het weekend opgebeld wanneer de psychologen overleg wilden plegen over het te volgen behandelplan (medicatie). Deze psychiatrische back-up was noodzakelijk.

Op vraag van verschillende disciplines (anesthesie, spoedgevallen, intensieve zorgen), had de directie beslist om de wachtdienst met een jaar te verlengen. Met het IPEO zou echter niet verder gewerkt worden.

4.1.4 SINT-FRANCISKUSZIEKENHUIS

■ KLINISCH PAD

Het klinisch pad is analoog aan de hierna beschreven modaliteit van implementatie, uitgezonderd het gebruik van het IPEO en het versturen van de flyer.

■ MODALITEIT VAN IMPLEMENTATIE

Zie bijlage 19: De spoedarts stelde de diagnose, waarna spoedverpleegkundigen IPEO 1 invulden. Hierop volgend trachtte men de patiënt te motiveren voor een gesprek met PAAZ-personeel.

Indien de patiënt dit weigerde, werd hij/zij aangemoedigd de huisarts binnen de week op te zoeken. Vanuit spoedafdeling werd een verslag met flyer naar de huisarts gestuurd.

Wanneer het erg druk was op de spoedafdeling, werd de patiënt voor een intakegesprek overgebracht naar de PAAZ. Hierna volgde in de regel een opname. Bij opname werd IPEO 2 gaandeweg ingevuld, hoofdzakelijk door psychiatrisch verpleegkundigen. Sommige verpleegkundigen vulden het IPEO na het gesprek met de patiënt in, anderen stuurden het gesprek via het IPEO aan.

Bij ontslag werden vervolgspraken gemaakt en werd patiënt gevraagd om deel te nemen aan het onderzoek, uitgevoerd door UHasselt. Een rapport en flyer werd verzonden naar de huisarts.

Wanneer een SP op een andere afdeling werd ondergebracht (vb intensieve zorgen) werd de psychiater in liaisonfunctie gevraagd. Deze stelde meestal een opname op de PAAZ voor als de patiënt gestabiliseerd is.

De PEO-procedure gebeurde dan door de psychiater. Het werven van patiënten voor het onderzoek gebeurde door de PAAZ-verpleegkundigen.

IV ERVARINGEN WERKWIJZE

De introductie van het project, had een aantal positieve veranderingen teweeggebracht. Eerst en vooral had het project een invloed gehad op de praktijkvoering op de spoedafdeling: men ging dieper in op de suïcideproblematiek en men zag het nut en de functie van een opname op de PAAZ beter in. De samenwerking met de PAAZ was hierdoor verbeterd. Wanneer mogelijk, werd het invullen van IPEO 1 overgelaten aan het personeel van de PAAZ. De spoedverpleegkundigen wensten immers een zekere afstand te bewaren ten aanzien van het psychologische aspect van de poging en vooral in te staan voor de noodzakelijke somatische verzorging. Er was tevens weinig gelegenheid een gesprek aan te gaan met de patiënt en zijn/haar familie: op de spoedafdeling gebeurde enkel de opstartfase van het desintoxicatie proces en patiënten werden hierna snel overgebracht naar de afdeling inwendige of intensieve zorgen, of naar de PAAZ wanneer de patiënt voldoende medisch hersteld was. De permanentiearts maakte uit of de spoedopname een suïcidepoging betrof. Indien dit het geval was, werd de psychiater van wacht verwittigd. Hierna waren er twee mogelijkheden: de patiënt werd overgebracht naar de PAAZ voor een intakegesprek of de psychiater kwam de patiënt op de spoedafdeling zien. Dit systeem werkte goed en patiënten werden op deze manier efficiënt toegeleid naar verdere hulpverlening.

Hoofdbetrachting van het spoedpersoneel bestond erin om in te schatten of de intoxicatie/zelfverwonding een suïcidepoging betrof en of de betreffende patiënt al dan niet bereid zou zijn tot verdere hulpverlening. Wanneer men te maken had met zorgweigeraars, was het de taak van het spoedpersoneel om de patiënt eerst en vooral te overtuigen om in het ziekenhuis te blijven voor psychiatrische evaluatie en indien nodig, in tweede instantie de psychiater op te roepen. Dit alles vereiste dat spoedpersoneel voorbij het lichamelijke aspect leerde kijken, meer gevoelig werd voor de aspecten die achter het zelfbeschadigende gedrag schuil gingen (zonder hierbij in detail te treden) én leerde inschatten of het snel inschakelen van het psi-personeel aangewezen was. Het gebruik van het IPEO en de bijscholingen hadden hieraan bijgedragen. Het personeel was gesensibiliseerd voor de suïcideproblematiek en stond dankzij de training meer stil bij het 'hoe' en 'waarom' van de poging.

Daarnaast was de samenwerking en communicatie tussen de PAAZ en de spoedafdeling verbeterd, in die zin dat de opname van suïcidepogers nu sneller en vaker gemeld werd. Vroeger had men geen zicht op patiënten die vanuit de spoedafdeling waren overgebracht naar de afdeling intensieve zorgen.

Sinds de opstart van het project werden alle pogingen gemeld. Via het logboek kon men nagaan welke patiënten als “suïcidepogers” konden gekenmerkt worden. Deze patiënten kregen een aanduiding en de gehele lijst werd overgemaakt aan de hoofdverpleegkundige van de PAAZ. Deze laatste trok de aangeduide patiënten na en kon op deze manier suïcidepogers ‘opvissen’ die anders mogelijkwijs door de mazen van het net waren geglipt. Het betrof dan voornamelijk patiënten die vanuit de spoedafdeling naar een inwendige afdeling of naar de IC waren gegaan.

Voor de psychiatrisch verpleegkundigen vormde het afnemen en invullen van het IPEO aanvankelijk een grote belasting, gaandeweg was men echter meer vertrouwd geraakt met het instrument. Verpleegkundigen gaven aan dat ze via het instrument hadden geleerd om een meer uitgebreide assessment uit te voeren.

Het afnemen van het IPEO dwong hen tot een andere, betere manier van bevraging en vereiste dat dieper werd ingegaan op de poging. Men inventariseerde ten tijde van het project aspecten die in het verleden niet aan bod kwamen.

Psychiatrisch verpleegkundigen merkten dat patiënten vaak toegankelijker waren en andere meer relevante informatie gaven wanneer het eerste gesprek snel na de spoedopname plaatsvond dan wanneer dit gesprek pas enkele dagen later op de PAAZ werd gehouden. Men had tevens de indruk dat door op deze wijze kort op de bal te spelen, patiënten beter motiveerbaar waren tot behandeling.

Men hoopte dat de gemaakte afspraken konden gecontinueerd worden. Aan de hand van het IPEO, verkreeg men meer informatie vanwege de spoedafdeling. Vergeleken met een tiental jaren geleden, stelde men dat de opvang van deze doelgroep sterk verbeterd was omdat men reeds van op de spoedafdeling oog had voor de psychosociale/psychiatrische problematiek.

Met het IPEO in de huidige vorm zou echter niet verder gewerkt worden. Het spoedpersoneel moest reeds vele registraties uitvoeren en het IPEO was een extra document naast de eigen dossiervoering. Op het niveau van de PAAZ doorkruiste het gebruik van het instrument de dossiervoering en de manier van omgaan met patiënten en vormde aldus een extra tijdsbelasting. De bevraging via het IPEO nam meer tijd in beslag dan de traditioneel gevoerde gesprekken. In het nieuw opgestelde intakeformulier waarmee op de PAAZ gewerkt werd, had men wel bepaalde rubrieken van het IPEO overgenomen.

4.1.5 VIRGA JESSEZIEKENHUIS

KLINISCH PAD

Suïcidepogers die zich aanmelden op de spoedafdeling, krijgen de nodige somatische zorgen toegediend; tevens wordt de wesov-registratie ingevuld. Er gebeurt geen rapportage vanuit de spoedafdeling naar de huisarts. Enkel die patiënten die volgens de spoedarts baat hebben bij (of waar de spoedarts een psychiatrisch consult vraagt om de patiënt psychiatrisch in te schatten) een opname op de PAAZ, worden voorgesteld een contact te hebben met de psychiater van de PAAZ, die op zijn beurt beslist over een opname op de PAAZ. Anamnestiche gesprekken worden op de PAAZ gevoerd door de psychiatrisch verpleegkundigen. Bij suïcidepogers die opgenomen worden op de MIC, wordt eventueel een PAAZ-psychiater opgeroepen.

MODALITEIT VAN IMPLEMENTATIE

De opname/behandeling van een SP (op spoed, op MIC, op IC) werd gemeld op een voor dag- (tussen 8u-21u) of nachturen beschikbaar gesteld telefoonnummer. Personeel van de PAAZ consulteerde de patiënt op spoed/MIC om een intakegesprek in het kader van het IPEO uit te voeren. Bij patiënten die voor overname op de PAAZ aangemeld waren, werd de afname van het IPEO uitgesteld tot de patiënt op de PAAZ verbleef. Op basis van dit gesprek werd IPEO 1 en 2 achteraf ingevuld. Indien de patiënt naar huis wilde, werd deze aangemoedigd om contact op te nemen met de huisarts en werd een nazorgvoorstel gedaan. Een flyer werd verstuurd naar de huisarts. Wanneer er onvoldoende bezetting was op de PAAZ, kon een psychiatrisch verpleegkundige opgeroepen worden via het nummer voor dringende oproepen, dit enkel gedurende de looptijd van het PEOSAZ-project. Rapportage over de PAAZ-opname aan de huisarts gebeurde door de psychiaters (via de ontslagbrief). De wesov-registratie, waaraan het Virga Jesseziekenhuis reeds enkele jaren deelneemt, werd steeds uitgevoerd op de spoedafdeling.

ERVARINGEN WERKWIJZE

Wanneer de PAAZ door de spoedafdeling werd geallerteerd over de spoedopname van een suïcidepogers, vervulden de PAAZ-verpleegkundigen hieropvolgend een liaisonfunctie naar de spoedafdelingen en MIC om een intakegesprek met de patiënt te voeren. Een groot voordeel van de deze manier van werken was dat reeds op het niveau van de spoedafdeling/MIC een psychosociale opvang werd gerealiseerd voor de suïcidepogers aan de hand van dit gesprek. Tevens werkte dit gesprek drempelverlagend voor een eventuele opname op de PAAZ.

Vroeger contacteerde de spoedarts de psychiater wanneer hij/zij een PAAZ-opname geïndiceerd achtte. Op basis van dit overleg, werd al dan niet overgegaan tot hospitalisatie. Toegekomen op de PAAZ vertoonden nogal wat patiënten weerstand tegen een opname. De spoedarts stond in dit systeem in voor de triage. Tijdens de duur van het project werd elke SP gezien door een psychiatrisch verpleegkundige, waarbij verwacht kan worden dat zij vanuit hun achtergrondkennis een betere inschatting konden maken van het feit of een opname aangewezen was. Patiënten kregen de kans om ook de psychologische kant van hun poging te bespreken en werden via deze manier ook meer gemotiveerd voor en geïnformeerd over een opname op de PAAZ. Een ander voordeel van deze manier van werken was dat patiënten die effectief werden gehospitaliseerd, reeds één vertrouwd/bekend gezicht zagen op de PAAZ.

De verpleegkundige die (aan de hand van het IPEO) het intakegesprek op spoed/MIC had gevoerd, werd tijdens de hospitalisatie, indien mogelijk, de persoonlijke begeleider van betreffende patiënt, hetgeen het engagement van de psychiatrisch verpleegkundigen om een gesprek aan te gaan met deze patiënten, versterkte. Bij zorgweigeraars of bij patiënten bij wie geen opname vereist was, werd door de psychiatrisch verpleegkundigen steeds een voorstel voor nazorg gedaan.

De implementatie van het project had er met andere woorden toe geleid dat de toegeleiding naar zorg verbeterde, zowel intern (naar PAAZ) als extern (ambulant).

Het afnemen van IPEO 1 en 2 werd niet als emotioneel belastend ervaren. De items die in IPEO vervat zitten, werden in het verleden ook reeds bevraagd, zij het minder systematisch en gestructureerd. Men merkt echter wel dat patiënten op de spoedafdeling vaak beter toegankelijk zijn en meer vertellen over de gebeurde feiten dan patiënten die pas enkele dagen na hun poging op de PAAZ worden aangesproken. Het blijkt echter niet haalbaar voor de PAAZ-verpleegkundigen om hun liaisonfunctie te blijven vervullen. De procedure brengt een te grote extra tijdsbelasting met zich mee, rekening houdend met de huidige opnamedruk. De procedure is tevens niet altijd efficiënt: wanneer patiënten worden opgenomen op de PAAZ, is het invullen van het IPEO dubbel werk gezien het instrument geen deel uitmaakt van de dossiervoering op de PAAZ; patiënten die vanuit de spoedafdeling naar huis willen vertrekken, zijn eerder gebaat bij een gesprek met het liaisonteam aangezien zij ambulante afspraken kunnen regelen. Een oplossing zou er dan ook in bestaan dat het sinds januari 2006 geïnstalleerde liaisonteam instaat voor de eerste evaluatie en opvang van suïcidepogers op de spoedafdeling/MIC en hiervan verslag uitbrengt aan de PAAZ.

4.1.6 SALVATORZIEKENHUIS

■ KLINISCH PAD

Voor de implementatie van het project was de gevolgde werkwijze niet geformaliseerd (voor schema zie bijlage 20). Patiënten die zich aanmeldden op de spoedafdeling kregen de mogelijkheid tot een consult bij de urgentiearts. In de praktijk echter waren er soms patiënten die dit voorstel afwezen en naar huis vertrokken op eigen risico. Deze patiënten kregen de mogelijkheid aangeboden om op een later tijdstip alsnog een gesprek te hebben met de psychiater of psycholoog. Doorverwijzing naar de huisarts gebeurde enkel in overleg met de patiënt. Patiënten die aangemeld werden bij de psychiater of psycholoog konden kortdurend behandeld/begeleid worden in het ziekenhuis, maar werden voor langdurige begeleiding doorverwezen naar een andere residentiële opvang of ambulante hulpverlening.

Patiënten die lichamelijk voldoende hersteld waren, werden geacht het ziekenhuis te verlaten en / of in overleg met de psychologische dienst tot een oplossing te komen.

■ MODALITEIT VAN IMPLEMENTATIE

Tijdens de implementatie van de PEO-procedure, maakte het gebruik van het IPEO een wezenlijk onderdeel uit van de gevolgde werkwijze (schematische zie bijlage 20).

Een eerste psychosociale evaluatie en opvang van suïcidepogers vond plaats op de spoedafdeling. Aan de hand van het IPEO werd de toestand van de patiënt geëvalueerd. Deze gegevens werden verzameld door de psychologe of door een personeelslid van de afdeling. Patiënten werden verondersteld te blijven tot ze gezien waren door de urgentiearts en de psychiater/psycholoog. Ze mochten voortaan 24 uur verblijven op de spoedafdeling als een opname op intensieve zorgen niet vereist was. Sommige patiënten stroomden daarna door naar een afdeling. Er werd begeleiding voorzien door de psychologische dienst (psychiater/psycholoog).

Indien patiënten op eigen risico naar huis wilden gaan, gebeurde dit in overleg met het behandelteam (urgentiearts, psychiater). Er werd steeds gezocht naar passende opvolging. De huisarts werd standaard geïnformeerd over de opname tenzij de patiënt kenbaar maakte dat niet te willen. Patiënten die aangemeld werden bij de psychiater of psycholoog konden kortdurend behandeld/begeleid worden in het ziekenhuis, maar werden voor langdurige begeleiding doorverwezen naar een andere residentiële opvang of ambulante hulpverlening.

IPEO 2 werd altijd afgenomen door de psychologe. Aangezien zij over veel relevante informatie beschikten, vulden de spoedverpleegkundigen IPEO 1 in. Enkel wanneer het erg druk was op de spoedafdeling, werd de psychologe opgeroepen. De psychologe was tevens verantwoordelijk voor het versturen van de flyer en het werven van patiënten voor het onderzoek.

IV ERVARINGEN WERKWIJZE

Het spoedpersoneel was erg positief over de vormingen en gaf aan een meer gunstige houding tegenover suïcidepogers te hebben verworven. Door de training en het gebruik van het IPEO was de aandacht voor de suïcideproblematiek, en de aspecten die hierbij geregistreerd dienden te worden, vergroot. Het IPEO verschaftte spoedverpleegkundigen een handig werkinstrument waarmee ze voor de patiënt iets konden betekenen. De verpleegkundigen vonden zichzelf echter niet goed geplaatst om een hulpverlenend gesprek met patiënten aan te gaan. Men gaf aan dat het gebrek aan tijd hen veelal niet toeliet om een vertrouwensband te creëren met patiënten. Men had tevens de ervaring dat deze patiënten onmiddellijk na de spoedopname meestal niet coöperatief waren of onder invloed van de ingenomen medicatie. Na het toedienen van de nodige somatische zorgen en inventariseren van de initiële gegevens, trachtte men dan ook zo snel mogelijk de psychologe in te schakelen voor de noodzakelijke psychosociale opvang.

In het verleden konden spoedverpleegkundigen geen zorgaanbod doen naar suïcidepogers en werden deze patiënten vaak naar huis of naar een somatische afdeling gestuurd, alwaar ze door de dienstdoende geneesheer vaak snel naar huis werden gestuurd. Sinds de introductie van het project én de doorgevoerde structurele veranderingen die het mogelijk maakten dat patiënten langer opgenomen bleven in het ziekenhuis, was de toegeleiding naar een gesprek met de psychologe sterk verbeterd. De psychologe werd vaker opgeroepen en de samenwerking tussen de psychologe en de spoedafdeling was geïntensiveerd. Daar waar de psychologe vroeger 10 tot 18 aanmeldingen op één jaar kreeg (12 in 2005, 18 in 2004, 10 in 2003), had ze dankzij het project, reeds evenveel aanmeldingen (16) gehad op 4 maanden tijd. Men merkte dat wanneer patiënten langer opgenomen bleven, ze sneller geneigd waren om vervolgzorg op te nemen. Men probeerde aldus de patiënt in het ziekenhuis te houden totdat de psychologe/psychiater de patiënt had gezien. Het invullen van het IPEO 1 werd bijgevolg vooral nuttig geacht in het kader van de follow-up die door de psychologe gebeurde, en niet zozeer voor de praktijk/dossiervoering van het spoedpersoneel. Verscheidene zaken die op het IPEO 1 moesten ingevuld worden, werden immers ook reeds in het patiëntenformulier of op het inschrijvingsformulier vermeld.

Voor de psychologe vormde het IPEO een nuttig voorbeeld om – met het oog op de automatisering van haar dossiers – haar gegevens te structureren. Vooral IPEO 1 leverde vaak gegevens op die vroeger minder of niet werden gerapporteerd. Om deze reden had de psychologe een gereduceerde versie van het IPEO 1 opgesteld. Deze versie bestond uit volgende rubrieken:

1. opname via: oproep 100, verwijzing via huisarts, eigen initiatief, andere
2. ernst lichamenlijk letsel: geen, beperkt, ernstig, levensbedreigend
3. bewustzijnstoestand: patiënt kan wel of niet bevraagd worden
4. aanwezigheid van een contactpersoon: indien ja, naam en telefoonnummer van contactpersoon en relatie ten opzichte van patiënt

5. huidige mate van suïcidaliteit: verlangen om zichzelf te beschadigen of te verwonden
6. in behandeling bij een psycholoog of psychiater
7. bereidheid tot verdere behandeling.

De psychologe hoopte om deze informatie ook in de toekomst via de spoedafdeling te kunnen bekomen.

Deze rubrieken konden eventueel opgenomen worden in het elektronische dossier waarmee op de spoedafdeling gewerkt werd. Het spoedpersoneel was vragende partij voor een duidelijk beslissingsdiagram op basis waarvan ze een beslissing konden nemen aangaande het vervolgbeleid voor suïcidepogers (naar huis, hospitalisatie, doorverwijzing).

4.1.7 CONCLUSIE

Alle ziekenhuizen hebben bij aanvang van het project duidelijke afspraken vastgelegd aangaande het projectverloop en hebben zich geëngageerd om hun gevolgde beleid inzake suïcideopvang uit te werken en op papier te formaliseren (voor zover dit niet reeds gebeurd was in het verleden). De functie en plaats die het IPEO innam in de dagelijkse praktijkvoering, was sterk afhankelijk van dit beleid.

In ziekenhuizen waar het klinisch pad ten aanzien van de suïcidepogers reeds duidelijk en geformaliseerd was voor de start van het project, werd de introductie van het instrument niet als meerwaarde, maar eerder als een extra tijdsbelasting ervaren aangezien het afnemen en invullen van het IPEO de traditionele anamnese- en dossiervoering doorkruiste. Het project vormde in deze een bevestiging van de reeds geïnstalleerde 'goede praktijken'. In ziekenhuizen waar de afstemming van de verschillende zorgprocessen nog niet geheel op punt stond, heeft de het IPEO het beleid inzake de opvang van suïcidepogers aangestuurd. Het IPEO werd als een aanwinst ervaren en fungeerde als dossier of als aanvulling hierop. De kwaliteit van de psychosociale opvang van suïcidepogers is toegenomen in deze A.Z. en men is er in geslaagd om er voor te zorgen dat elke suïcidepogers de noodzakelijke opvang krijgt en beter wordt toegeleid naar de broodnodige vervolgzorg. De introductie van de PEO-procedure heeft de ontwikkeling of uitwerking van een klinisch pad, waarbinnen het IPEO werd geïntegreerd, gestimuleerd.

In alle ziekenhuizen werd het IPEO aanzien als een zeer volledig en nuttig instrument, hetgeen zowel spoedpersoneel (IPEO 1) als psychiatrisch geschoold personeel (IPEO 1 en 2) dwong tot een meer volledige en uitgebreide risicobeoordeling.

Na het project heeft één ziekenhuis besloten het IPEO in de huidige vorm verder te gebruiken, twee ziekenhuizen hebben rubrieken van het IPEO overgenomen in hun eigen intakeformulier. De overige ziekenhuizen nemen ten aanzien van de continuering van het gebruik van het IPEO een eerder afwachtende houding aan. Men wil de resultaten van het haalbaarheidsonderzoek en hieruit voortvloeiende herwerking van het IPEO afwachten.

Eén ziekenhuis (zonder PAAZ) dat in het vorige pilootproject (Project ‘Recidivepreventie suïcidepogingen in samenwerking met huisartsen’) als IZ meewerkte, maar in dit PEOSAZ-project niet instapte, is gestart met het op punt zetten van een klinisch pad, investeerde in een versterking van de liaisonfunctie en is vragende partij om met het IPEO te kunnen werken.

4.2 EVALUATIE IPEO

Hoe wordt het IPEO ingevuld? Hoe wordt het IPEO geëvalueerd door de gebruikers ervan?

In totaal zijn 221 IPEO's ingevuld in de verschillende ziekenhuizen. In 40 gevallen – bij zorgweigeraars, bij doorverwijzing, gedwongen opname - was enkel IPEO 1 ingevuld. In de overige gevallen was zowel IPEO 1 als 2 afgenomen. In alle ziekenhuizen werden de instrumenten vrij volledig afgewerkt.

Tabel 4.1: Stand van zaken IPEO's

	Gestart	IPEO's	Uitgevoerd door
ZOL (met PAAZ)	1 nov '06	58 IPEO1: 58x IPEO2: 46x	IPEO 1 en 2: (assistenten)psychiaters
St-Franciskus (met PAAZ)	7 nov '06	47 IPEO 1: 47x IPEO 2: 44x	IPEO 1: Spoedvpk of psychiatrisch vpk IPEO 2: psychiatrisch vpk
Virga Jesse (met PAAZ)	1 dec '06	44 IPEO 1: 44x IPEO 2: 36x	IPEO 1 en 2: Psychiatrisch vpk
AZ Vesalius (zonder PAAZ)	1 okt '06	34 IPEO1: 34x IPEO2: 33x	IPEO 1 en 2: Liaison team
ZMK (zonder PAAZ)	1 nov '06	20 IPEO1: 18x IPEO2: 10x	IPEO 1: Spoedvpk IPEO 2: psychiaters/psychologe
Salvator (zonder PAAZ)	12 dec '06	18 IPEO 1: 18x IPEO2: 10x	IPEO 1: Spoedvpk of psychologe IPEO 2: psychologe
TOTAAL		221	

Aan de hand van een documentenstudie werden de IPEO's beoordeeld op volledigheid en inhoud. Deze beoordeling gebeurde door de onderzoeker van de UH en de projectverantwoordelijke.

Daarnaast zijn 8 focusgroepen georganiseerd waarin de verschillende rubrieken van het IPEO 1 en 2 stap voor stap besproken werden.

4.2.1 VOLLEDIGHEID EN INHOUD

Ten aanzien van IPEO 1 was er geen noemenswaardig verschil in volledigheid van de antwoorden op de verschillende rubrieken bij invulling door een spoedverpleegkundige, een psychiatrisch verpleegkundige of een psychiater/psycholoog. Voor IPEO 2 was dit wel het geval: enkel bij invulling door een psychiater kon de diagnoserubriek worden ingevuld. Vanuit hun niet medisch gerichte opleiding worden psychologen en psychiatrisch verpleegkundigen geacht geen diagnose maar eerder een probleemomschrijving te maken.

Wanneer het IPEO 2 werd ingevuld door psychiatrisch verpleegkundigen werd de rubriek 'risico-inschatting' veelal niet ingevuld.

De som van de Suicide Intent Scale (SIS) werd vaak niet gemaakt. De uitgebreidheid van de antwoorden op de verschillende rubrieken was afhankelijk van de rol die het IPEO speelde in de dossiervoering en van de persoon die het IPEO invulde, niet van diens functie.

Inhoudelijk gezien, bleek dat spoedpersoneel even goed in staat was om het IPEO 1 in te vullen als het psychiatrisch geschoold personeel. Er was zelfs een meerwaarde aan informatie wanneer het IPEO 1 door een spoedverpleegkundige werd ingevuld. Vaak immers beschikten zij over nuttige informatie die opgedaan was bij de ophaling van de patiënt door de ambulanciers: omstandigheden waarin patiënt gevonden was, reacties van naasten, meegaandheid patiënt,... Deze informatie ontbrak wanneer IPEO 1 werd afgenomen door een psychiatrisch verpleegkundige, een psychiater of psycholoog. Hun informatie beperkte zich veelal tot een omschrijving van de gemoedstoestand van de patiënt tijdens het eerste gesprek in het ziekenhuis. Een ander verschil bestond erin dat spoedverpleegkundigen en psychiatrisch verpleegkundigen de verschillende rubrieken van IPEO 1 meestal beantwoorden op basis van de reacties en belevingen van de patiënten zelf. Psychiaters en psychologen beantwoorden dezelfde vragen eerder door hun persoonlijke interpretatie te geven.

4.2.2 RUBRIEKEN IPEO 1

▣ OBSERVATIE/INDRUKKEN VANAF EERSTE CONTACT

Met ‘observatie/indrukken vanaf eerste contact’ wordt bedoeld op de waardevolle informatie die ambulanciers opdoen bij ophaling van de patiënt (omstandigheden van de poging, toestand van de patiënt, reacties van naasten, ...).

Ziekenhuispersoneel noteerde hier echter vaak de mentale toestand van de patiënt tijdens het eerste gesprek met de patiënt in het ziekenhuis (analoog aan rubriek aanwijzing voor een mentale stoornis). Een herformulering van deze rubriek is bijgevolg aangewezen, zodat beter duidelijk wordt naar welke informatie met deze rubriek gepeild wordt.

Het is hierbij wenselijk om bij de omschrijving van deze rubriek in de handleiding aan te geven welke tijdsspanne deze observatie moet beslaan.

▣ LICHAAMELIJK RISICO

Sommige psychiatrisch verpleegkundigen vonden het moeilijk om de ernst van het lichamenlijk letsel in te schatten. Verder geen bemerkingen.

▣ COGNITIEF FUNCTIONEREN

Geen bemerkingen.

▣ OORDEELVERMOGEN

Geen bemerkingen.

▣ INSCHATTING VAN EMOTIES EN GEDRAG

Enkele (spoed)verpleegkundigen gaven bij deze rubriek hun eigen inschatting van de situatie.

Oorspronkelijk bedoeling van deze rubriek was echter om de patiënt te laten ventileren en deze reacties op te schrijven. De vraag naar actuele suïcidale gedachten of plannen – “Heeft u momenteel het verlangen uzelf te verwonden of te beschadigen” – werd niet in deze bewoordingen gesteld. Niettegenstaande werd er in alle ziekenhuizen vrij direct en – bij opname- herhaaldelijk gepeild of de patiënt nog de neiging had om nieuwe pogingen te ondernemen.

▣ AANWIJZINGEN VOOR EEN MENTALE STOORNIS

In één ziekenhuis merkte men op dat de aankruisingen bij dit item (agitatie, verwarring, opdringerig gedrag,...) in strikte zin geen indicatie geven voor een mentale stoornis. Het zijn eerder momentobservaties.

⌘ EERDERE SUÏCIDEPOGING

In alle ziekenhuizen werd vrij direct gevraagd of de patiënt reeds eerdere pogingen had ondernomen. Men merkte dat patiënten hier erg open op antwoorden.

⌘ BEREIDHEID TOT VERDERE BEHANDELING

Patiënten reageerden over het algemeen positief op de vraag naar verdere behandeling. Men had de indruk dat, door het gesprek dat gevoerd wordt aan de hand van IPEO 1, patiënten sneller geneigd waren om vervolgzorg op te nemen of over te gaan tot hospitalisatie.

⌘ WESOV

De vier ziekenhuizen die traditioneel niet de wesov-registratie uitvoerden, vonden het wesov-formulier moeilijk om in te vullen. Spoedverpleegkundigen gaven aan vaak maar een paar rubrieken te kunnen invullen. Het bevragen van opleiding en woonsituatie vereiste immers dat een gesprek met de patiënt werd aangegaan en hier kwam men wegens tijdgebrek soms niet aan toe. In het kader van het opzetten van een vertrouwensband met de patiënt vond men het vaak ook niet gepast om dergelijke zaken zo vroeg in het hulpverleningsproces te bevragen. De psychiatrisch verpleegkundigen ervoeren het invullen van de wesov als belastend en overbodig aangezien vele aspecten van de wesov reeds terug kwamen in de anamnese-gesprekken waarvan verslag werd gemaakt in het dossier. Het uitdrukken van de tijd tussen de huidige en de vorige poging in dagen vond men omslachtig.

Ten aanzien van de rubriek 'woonsituatie' werd de opsomming van de verschillende antwoordmogelijkheden als onlogisch ervaren: eerst wordt de antwoordmogelijkheid 'met partner van het zelfde geslacht' vermeld, pas daarna de antwoordmogelijkheid 'met partner van het andere geslacht'.

4.2.3 RUBRIEKEN IPEO 2

⌘ ERVAREN PROBLEMEN

Sommige hulpverleners duiden op het instrument de probleemgebieden aan die in het gesprek aan bod waren gekomen. Andere hulpverleners overliepen met de patiënt systematisch alle opgegeven probleemcategorieën en gaven aan dat dit voor beide partijen inzichtgevend was: er werden geen probleemgebieden over het hoofd gezien en patiënten kwamen tot inzicht over de verschillende pijnpunten in hun leven.

Het scoren van de onoplosbaarheid werd als moeilijk en soms weinig zinvol ervaren. Enkele hulpverleners scoorden de onoplosbaarheid vanuit hun eigen visie terwijl het in wezen de bedoeling was dat de onoplosbaarheid werd gescoord vanuit de beleving van de patiënt.

Op deze manier krijgt men een zicht op de mate van hopeloosheid én werkt men therapeutisch: patiënten leren differentiëren en een rangorde aanbrengen tussen de relevante probleemgebieden.

Voorstel voor alternatieve scoring van Tijd: in de huidige vorm van het IPEO moet 'Tijd' gescoord worden in aantal weken, maanden of jaren. Praktischer zou zijn om, analoog aan scoring onoplosbaarheid, ook voor 'Tijd' een scoring van 1 tot 3 aan te houden waarin 1 = weken, 2 = maanden en 3 = jaren, zonder hierbij een verdere specificatie van 'aantal' bij te plaatsen. Voor de tijdsscore van de levensgebeurtenissen 15-17 (overlijden/ernstige ziekte significante persoon, zelfmoord(poging) significante persoon, misbruik/geweld/verwaarlozing) is het logischer om in plaats van een tijdsindicatie in weken/maanden/jaren aan te geven wanneer deze levensgebeurtenis zich heeft voorgedaan (bv. overlijden significant persoon in 1998).

■ MOTIEVEN

De meeste hulpverleners trachtten de motieven voor de poging te achterhalen aan de hand van het gesprek. Enkele hulpverleners overliepen met de patiënt systematisch alle motieven; men gaf aan dat dit enigszins onnatuurlijk overkwam.

■ SUICIDE INTENT SCALE ('SIS')

De SIS werd als een overzichtelijke en erg nuttige schaal ervaren. Eén psychologe gaf aan dat de bevraging via deze schaal moeizaam verliep omdat patiënten vaak beschaamd zijn over hun poging en hier niet op in willen gaan.

De mathematische uitkomst van de SIS werd door sommige hulpverleners als nuttig ervaren wegens direct interpreteerbaar, andere hulpverleners zagen geen meerwaarde in het maken van de somscore.

Bij herziening van het IPEO moet er voor gezorgd worden dat de schaal niet over twee pagina's wordt gespreid.

■ AANWEZIGHEID SUICIDEGEDACHTEN/PLANNEN

Hulpverleners die IPEO 1 én 2 achtereenvolgens invulden, gaven aan dat deze rubriek overlappend was met de vraag naar 'huidige verlangens ten aanzien van zelfverwonding/-beschadiging', opgenomen in IPEO 1. Wanneer IPEO 1 en 2 op verschillende tijdstippen of door verschillende hulpverleners worden afgenomen en ingevuld, is deze bemerking uiteraard niet van toepassing.

■ PSYCHIATRISCHE VOORGESCHIEDENIS/BEHANDELINGEN

Belangrijke informatie. Eén hulpverlener stelde voor deze rubriek op te nemen in het IPEO 1 in plaats van het IPEO 2. In het kader van een snelle contactname met eerdere behandelaars, is het immers raadzaam dat men zo snel mogelijk over deze informatie beschikt.

■ ALCOHOL- EN DRUGSGEBRUIK

Alcohol- en drugsgebruik werden ook in het verleden standaard bevraagd. In een ziekenhuis peilde men vooral naar het alcoholgebruik ten tijde van de poging.

Alcoholmisbruik in het algemeen is echter een belangrijke risicofactor voor suïcidaliteit. Dit moet in de handleiding en bijbehorende vormingen voldoende benadrukt worden.

■ SOCIAAL NETWERK EN STEUN

Geen bemerkingsen bij deze rubriek. In het bijzonder voor die patiënten die zeer snel het AZ verlaten, is het belangrijk dat het sociale netwerk van de patiënt in kaart wordt gebracht.

In alle ziekenhuizen werden de naaste familieleden, indien aanwezig ten tijde van het gesprek, betrokken en eventueel hetero-anamnestic bevraagd.

■ ZORGBEHOEFTE AANGEGEVEN DOOR PATIËNT EN OMGEVING

Meestal kozen hulpverleners ervoor om hun eigen advies voor te stellen en daarna bij patiënt af te toetsen of hij of zij zich kon vinden in dit advies. Wanneer men patiënten in eerste instantie zelf voorstellen laat doen, bestaat het risico dat patiënten zich beperken tot en toespitsen op hulp vragen voor praktische problemen (partner keert terug, meer geld, eigen woonst,). Het matchen van zorgbehoefte en zorgaanbod verdient meer aandacht.

■ DIAGNOSE

Enkel de psychiaters worden in de mogelijkheid geacht om een diagnose te stellen. Om deze reden beperkten de psychologen en psychiatrisch verpleegkundigen zich tot het geven van een probleemomschrijving.

■ RISICO-INSCHATTING

De gegevens die bij deze rubriek werd ingevuld was divers. Sommige hulpverleners maakten de balans op van de aanwezige risicofactoren en beschermende factoren, andere hulpverleners benoemden het risico op suïcide concreet (laag, acuut, hoog, risico). De handleiding bevat hieromtrent geen duidelijke instructies. Er was overeenstemming over het feit dat deze rubriek in de huidige vorm, weinig bruikbaar was. Men vindt het nuttig wanneer – als alternatief voor de rubriek ‘risico-inschatting’ – uit het IPEO een tabel of verslag kan geëxtraheerd worden waarin de verschillende rubrieken/risicofactoren aan de hand van ja-nee antwoorden of kernwoorden worden samengevat.

■ BEHANDELPLAN

Geen bemerkingsen.

■ ALGEMENE OPMERKINGEN

De meningen over de volgorde van de rubrieken in het IPEO 2 zijn verdeeld. Sommige hulpverleners vinden het tegenintuïtief om eerst de ervaren problemen te inventariseren en pas daarna in te gaan op (de omstandigheden van) de poging. Andere hulpverleners geven aan dat patiënten van nature eerst de door hun ervaren problemen willen bespreken. Het al dan niet logisch vinden van de volgorde van de items is met andere woorden deels afhankelijk van het feit of men als hulpverlener een eigen volgorde in de bevraging aanhoudt of de verhaallijn van de patiënt respecteert.

Men vindt het IPEO in de huidige vorm te uitgebreid en preferereert eerder een meer beknopte versie of in het uiterste geval een checklist. Niettegenstaande vindt men het concept van een gestructureerde en gesystematiseerde evaluatie en screening zeer waardevol.

Men beschouwt het IPEO dan ook als een goede vingeroefening en leidraad voor psychiaters/psychologen in opleiding en voor nieuw aangeworven psychiatrisch geschoold personeel.

Volgende rubrieken werden gemist in het IPEO:

- medicatiebeleid
- informatie over seksueel leven
- informatie over heteroanamnese

4.2.4 CONCLUSIE

In alle ziekenhuizen was er consensus over het feit dat het IPEO toelaat een nauwkeurige inschatting van risico's en zorgbehoeften te maken. Het IPEO wordt aanzien als een nuttig en volledig instrument. De bemerkingen, kritieken en adviezen ten aanzien van het IPEO, die we via de focusgroepen verkregen, bieden voldoende handvaten om het instrument te herwerken. Het is wenselijk een aantal rubrieken aan te passen of te herformuleren. In het bijzonder de rubriek 'risico-inschatting' moet herbekeken worden: zoals deze rubriek nu is opgevat is hij weinig bruikbaar. Het is aangewezen een elektronische versie van het IPEO te ontwikkelen die beschikbaar kan worden gesteld in de ziekenhuizen waar men gebruik maakt van elektronische dossiers en rapportage.

De uitgebreidheid van de antwoorden op de verschillende rubrieken was afhankelijk van de rol die het IPEO speelde in de dossiervoering en van de persoon die het IPEO invulde, niet van diens functie.

Inhoudelijk gezien, bleek dat spoedpersoneel even goed in staat was om het IPEO 1 in te vullen als het psychiatrisch geschoolde personeel. Er was zelfs een meerwaarde aan informatie wanneer het IPEO 1 door een spoedverpleegkundige werd ingevuld.

4.3 TRAININGEN

Hoe verliepen de trainingen en namen de relevante personeelsleden hieraan deel?

Alle ziekenhuispersoneel, betrokken bij het gebruik van het IPEO, werd uitgenodigd voor trainingssessies die in elk van de 6 AZ werden georganiseerd, in samenspraak met directie en vormingsverantwoordelijken. De trainingen werden verzorgd door Rita Vanhove, CGG-projectmedewerkster. De inhoud van en werkwijze tijdens deze trainingssessies worden beschreven in bijlage 4.

Het PEOSAZ-project werd op zeer korte termijn opgestart in de 6 ziekenhuizen. Dit betekende ondermeer dat de bestaande vormingsagenda doorkruist werden en men bereid moest zijn extra vormingstijd vrij te maken. Dit maakte dat het onmogelijk was strikte eisen op te leggen ten aanzien van de te investeren vormingstijd. Bovendien werd rekening gehouden met de voorkennis die aanwezig was en met het feit dat in verschillende ziekenhuizen in het recente verleden reeds vormingsessies hadden plaatsgevonden met dezelfde trainster. Verder was de manier van implementeren van de PEO-procedure in de verschillende ziekenhuizen zeer uiteenlopend, zodat per ziekenhuis moest bekeken worden welk personeel welke training moest krijgen. De vormingsessies waren steeds multidisciplinair van opzet.

Veelal volgden verpleegkundigen (spoedafdeling, verblijfsafdelingen) de vorming samen met sociaal werkers, psychologen, en in 1 ziekenhuis ook met psychiaters. In 2 ziekenhuizen waren er aparte vormingen voor spoedverpleegkundigen. Het multidisciplinaire karakter van de vorming heeft een belangrijke meerwaarde. Personeel van verschillende afdelingen en disciplines leert mekaars werk en deskundigheid kennen en appreciëren. Spoedpersoneel bijvoorbeeld krijgt enige feedback over de verdere evoluties van bepaalde patiënten, hetgeen sterk corrigerend werkt op hun soms negatieve ervaringen met deze patiënten vlak na de poging, wanneer deze nog volop in crisis zijn en onder invloed van medicatie en/of alcohol. Het was erg moeilijk om psychiaters te motiveren om aan de vormingen deel te nemen. Spoedartsen konden we helemaal niet bereiken met dit vormingsaanbod.

Naast elementaire kennis over de problematiek van suïcide en een kennismaking met het instrument en de handleiding, werd aandacht besteed aan het inoefenen van gespreksvaardigheden en het corrigeren van negatieve attitudes. Dit maakte dat de sessies erg levendig waren en aanleiding gaven tot uitvoerige discussies. Voor vele deelnemers was de methode van het rollenspel een uitdaging die ze soms met angst tegemoet zagen, soms ronduit afwezen, maar uiteindelijk veelal als zeer zinvol en nuttig evalueerden. Tijdens de trainingen viel op dat spoedpersoneel aanvankelijk zeer veel twijfels uitte over de haalbaarheid van het project. Enerzijds twijfelden ze eraan of ze wel de opdracht hadden om een gesprek aan te gaan met de patiënt over de items vervat in IPEO 1, of ze er de tijd voor hadden, en of zij de kennis hadden om dit te doen. Spoedverpleegkundigen voelden zich hier vaak niet bekwaam voor.

Anderzijds bleken ook negatieve attitudes vaak aanwezig. Uitspraken als: “deze patiënten en zeker de recidivisten, willen/kunnen niet geholpen worden, zijn lastig en storend, niet coöperatief”, waren veel te horen. Veelal vonden zij dat het ziekenhuis er in moet voorzien dat psychologen en psychiaters de PEO-procedure kunnen uitvoeren.

Bij zorgweigeraars (patiënten die zeer snel het ziekenhuis willen verlaten en niet bereid zijn om een gesprek te hebben met psychiaters/psychologen), kon men zich moeilijk voorstellen wat het spoedpersoneel nog kon doen. Ook het werven van patiënten voor het onderzoek leek een bijna onmogelijke opgave voor het spoedpersoneel, aangezien van hun verwacht werd voornamelijk de ‘zorgweigeraars’ en ‘snelle verlaters’ te werven.

Tijdens de training werd heel wat duidelijkheid geschapen. Het uitgewerkte ‘klinisch pad’ of ‘stroomdiagram’ maakte duidelijk hoe en wanneer GGZpersoneel kon worden ingeschakeld en wat de taken van elke specialisme zijn, ook op het vlak van het verzamelen en noteren van cruciale informatie. Het spoedpersoneel kreeg aldus duidelijke instructies over wat en hoe communiceren met de doelgroep. Bij de zorgweigeraars en snelle verlaters, blijven zij diegenen die informatie kunnen verzamelen die belangrijk is voor de communicatie met en het inschakelen van de huisarts. Het feit dat spoedpersoneel weet dat de huisarts een belangrijke rol speelt in de opvolging en dat zij patiënten kunnen trachten te motiveren om op zijn minst contact te nemen met de huisarts, werkte motiverend om de IPEO 1 procedure toch uit te voeren. Kortom: de duidelijkheid over de PEO-procedure in het ziekenhuis, de duidelijkheid over de inhoud van het gesprek met de patiënt en zijn naasten aan de hand van de items in IPEO 1, gecombineerd met een correctie van misvattingen en het trainen van gespreksvaardigheden, maakten dat het spoedpersoneel na de training veelal een veel positievere en coöperatieve houding aannam.

Tijdens de training van psychiatrisch verpleegkundigen, psychologen en psychiaters viel op dat deze beroepsgroepen het vanzelfsprekend vinden dat de rubrieken uit het IPEO 1 en 2 in gesprekken met patiënten aan bod komen. Het belang van het uitvoerig in kaart brengen van de omstandigheden van de poging in het kader van het inschatten van de suïcidale intentie, evenals van de verschillende motieven, was voor sommigen vernieuwend.

Ook de bevraging van levensgebeurtenissen aan de hand van de lijst van ervaren problemen, met scoring van de duur en de oplosbaarheid, was voor de meesten een nieuwe aanpak. Het inpassen van het IPEO in de bestaande werking was echter niet altijd vanzelfsprekend. Veelal werd het invullen van het instrument gezien als een extra tijdconsumerende opdracht, naast de klassieke dossiervoering en rapportage. Het IPEO doorkruiste de bestaande werking en was niet steeds in te passen in de werking en de filosofie van de PAAZ of van het liaisonsteam.

Het meest vernieuwend bleek het inzicht dat de zorgbehoeften van de patiënt en de naasten moeten in overeenstemming gebracht worden met het zorgaanbod vanuit de geestelijke gezondheidszorg.

Ook het belang van consequent schriftelijk rapporteren aan de huisarts (dus niet enkel telefonisch overleg) en het belang van de huisarts in zorgcontinuïteit, bleken voor sommigen vernieuwend. Vaak heeft men er (ten onrechte) veel vertrouwen in dat wanneer vervolgzorg met GGZ-hulpverleners besproken en geregeld is, de patiënt deze vervolgzorg ook zal opnemen.

4.3.1 CONCLUSIE

De trainingen werden in alle ziekenhuis erg positief geëvalueerd, zowel door spoedpersoneel als door psychiatrisch geschoold personeel. Het gevoel van 'ik weet nu beter wat in deze patiëntengroep omgaat' en 'ik weet beter hoe ik erop moet reageren' was vaak het zeer gewenste en positieve resultaat.

Multidisciplinariteit tijdens de training aan de hand van verschillende beroepsgroepen en afdelingen, had een belangrijke meerwaarde. Spoedartsen waren echter in geen enkel ziekenhuis aanwezig bij de trainingen. De rollenspelen waren niet geliefd en werden soms afgewezen; wanneer toch geïntroduceerd, werden ze als zeer verhelderend en waardevol ervaren.

De tijdens de training uitgedeelde handleiding van het IPEO en bijbehorende wetenschappelijke verantwoording werden in de meeste gevallen na de training niet meer doorgenomen of geraadpleegd.

5 RESULTATEN EFFECTONDERZOEK

In dit hoofdstuk worden achtereenvolgens de resultaten van de vragenlijstafnames bij ziekenhuispersoneel (paragraaf 5.1), de registratie van suïcidepogers (paragraaf 5.2) en de bevraging bij patiënten (paragraaf 5.3) besproken.

We herhalen puntsgewijs de gestelde onderzoeksvragen:

- evalueren of de feitelijke en ervaren deskundigheid van het personeel m.b.t. opvang van suïcidepogers verbeterde door het volgen van de trainingen en het toepassen van het instrument.
- registreren of de gang van zaken bij de opvang van suïcidepogers veranderde/verbeterde door de PEOSAZ-interventie
- evalueren of, op basis van het gebruik van het instrument, de toegeleiding naar verdere vervolgzorg gerealiseerd was
- evalueren hoe patiënten de opvang in het ziekenhuis hadden ervaren
- evalueren of de voorgestelde vervolgzorg werd opgenomen

5.1 VRAGENLIJST PERSONEEL

5.1.1 RESPONS

Bij het ziekenhuispersoneel dat deelnam aan de trainingen is drie keer een bevraging gebeurd: voor de training (voormeting), na de training (nameting 1) en naar het einde van het project toe (nameting 2). De voormeting is ingevuld door 135 stafleden: 91 spoedverpleegkundigen (67.4%), 31 psychiatisch verpleegkundigen (23%), 9 psychiaters/psychologen (6.7%), 3 sociaal werkers (2.2%) en 1 ergotherapeut (0.7%). Nameting 1 is ingevuld door 72 stafleden: 40 spoedverpleegkundigen, 7 psychiaters/psychologen, 21 psychiatische verpleegkundigen, 3 sociaal werkers en 1 ergotherapeut (respons: 53.3%). De respons op de eerste nameting is vrij laag omdat 1) in ziekenhuizen waar de trainingen over twee sessies werd gespreid, een aantal stafleden enkel de eerste sessie hebben bijgewoond 2) in ziekenhuizen waar de training slechts een éénmalige kortdurende (2 uur) sessie betrof, er bewust voor is gekozen geen nameting uit te voeren gezien de te korte tijdsperiode tussen voor- en nameting. De respons op de tweede nameting, uitgevoerd gemiddeld een half jaar na de training en ingevuld door 109 stafleden, bedroeg 80.7% ten opzichte van voormeting: 74 spoedverpleegkundigen, 8 psychiaters/psychologen, 23 psychiatisch verpleegkundigen, 3 sociaal werkers en 1 ergotherapeut vulden de vragenlijst in.

De bevraging gebeurde via een vragenlijst die uit twee onderdelen bestond: 37 kennis- en attitudestellingen over suïcidaal gedrag en 10 stellingen over de ervaren eigeneffectiviteit met betrekking tot de opvang van suïcidepogers (oorsprong stellingen besproken in methodesectie). In het hiernavolgende worden de resultaten van beide onderdelen achtereenvolgens besproken.

5.1.2 RESULTATEN KENNIS-ATTITUDE

■ FACTORANALYSE

De 37 stellingen konden in drie categorieën worden ingedeeld: 18 kennisitems, 13 attitude-items en 6 persoonlijke items. Per categorie zijn alle items onderworpen aan een factoranalyse.

Vier van de 18 kennisitems zijn verwijderd uit verdere analyses wegens onduidelijkheid met betrekking tot waarheidsgehalte van de stelling. Deze vragen konden niet zwart-wit beoordeeld worden en vereisten een genuanceerd antwoord. Het gaat om volgende items:

- Stelling 10: “Iemand die zelfmoord pleegt, heeft daar meestal lang over nagedacht”

Sommige pogingen gebeuren impulsief, aan andere pogingen is een langdurig suïcidaal proces voorafgegaan

- Stelling 26: “Een zelfmoordpoging is in essentie een hulpkreet”

In de jaren '60 tot 80' was het concept van 'suïcidepoging als hulpkreet' erg populair. Tegenwoordig gaan er steeds meer stemmen op om suïcidepogingen als een 'pijnkreet' te zien.

- Stelling 25: “Eenzaamheid ligt meestal aan de basis van zelfmoord”

Er kunnen verschillende motieven voor zelfmoord genoemd worden.

- Stelling 35: “De meeste suïcidepogingen gebeuren naar aanleiding van en conflict met een dierbare”

Er kunnen verschillende aanleidingen/life events voor zelfmoordpogingen genoemd worden.

Binnen de overige 14 kennisitems zijn 5 kennisfactoren onderscheiden (zie tabel 5.1), zijnde 'non-communicatie' (factor 1), 'preventie van zelfmoordpogingen' (factor 2), 'impulsiviteit van pogingen' (factor 3), 'zelfmoord als “normaal” gedrag' (factor 4) en 'zelfmoord als wraak' (item/factor 5).

Tabel 5.1: Uitkomst factoranalyse uitgevoerd op de kennisitems

<i>Factoren kennis-items</i>	<i>Factorloadingen</i>				
	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
1. Non-communicatie					
12 Mensen die dreigen met zelfmoord, ondernemen meestal geen poging.	.751	-.032	-.028	-.083	.283
33 Mensen die praten over zelfmoord, doen het niet.	.706	.187	-.043	-.147	-.055
Eens een persoon zelfmoordgedachten heeft gehad, blijft dat terug komen . ^a	.649	.111	.031	.212	-.083
22 Zelfmoord gebeurt zonder enige waarschuwing vooraf.	.544	-.303	.068	.164	-.099
2. Preventie van suicide(pogingen)					
37 Zelfmoord kan voorkomen worden.	-.025	.800	.079	-.039	.140
1 Mensen die zelfmoordgedachten hebben, kunnen altijd geholpen worden.	.197	.708	-.110	.185	-.248
6 Eens een persoon beslist heeft zelfmoord te plegen, kan niemand hem/haar daar van af brengen.	.489	-.513	.253	.056	-.138
3. Impulsiviteit suïcidaal gedrag					
11 Het risico bestaat dat je mensen op zelfmoordgedachten brengt door ernaar te vragen.	.122	0.34	.724	-.130	.310
4 De meeste zelfmoordpogingen gebeuren impulsief.	.339	.006	-.613	-.028	.416
13 Zelfmoord is een onderwerp waar je best niet over praat	.427	-.178	.441	.137	.022
4. Zelfmoord als "normaal" gedrag					
8 Mensen die zelfmoord plegen, zijn meestal psychisch ziek.	-.046	.129	-.374	.596	-.055
31 Iedereen is in staat zelfmoord te plegen.	-.012	-.219	-.157	-.595	-.176
Familieleden hebben meestal geen idee wat er aan de hand is wanneer een persoon aan zelfmoord denkt. ^a	.111	-.213	-.008	.561	.004
5. Motieven					
7 Veel zelfmoordpogingen worden ondernomen uit wraak of om iemand anders te straffen.	-.060	.021	.105	.124	.822

^a Item verwijderd wegens geen overeenkomst met bijbehorende factor

Teneinde de kennisverbetering tussen de verschillende vragenlijstafnames te kunnen meten, zijn de 14 kennisitems op voorhand gekwalificeerd als Juist (J) of Fout (F).

- *Mensen die dreigen met zelfmoord, ondernemen meestal geen poging; Mensen die praten over zelfmoord, doen het niet; Zelfmoord gebeurt zonder enige waarschuwing vooraf.*

Fout (F): veelal worden er signalen uitgezonden en gaat er een proces aan vooraf.

- *Zelfmoord kan voorkomen worden.*

Juist (J): suïcidaal gedrag kadert meestal in een potentieel diagnosticeerbare en behandelbare aandoening, veelal is er een depressief toestandsbeeld.

- *Mensen die zelfmoordgedachten hebben, kunnen altijd geholpen worden.*

Juist: zie hierboven, 'altijd' kan men nuanceren naar 'veelal'.

- *Eens een persoon beslist heeft zelfmoord te plegen, kan niemand hem/haar daar van af brengen.*

Fout; er blijft altijd een zekere ambivalentie bestaan. Enerzijds ziet men enkel nog een uitweg in de dood, anderzijds wil men een ander leven. Wat men vooral beoogt is het stoppen van de psychische pijn, de dood neemt men er als gevolg bij. Bovendien is duidelijk dat suïcidewensen veelal kaderen in een potentieel diagnosticeerbare en behandelbare aandoening.

- *Het risico bestaat dat je mensen op zelfmoordgedachten brengt door ernaar te vragen.*

Fout: Hiervoor bestaat geen wetenschappelijke evidentie, integendeel. Door te vragen naar suïcidegedachten, maakt men een eventueel bestaand suïcidaal proces zichtbaar en kan men de suïcidale persoon uit zijn emotioneel isolement halen. Dit is de start van hulpverlening.

- *De meeste zelfmoordpogingen gebeuren impulsief*

Ten behoeve van de effectevaluatie die een zwart-wit beoordeling van alle items vereist, hebben we ervoor gekozen dit item als 'foutief' te beoordelen. De feitelijke beoordeling van dit item behoeft echter enige nuancering. Met dit item werd voornamelijk bedoeld op het inzicht in het suïcidale proces dat voorafgaat aan een poging en niet op de uitvoering hiervan. De suïcidepoging is immers het meest duidelijke signaal van een suïcidaal proces dat zich ontwikkelt in de tijd. Het is een 'cry of pain' van een kwetsbare persoon die geen uitweg meer ziet aan een situatie die hij als ondragelijk ervaart en waaruit geen uitweg mogelijk lijkt: 'no escape en no rescue'. Het proces evolueert over gedachten, naar plannen en poging. In het begin van het proces is er vooral angst en agressie, hoe meer het proces evolueert, hoe meer er gevoelens zijn van hopeloosheid, depressie en een hogere suïcidale intentie kan vastgesteld worden. Suïcidaal gedrag, zichtbaar voor de omgeving omwille van een poging of een suïcide, is dus niet een gedrag wat moet begrepen worden als 'een donderslag bij heldere hemel, plots, compleet onverwacht en 'zomaar zonder nadenken'.

De mate van voorbereiding en planning van de poging varieert. Sommigen hebben wel degelijk de poging goed voorbereid en gepland, anderen (vooral jongeren en vooral in het begin van een suïcidaal proces), hebben een erg korte voorbereidingstijd en reageren meer 'impulsief'.

Impulsiviteit en agressie spelen een belangrijke rol bij suïcidaal gedrag, Impulsiviteit werd als 'trait' factor geïdentificeerd (Williams & Pollock, 2000).

We beseffen dat dit item in de huidige bewoordingen niet geheel valide is aangezien het niet differentieert tussen de suïcidale belevingen en gedachten voor en de uitvoering van een poging, maar hebben besloten dit item toch op te nemen in de resultaatbesprekingen omdat de resultaten ten aanzien van dit item een goed inzicht bieden in het leerproces dat heeft opgetreden bij de deelnemers aan de training. In de training werd immers uitgebreid aandacht besteed aan de bespreking van het suïcidale proces dat vooraf gaat aan elke poging.

➤ *Zelfmoord is een onderwerp waar je best niet over praat.*

Fout: door het thema bespreekbaar te maken bij risicopatiënten, kan men gerichte hulpverlening opzetten.

➤ *Mensen die zelfmoord plegen, zijn meestal psychisch ziek.*

Juist: Onderzoek heeft aangetoond dat 90% van het aantal suïcidepogers aan een psychische stoornis lijdt, depressie, angst, middelenmisbruik als belangrijkste diagnoses (Haw, Hawton, Houston, & Townsend, 2001; Suominen et al., 1996). Persoonlijkheidsstoornissen bij 40% (Hawton & Zahl, 2003).

➤ *Iedereen is in staat zelfmoord te plegen.*

Onjuist: er is steeds sprake van een zeker kwetsbaarheid, die mogelijk genetisch is, of verworven door langdurige stress (Marusic & McGuffin, 2005).

➤ *Veel zelfmoordpogingen worden ondernomen uit wraak of om iemand anders te straffen.*

Onjuist: slechts een minderheid van de pogingen hebben dit motief

Binnen de 13 attitude-items zijn vijf attitudefactoren onderscheiden (zie tabel 5.2): 'Suïcide als recht bij ziekte' (factor 1), 'onbegrip' (factor 2), 'hulpbereidheid' (factor 3), 'suïcide als overgave' (factor 4) en 'het vóórkomen van suïcidale gedachten' (factor/item 5). De zes persoonlijke items konden met behulp van de factoranalyse worden herleid tot 3 factoren (zie tabel 5.3): 'suïcide bij ziekte' (factor 1), 'omgeving' (factor 2) en 'eigen inschatting' (factor 3). Per factor zijn somscores berekend door de scores op bijbehorende factoritems op te tellen.

Tabel 5.2: Uitkomst factoranalyse uitgevoerd op de attitude-items

<i>Factoren attitude-items</i>	<i>Factorloadingen</i>				
	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
1. Suïcide als recht bij ziekte					
29 Als iemand die ernstig en ongeneeslijk ziek is, aangeeft te willen sterven, dan moet die persoon hierbij geholpen worden.	.808	.052	.049	-.154	-.063
5 Zelfmoord is aanvaardbaar als een manier om een einde te maken aan een ongeneeslijke ziekte.	.664	.188	.255	.254	.079
32 Ik kan begrijpen dat mensen die aan een ernstige en ongeneeslijke ziekte lijden, zelfmoord willen plegen.	.626	-.261	.039	.168	.274
34 Mensen hebben het recht om hun leven te beëindigen.	.566	-.298	.140	.348	-.128
2. Onbegrip					
27 Algemeen beschouwd, kan ik niet goed begrijpen dat sommige mensen zelfmoord plegen.	.008	.805	-.027	-.105	-.091
2 Zelfmoord kan je nooit goedpraten.	-.136	.678	.051	.167	.276
19 Vooral zelfmoord bij jongeren is moeilijk te begrijpen, want ze hebben nog zoveel om voor te leven.	.032	.623	-.028	-.293	-.222
3. Hulpbereidheid					
30 Ik ben bereid om een persoon die een suïcidale crisis doormaakt, te helpen door contact te leggen.	.000	-.035	-.772	.078	-.176
24 Als iemand zelfmoord wil plegen, is dat een private zaak waar wij ons niet mee moeten moeien.	.372	-.008	.718	.128	.098
9 Iedereen heeft de plicht om te verhinderen dat iemand zelfmoord pleegt.	-.102	.126	-.587	-.323	.452
4. Suïcide als overgave					
16 Er kunnen situaties zijn waarin zelfmoord de enige redelijke oplossing is.	-.017	-.061	.152	.745	.010
18 Zelfmoord kan een opluchting betekenen voor de betrokkenen.	.239	-.076	-.070	.700	.087
5. Suïcidale gedachten					
15 Iedereen heeft ooit in zijn leven al eens aan zelfmoord gedacht.	.098	-.066	.170	.096	.800

Tabel 5.3: Uitkomst factoranalyse uitgevoerd op de persoonlijke items

<i>Factoren persoonlijke items</i>	<i>Factorloadingen</i>		
	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
1. Suïcide bij ziekte			
20 Ik zou zelfmoord overwegen indien ik zou lijden aan een ernstige ongeneeslijke ziekte	.855	.157	.091
36 Wanneer ikzelf aan een ernstige ongeneeslijke ziekte zou lijden, zou ik graag geholpen worden om zelfmoord te plegen	.849	-.160	.020
2. Omgeving			
23 In een gesprek, vermijden de meeste mensen het onderwerp zelfmoord.	.161	.801	-.184
3 Zelfmoord plegen is één van de ergste dingen die men zijn familie kan aandoen	-.192	.722	.268
3. Eigen inschatting			
17 Ik acht mijzelf in staat te zeggen dat ik zelfmoord wil plegen zonder het echt te menen.	-.150	.146	.771
14 Eenzaamheid zou voor mij een reden kunnen zijn om zelfmoord te plegen.	.300	-.136	.686

■ KENNIS SPOEDPERSONEEL

Voor elk factoritem worden de resultaten per antwoordcategorie procentueel en in absolute aantallen weergegeven. De 5 antwoordcategorieën van de vragenlijst zijn hiertoe herleid naar drie categorieën ('helemaal niet mee eens' en 'niet mee eens' samengevoegd, 'helemaal mee eens' en 'mee eens' samengevoegd). De resultaten worden gepresenteerd per factor en per functiegroep, waarbij 'spoedpersoneel' enkel spoedverpleegkundigen vertegenwoordigt en 'psi-personeel' psychiatrisch verpleegkundigen, sociaal werkers en psychiaters/psychologen vertegenwoordigt.

Let wel: alle p-waarden zijn berekend voor de resultaten van de respondenten die zowel voor- als nameting 1/2 hebben ingevuld en dus niet op basis van de resultaten van het totale aantal respondenten per meting (zoals deze gepresenteerd staan in de tabellen). Voor een aantal items is er immers ten aanzien van de resultaten op de voormeting een significant verschil in antwoorden tussen de groep die tevens de nameting heeft ingevuld en de 'uitvallers' tijdens de nameting, in die zin dat de groep die tevens heeft deelgenomen aan de nameting veelal beter heeft gescoord tijdens de voormeting, zowel wat betreft kennisitems als attitude-items. Dit brengt met zich mee dat de percentages van voormeting en nameting 1/2 zoals gepresenteerd in de tabellen (resultaten van totaal aantal respondenten per meetmoment) vaak aanzienlijke verschillen vertonen terwijl de statistische test, die enkel respondenten die beide te vergelijken metingen hebben ingevuld in rekening brengt, geen significant verschil aantoont.

De resultaten van het spoedpersoneel worden gepresenteerd per kennisfactor (zie tabel 5.4).

Kennisfactor 1: Non-communicatie

Meer dan 70% van de respondenten antwoordde correct op de drie stellingen aangaande het non-communicatieve gedrag van suïcidale patiënten (71.4%, 74.7% en 80.2%). Onmiddellijk na de training werden deze drie stellingen door meer spoedverpleegkundigen correct beoordeeld (significante verbetering voor stelling 33) en was er bijgevolg een significante verbetering ten aanzien van kennisfactor 1 (6.81 versus 5.35, p-waarde < 0.001). Bij de tweede nameting was er nog een geringe verbetering op te tekenen ten opzichte van de voormeting, deze verbetering was niet langer significant.

Kennisfactor 2: Preventie van suïcidaal gedrag

Voor de training verwierp 84.6% van de spoedverpleegkundigen terecht de stelling dat beslissingen aangaande het plegen van zelfmoord onomkeerbaar zijn. De stelling dat zelfmoord voorkomen kan worden, werd door 67% van de spoedverpleegkundigen als 'juist' beoordeeld. Daarentegen was 52.7% van de verpleegkundigen van mening dat personen met suïcidale gedachten niet altijd geholpen kunnen worden. Het gebruik van het woord 'altijd' is voor deze stelling echter enigszins misleidend en kan een mogelijke verklaring bieden voor dit hoge percentage. Onmiddellijk na de training was er een significante verbetering op te tekenen ten aanzien van kennisfactor 2 (7.73 versus 6.13, p-waarde < .010), hetgeen erop duidt dat respondenten na de training meer overtuigd waren van het nut van suïcidepreventie. Deze verbetering bleef echter niet behouden een half jaar na de training.

Kennisfactor 3: Impulsieve aard van pogingen

De stelling dat het onderwerp zelfmoord best niet ter sprake wordt gebracht, werd door bijna alle respondenten als foutief beoordeeld. De overige twee items werden ietwat minder goed beantwoord: 3.3% van de spoedverpleegkundigen was het eens met de incorrecte stelling dat het bevragen van suïcidale gedachten risicovol kan zijn, 18% had hier geen mening over. De stelling dat de meeste suïcidepogingen impulsieve acties zijn (F), werd door bijna 30% als correct beoordeeld.

Na de training was er een significante verbetering ten aanzien van kennisfactor 3 (6.53 versus 5.33, p-waarde < .010). Deze verbetering was voornamelijk toe te schrijven aan een meer correcte beoordeling van de stelling aangaande de impulsiviteit van pogingen (voor nuancering item zie p. 64-65). Tijdens de tweede nameting was het verschil in scoring ten opzichte van de voormeting kleiner geworden, maar nog steeds significant (6.53 versus 6.01, p-waarde < .050). Stelling 11 werd tijdens de tweede nameting significant beter beoordeeld dan voor de training.

Kennisfactor 4: Zelfmoord als “normaal” gedrag

Bijna de helft van de respondenten ging er onterecht vanuit dat iedereen in staat is om zelfmoord te plegen (F) en 62.6% was het niet eens met de stelling dat suicide(pogingen) vaak gepaard gaan met de aanwezigheid van psychiatrische stoornissen (J). Voor beide items lag het aantal correcte beoordelingen na de training significant hoger.

Na de training was er aldus een sterk significante verbetering ten aanzien van kennisfactor 4 (6.60 versus 4.58, p-waarde < 0.001). Dit effect zwakte enigszins af, maar bleef significant een half jaar na de training (6.60 versus 6.15, p-waarde < 0.05).

Kennisfactor 5: Motieven

De stelling dat de meeste zelfmoordpogingen worden ondernomen uit wraak of vergelding werd door 67% van de spoedverpleegkundigen terecht als onjuist beoordeeld. Onmiddellijk na de training lag het aantal correcte antwoorden hoger (p-waarde < 0.10); de verschillen in itemscore waren echter niet significant. Tijdens nameting 2 scoorden respondenten niet significant verschillend ten opzichte van de baseline-meting.

Tabel 5.4: Resultaten kennisfactoren spoedpersoneel

		<i>Voormeting</i> (n = 91)	<i>Nameting 1</i> (n = 40)	<i>Nameting 2</i> (n = 71)	<i>Vm-Nm 1</i> (n = 40)	<i>Vm-Nm 2</i> (n = 71)
Kennisfactor 1: Non-communicatie	Somscore* (min: 3, max: 15)	6.81	5.35	6.54	.000	Ns.
12. Mensen die dreigen met zelfmoord, ondernemen meestal geen poging (F)	Niet mee eens Onbeslist Mee eens	71,4% (65) 14.3% (13) 14.3% (13)	92.5% (37) 5% (2) 2.5% (1)	82.4% (61) 9.5% (7) 8.1% (6)	Ns.	Ns.
22. Zelfmoord gebeurt zonder enige waarschuwing vooraf (F)	Niet mee eens Onbeslist Mee eens	74.7% (68) 18.7 (17) 6.6% (6)	90% (36) 2.5% (1) 7.5% (3)	70.3% (52) 21.6% (16) 8.1% (6)	Ns.	Ns.
33. Mensen die praten over zelfmoord, doen het niet (F)	Niet mee eens Onbeslist Mee eens	80.2% (73) 13.2% (12) 6.6% (6)	97.5% (39) 2.5% (1) 0% (0)	87.8% (65) 9.5% (7) 2.7% (2)	.009	Ns.
Kennisfactor 2: Preventie van suïcidaal gedrag	Somscore* (min: 3, max: 15)	7.73	6.13	7.51	.003	Ns.
1. Mensen die zelfmoordgedachten hebben, kunnen altijd geholpen worden (J)	Niet mee eens Onbeslist Mee eens	52.7% (48) 12.1% (11) 35.2% (32)	20% (8) 7.5% (3) 72.5% (29)	54.1% (40) 6.8% (5) 39.2% (29)	.011	Ns.
6. Eens een persoon beslist heeft zelfmoord te plegen, kan niemand hem/haar daar van af brengen (F)	Niet mee eens Onbeslist Mee eens	84.6% (77) 8.8% (8) 6.6% (6)	87.5% (35) 2.5% (1) 10% (4)	87.8% (65) 5.4% (4) 6.8% (5)	Ns.	Ns.

		<i>Voormeting</i>	<i>Nameting 1</i>	<i>Nameting 2</i>	<i>Vm-Nm 1</i>	<i>Vm-Nm 2</i>
37. Zelfmoord kan voorkomen worden (J)	Niet mee eens Onbeslist Mee eens	19.8% (18) 13.2% (12) 67% (61)	2.5% (1) 2.5% (1) 95% (38)	12.2% (9) 21.6% (16) 66.2% (49)	.036	Ns.
Kennisfactor 3: Impulsiviteit van pogingen	Somscore* (min: 3, max: 15)	6.53	5.33	6.01	.002	.021
4. De meeste zelfmoordpogingen gebeuren impulsief (F)	Niet mee eens Onbeslist Mee eens	65.9% (60) 5.5% (5) 28.6% (26)	87.5% (35) 2.5% (1) 10.0% (4)	71.6% (53) 10.8% (8) 17.6% (13)	.059	Ns.
11. Het risico bestaat dat je mensen op zelfmoordgedachten brengt door ernaar te vragen (F)	Niet mee eens Onbeslist Mee eens	78.0 (71) 18.7% (17) 3.3% (3)	90.0% (36) 2.5% (1) 7.5% (3)	93.2% (69) 4.1% (3) 2.7% (2)	Ns.	.010
13. Zelfmoord is een onderwerp waar je best niet over praat (F)	Niet mee eens Onbeslist Mee eens	95.6% (87) 2.2% (2) 2.2% (2)	95% (38) 5.0% (2) 0% (0)	95.9% (71) 2.7% (2) 1.4% (1)	Ns.	Ns.
Kennisfactor 4: Zelfmoord als “normaal” gedrag	Somscore* (min: 2, max: 10)	6.60	4.58	6.15	.000	.047
8. Mensen die zelfmoord plegen, zijn meestal psychisch ziek (J)	Niet mee eens Onbeslist Mee eens	62.6% (57) 9.9% (9) 27.5% (25)	17.5% (7) 0% (0) 82.5% (33)	56.8% (42) 7.8% (5) 36.5% (27)	.000	Ns.

		<i>Voormeting</i>	<i>Nameting 1</i>	<i>Nameting 2</i>	<i>Vm-Nm 1</i>	<i>Vm-Nm 2</i>
31. Iedereen is in staat zelfmoord te plegen (F)	Niet mee eens	30.8% (28)	65% (26)	40.5% (30)	.001	Ns.
	Onbeslist	20.9% (19)	12.5% (5)	24.3% (18)		
	Mee eens	48.4% (44)	22.5% (9)	35.1% (26)		
Kennisfactor 5: Motieven	Score* (min: 1, max: 5)	2.32	2.05	2.30	Ns.	Ns.
7. Veel zelfmoordpogingen worden ondernomen uit wraak of om iemand anders te straffen.	Niet mee eens	67% (61)	85% (34)	71.6% (53)	.057	Ns.
	Onbeslist	23.1% (21)	2.5% (1)	16.2% (12)		
	Mee eens	9.9% (9)	12.5% (5)	12.2% (9)		

* Lagere score wijst op meer correcte kennis. Het cijfer geeft met andere woorden het aantal correcte beoordelingen aan.

■ KENNIS PSI-PERSONEEL

De resultaten staan gepresenteerd in tabel 5.5.

Kennisfactor 1: Non-communicatie

Het aantal correcte antwoorden op de drie items van kennisfactor 1 lager erg hoog: 79.1%, 81.8% en 90.7%. Voor alle drie de items gold dat er onmiddellijk na de training en 5 maanden later meer correcte antwoorden werden gegeven. Voor item 22 (zelfmoord gebeurt zonder waarschuwing) was deze verandering bijna significant. Zowel tijdens de eerste als tijdens de tweede nameting was er een significante verbetering ten aanzien van kennisfactor 1 (6.02 versus 5.09 respectievelijk 5.43, p-waarde < 0.01).

Kennisfactor 2: Preventie van suïcidaal gedrag

Ook ten aanzien van kennisfactor 2, aangaande de preventie van suïcidaal gedrag, werd goed gescoord: 74.4% van het psychiatrisch geschoold personeel bleek overtuigd van het feit dat zelfmoord voorkomen kan worden, 86.4% was het niet eens met de stelling dat suïcidale beslissingen onomkeerbaar zijn.

Naar analogie met de groep spoedverpleegkundigen, waren ook bij het psychiatrisch geschoold personeel de meningen verdeeld over de stelling dat suïcidale personen altijd geholpen kunnen worden. Ook hier heeft de term 'altijd' naar alle waarschijnlijkheid verwarring gezaaid.

Onmiddellijk na de training was er een significante verbetering op te tekenen ten aanzien van kennisfactor 2 (7.35 versus 5.56, p-waarde < 0.01). Alle items werden meer correct beantwoord na de training. Deze verbetering was significant op niveau 0.01 voor item 1 (mensen met suïcidale gedachten kunnen altijd geholpen worden) en bijna significant voor item 37 (zelfmoord kan voorkomen worden). Een half jaar na de training scoorden de respondenten nog steeds beter vergeleken met de voormeting. De verschillen in percentages waren echter niet langer significant, het verschil in somscore vertoonde een gunstige tendens (marginaal significant).

Kennisfactor 3: Impulsieve aard van pogingen

De stelling dat het onderwerp zelfmoord best niet ter sprake wordt gebracht, werd door alle respondenten terecht verworpen. Niettegenstaande heeft 18.6% van de respondenten de stelling dat het bevragen van suïcidale gedachten risicovol kan zijn, niet als foutief beoordeeld. De als foutief gecodeerde stelling dat de meeste suïcidepogingen impulsieve acties zijn, werd door bijna 30% als correct beoordeeld (voor nuancering item zie p. 64-65).

Enkel onmiddellijk na de training was er een significante verbetering ten aanzien van kennisfactor 3 (6.19 versus 5.13, p-waarde < 0.01). Zowel tijdens de eerste als tijdens de tweede nameting wezen de antwoorden op de items 4 en 11 op een gunstige evolutie ten opzichte van de voormeting. Voor item 4 was de verbetering die optrad onmiddellijk na de training significant op niveau 0.05.

Kennisfactor 4: Zelfmoord als “normaal” gedrag

Ook bij het psychiatrisch geschoold personeel bestonden er misverstanden ten aanzien van kennisfactor 4. Bijna 60% van de respondenten ging er onterecht vanuit dat iedereen in staat is om zelfmoord te plegen (F) en 54.5% was het niet eens met de stelling dat suïcides/suïcidepogingen vaak gepaard gaan met de aanwezigheid van psychiatrische stoornissen (J).

Onmiddellijk na de training was er een sterk significante verbetering ten aanzien van kennisfactor 4 (6.75 versus 4.63, p-waarde < 0.001). Dit effect bleef bestaan tijdens de nameting een half jaar later (6.75 versus 5.49, p-waarde < 0.001). Voor beide stellingen lag het aantal correcte beoordelingen gevoelig hoger zowel onmiddellijk na de training (significant op niveau 0.001) als tijdens de follow-upmeting (bijna significant tot significant niveau 0.05).

Kennisfactor 5: Motieven

De stelling dat de meeste zelfmoordpogingen worden ondernomen uit wraak of vergelding (F) werd door 70.5% van de respondenten terecht als onjuist beoordeeld. Onmiddellijk na de training lag het aantal correcte antwoorden lager (niet significant), tijdens de follow-upmeting waren de antwoorden vergelijkbaar met de situatie tijdens de voormeting.

■ ALGEMEEN

De test voor herhaalde metingen wees uit dat de training over de verschillende metingen en functiegroepen heen een verbetering had teweeggebracht in kennisfactor 1, 3 en 4. Er werd geen interactie-effect tussen functiegroep en effect training teruggevonden, hetgeen betekent dat men er niet van kan uitgaan dat een bepaalde functiegroep (spoedverpleegkundigen, psychiaters/psychologen, sociaal werkers, psychiatrisch verpleegkundigen) ten aanzien van kennisverhoging significant meer of minder baat bij de training had gehad of met andere woorden dat het effect van de training op verhoging van kennis voor alle functiegroepen nagenoeg gelijk was.

Ten aanzien van kennisfactor 1 scoorden psychiaters/psychologen significant beter bij voor- en nameting dan de overige functiegroepen (spoedpersoneel, psychiatrisch verpleegkundigen, sociaal werkers).

Ervaring hebben opgedaan met het IPEO, bleek geen invloed te hebben gehad op de verandering in kennis die had plaatsgevonden tussen de situatie voor en de situatie na het project.

Tabel 5.5: Resultaten kennisfactoren psi-personeel

		<i>Voormeting</i> (<i>N</i> = 44)	<i>Nameting 1</i> (<i>N</i> = 32)	<i>Nameting 2</i> (<i>N</i> = 35)	<i>Vm-Nm 1</i> (<i>N</i> = 32)	<i>Vm-Nm 2</i> (<i>N</i> = 35)
Kennisfactor 1: Noncommunication (lagere score wijst op correcte kennis)	Somscore* (min: 3, max: 15)	6.02	5.09	5.43	.003	.008
12. Mensen die dreigen met zelfmoord, ondernemen meestal geen poging (F)	Niet mee eens Onbeslist Mee eens	79.1% (34) 16.3% (7) 4.7% (2)	87.5% (28) 9.4% (3) 3.1% (1)	91.4% (32) 8.6% (3) 0.0% (0)	Ns.	Ns.
22. Zelfmoord gebeurt zonder enige waarschuwing vooraf (F)	Niet mee eens Onbeslist Mee eens	81.8% (36) 15.9% (7) 2.3% (1)	93.8% (30) 6.3% (2) 0.0% (0)	94.3% (33) 2.9% (1) 2.9% (1)	.061	.077
33. Mensen die praten over zelfmoord, doen het niet (F)	Niet mee eens Onbeslist Mee eens	90.7% (39) 9.3% (4) 0.0% (0)	96.9% (31) 3.1% (1) 0.0% (0)	94.3% (33) 5.7% (2) 0.0% (0)	Ns.	Ns.
Kennisfactor2: Preventie van suïcidaal gedrag	Somscore* (min: 3, max: 15)	7.35	5.56	6.56	.001	.070
1. Mensen die zelfmoordgedachten hebben, kunnen altijd geholpen worden (J)	Niet mee eens Onbeslist Mee eens	52.3% (23) 15.9% (7) 31.8% (14)	15.6% (5) 9.4% (3) 75% (24)	38.2% (13) 11.8% (4) 50.0% (17)	.000	Ns.
6. Eens een persoon beslist heeft zelfmoord te plegen, kan niemand hem/haar daar van af brengen (F)	Niet mee eens Onbeslist Mee eens	86.4% (38) 13.6% (6) 0.0% (0)	96.9% (31) 0.0% (0) 3.1% (1)	94.3% (33) 2.9% (1) 2.9% (1)	Ns.	Ns.

		<i>Voormeting</i>	<i>Nameting 1</i>	<i>Nameting 2</i>	<i>Vm-Nm 1</i>	<i>Vm-Nm 2</i>
37. Zelfmoord kan voorkomen worden (J)	Niet mee eens Onbeslist Mee eens	7.0% (3) 18.6% (8) 74.4% (32)	0.0% (0) 9.4% (3) 90.6% (29)	11.4% (4) 2.9% (1) 85.7% (30)	.077	Ns.
Kennisfactor 3: Impulsiviteit van pogingen	Somscore* (min: 3, max: 15)	6.19	5.13	5.77	.001	Ns.
4. De meeste zelfmoordpogingen gebeuren impulsief (F)	Niet mee eens Onbeslist Mee eens	59.1% (26) 11.4% (5) 29.5% (13)	78.1% (25) 9.4% (3) 12.5% (4)	62.9% (22) 11.4% (4) 25.7% (9)	.018	Ns.
11. Het risico bestaat dat je mensen op zelfmoordgedachten brengt door ernaar te vragen (F)	Niet mee eens Onbeslist Mee eens	81.4% (35) 11.6% (5) 7.0% (3)	90.6% (29) 3.1% (1) 6.3% (2)	91.4% (32) 2.9% (1) 5.7% (2)	Ns.	Ns.
13. Zelfmoord is een onderwerp waar je best niet over praat (F)	Niet mee eens Onbeslist Mee eens	100% (43) 0.0% (0) 0.0% (0)	100% (32) 0.0% (0) 0.0% (0)	97.1% (34) 0.0% (0) 2.9% (1)	Ns.	Ns.
Kennisfactor 4: Zelfmoord als “normaal” gedrag	Somscore* (min: 2, max: 10)	6.75	4.63	5.49	.000	.000
8. Mensen die zelfmoord plegen, zijn meestal psychisch ziek (J)	Niet mee eens Onbeslist Mee eens	54.5% (24) 15.9% (7) 29.5% (13)	18.8% (6) 12.5% (4) 68.8% (22)	34.3% (12) 11.4% (4) 54.3% (19)	.000	.068

		<i>Voormeting</i>	<i>Nameting 1</i>	<i>Nameting 2</i>	<i>Vm-Nm 1</i>	<i>Vm-Nm 2</i>
31. Iedereen is in staat zelfmoord te plegen (F)	Niet mee eens	15.9% (7)	68.8% (22)	45.7% (16)	.000	.003
	Onbeslist	25.0% (11)	15.6% (5)	28.6% (10)		
	Mee eens	59.1% (26)	15.6% (5)	25.7% (9)		
Kennisfactor 5: Motieven	Score* (min: 1, max: 5)	2.25	2.53	2.23	Ns.	Ns.
7. Veel zelfmoordpogingen worden ondernomen uit wraak of om iemand anders te straffen (F)	Niet mee eens	70.5% (31)	56.3% (18)	71.4% (25)	Ns.	Ns.
	Onbeslist	15.9% (7)	21.9% (7)	25.7% (9)		
	Mee eens	13.6% (6)	21.9% (7)	2.9% (1)		

* Lagere score wijst op meer correcte kennis. Het cijfer geeft met andere woorden het aantal foutieve beoordelingen aan.

■ ATTITUDE SPOEDPERSONEEL

De resultaten worden per attitudefactor gepresenteerd (zie tabel 5.6).

Attitudefactor 1: Suïcide als een recht bij ziekte.

Tijdens de voormeting gaf 84.6% van de spoedverpleegkundigen aan dat ze konden begrijpen dat mensen die aan een ongeneeslijke ziekte lijden, zelfmoord willen plegen en 70% vond dat deze personen hierbij geholpen moeten kunnen worden. Bijna 55% van de spoedverpleegkundigen was van mening dat mensen het recht hebben om hun leven te beëindigen en 41% vond zelfmoord aanvaardbaar bij een ongeneeslijke ziekte.

Onmiddellijk na de training was er een significante daling van de somscore op attitudefactor 1, hetgeen een meer negatieve attitude vertegenwoordigt ten aanzien van de algemene factorstelling dat suïcide als een recht bij ziekte kan aanzien worden. Een mogelijke verklaring voor deze meer negatieve houding zou kunnen zijn dat wanneer het nut, de waarde en vooral de effectiviteit van suïcidepreventie wordt benadrukt, ziekenhuispersoneel minder snel geneigd is om suïcide als 'een recht' te bestempelen. Gemiddeld een half jaar na de training was dit effect sterk afgezwakt en bijgevolg niet langer significant.

Attitudefactor 2: Onbegrip

Tijdens de voormeting waren de meningen van spoedverpleegkundigen erg verdeeld ten aanzien van de 'onbegripitems'. Ruim 13% respectievelijk 28% vond dat zelfmoord niet goed te praten valt en kon moeilijk begrijpen dat sommige mensen tot zelfmoord overgaan. De stelling dat vooral zelfmoord onder jongeren moeilijk te begrijpen valt, werd door bijna de helft van de respondenten onderschreven.

Na de training was er een zeer geringe, niet significante stijging van de somscore of attitudefactor 2, hetgeen een meer begripsvolle attitude jegens suïcide vertegenwoordigt. Deze verbetering werd tijdens de tweede nameting bestendigd maar was niet significant.

Attitudefactor 3: Hulpbereidheid

Bij 69% van de respondenten was van mening dat iedereen de plicht heeft om zelfmoord te verhinderen en 76.9% was daadwerkelijk bereid om personen in een suïcidale crisis te helpen door contact te leggen. De stelling dat zelfmoord een private zaak werd door 83.5% tegengesproken.

Onmiddellijk na de training was er een significante stijging in attitudefactor 3 (11.44 versus 12.13, p-waarde < 0.01). Deze stijging was voornamelijk te wijten aan een groter verantwoordelijkheidsgevoel ten aanzien van suïcidale patiënten (item 9 en 24). Een half jaar na de training waren deze effecten enigszins afgezwakt.

Attitudefactor 4: Suicide als overgave

Bijna de helft van de spoedverpleegkundigen kon zich vinden in de stelling dat zelfmoord een opluchting kan betekenen voor de betrokkenen en ruim één op vier spoedverpleegkundigen was het eens met de stelling dat zelfmoord in bepaalde situaties de enige redelijke oplossing kan zijn.

Onmiddellijk na de training en een half jaar later waren er geen significant verschillen in factorscore en itempercentages terug te vinden.

Attitudefactor 5: Voorkomen van zelfmoord

Ruim 27% was het eens met de stelling dat iedereen in zijn leven ooit al eens aan zelfmoord heeft gedacht.

Tijdens beide nametingen bleef dit percentage nagenoeg gelijk.

Tabel 5.6: Resultaten attitudefactoren spoedpersoneel

		<i>Voormeting</i> (<i>n</i> = 91)	<i>Nameting 1</i> (<i>n</i> = 40)	<i>Nameting 2</i> (<i>n</i> = 71)	<i>Vm-Nm 1</i> (<i>n</i> = 40)	<i>Vm-Nm 2</i> (<i>n</i> = 71)
Attitudefactor 1: Suicide als recht bij ziekte	Somscore* (min: 4, max: 20)	14.31	13.35	14.04	.028	Ns.
5 Zelfmoord is aanvaardbaar als een manier om een einde te maken aan een ongeneeslijke ziekte	Niet mee eens Onbeslist Mee eens	30% (27) 28.9% (26) 41.1% (37)	37.5% (15) 37.5% (15) 25.0% (10)	25.7% (19) 35.1% (26) 39.2% (29)	Ns.	Ns.
29 Als iemand die ernstig en ongeneeslijk ziek is, aangeeft te willen sterven, dan moet die persoon hierbij geholpen worden	Niet mee eens Onbeslist Mee eens	3.3% (3) 26.7% (24) 70.0% (63)	27.5% (11) 40.0% (16) 32.5% (13)	12.2% (9) 25.7% (19) 62.2% (46)	.001	Ns.
32 Ik kan begrijpen dat mensen die aan een ernstige en ongeneeslijke ziekte lijden, zelfmoord willen plegen	Niet mee eens Onbeslist Mee eens	7.7% (7) 7.7% (7) 84.6% (77)	5.0% (2) 5.0% (2) 90.0% (36)	2.7% (2) 10.8% (8) 86.5% (64)	Ns.	Ns.
34 Mensen hebben het recht om hun leven te beëindigen	Niet mee eens Onbeslist Mee eens	14.3% (13) 30.8% (28) 54.9% (50)	17.5% (7) 27.5% (11) 55.0% (22)	9.5% (7) 33.8% (25) 56.8% (42)	Ns.	Ns.
Attitudefactor 2: Onbegrip	Somscore* (min: 3, max: 15)	9.54	9.80	9.99	Ns.	Ns.
2 Zelfmoord kan je nooit goedpraten	Niet mee eens Onbeslist Mee eens	57.1% (52) 29.7% (27) 13.2% (12)	62.5% (25) 15.0% (6) 22.5% (9)	57.5% (42) 30.1% (22) 12.3% (9)	Ns.	Ns.

		<i>Voormeting</i>	<i>Nameting 1</i>	<i>Nameting 2</i>	<i>Vm-Nm 1</i>	<i>Vm-Nm 2</i>
19 Vooral zelfmoord bij jongeren is moeilijk te begrijpen, want ze hebben nog zoveel om voor te leven	Niet mee eens	33.3% (30)	45.0% (18)	41.9% (31)	Ns.	Ns.
	Onbeslist	18.9% (17)	12.5% (5)	23.0% (17)		
	Mee eens	47.8% (43)	42.5% (17)	35.1% (26)		
27 Algemeen beschouwd, kan ik niet goed begrijpen dat sommige mensen zelfmoord plegen	Niet mee eens	47.3% (43)	60.0% (24)	56.2% (41)	Ns.	Ns.
	Onbeslist	24.2% (22)	5.0% (2)	23.3% (17)		
	Mee eens	28.6% (26)	35.0% (14)	20.5% (15)		
Attitdefactor 3: Hulpbereidheid	Somscore* (min: 3, max: 15)	11.44	12.13	11.51	.004	Ns.
9 Iedereen heeft de plicht om te verhinderen dat iemand zelfmoord pleegt	Niet mee eens	14.3% (13)	5.0% (2)	13.5% (10)	.058	Ns.
	Onbeslist	19.8% (18)	12.5% (5)	27.0% (20)		
	Mee eens	65.9% (60)	82.5% (33)	59.5% (44)		
24 Als iemand zelfmoord wil plegen, is dat een private zaak waar wij ons niet mee moeten moeien.	Niet mee eens	83.5% (76)	95.0% (38)	86.5% (64)	Ns.	Ns.
	Onbeslist	11.0% (10)	2.5% (1)	12.2% (9)		
	Mee eens	5.5% (5)	2.5% (1)	1.4% (1)		
30 Ik ben bereid om een persoon die een suïcidale crisis doormaakt, te helpen door contact te leggen.	Niet mee eens	1.1% (1)	2.5% (1)	6.8% (5)	Ns.	Ns.
	Onbeslist	22.0% (20)	12.5% (5)	6.8% (5)		
	Mee eens	76.9% (70)	85.0% (34)	86.5% (64)		

		<i>Voormeting</i>	<i>Nameting 1</i>	<i>Nameting 2</i>	<i>Vm-Nm 1</i>	<i>Vm-Nm 2</i>
Attitdefactor 4: Suicide als overgave	Somscore* (min: 2, max: 10)	5.72	5.70	5.66	Ns.	Ns.
16 Er kunnen situaties zijn waarin zelfmoord de enige redelijke oplossing is.	Niet mee eens Onbeslist Mee eens	54.9% (50) 18.7% (17) 26.4% (24)	62.5% (25) 7.5% (3) 30.0% (12)	55.4% (41) 18.9% (14) 25.7% (19)	Ns.	Ns.
18 Zelfmoord kan een opluchting betekenen voor de betrokkenen.	Niet mee eens Onbeslist Mee eens	34.8% (31) 15.7% (14) 49.4% (44)	40.0% (16) 5.0% (2) 55.0% (22)	32.4% (24) 28.4% (21) 39.2% (29)	Ns.	Ns.
Attitdefactor 5: Suïcidale gedachten	Somscore* (min. 1, max. 5)	2.75	2.65	2.68	Ns.	Ns.
15 Iedereen heeft ooit in zijn leven al eens aan zelfmoord gedacht	Niet mee eens Onbeslist Mee eens	44.0% (40) 28.6% (26) 27.5% (25)	45.0% (18) 35.0% (14) 20.0% (8)	43.2% (32) 35.1% (26) 21.6% (16)	Ns.	Ns.

* Hogere score wijst op meer positieve attitude

ATTITUDE PSI-PERSONEEL

De resultaten staan gepresenteerd in tabel 5.7.

Attitdefactor 1: Suicide als een recht bij ziekte.

Tijdens de voormeting gaf 86% van het psychiatrisch geschoolde personeel aan dat ze konden begrijpen dat mensen die aan een ongeneeslijke ziekte lijden, zelfmoord willen plegen. De helft van dit personeel vond dat deze personen hierbij geholpen moeten kunnen worden. Ruim 60% was van mening dat mensen het recht hebben om hun leven te beëindigen en een derde vond zelfmoord aanvaardbaar bij een ongeneeslijke ziekte.

Onmiddellijk na de training was er een significante daling van de somscore op attitdefactor 1, hetgeen een meer negatieve attitude vertegenwoordigt ten aanzien van de algemene factorstelling dat suïcide als een recht bij ziekte kan aanzien worden. Hetzelfde resultaat werd gevonden bij het spoedpersoneel. Voor een mogelijke verklaring kan bijgevolg dezelfde redenering gevolgd worden. Analoog aan de situatie bij het spoedpersoneel, was dit effect afgezwakt tijdens de tweede nameting.

Attitdefactor 2: Onbegrip

Tussen 57.1% en 68.2% van het psi-personeel was het niet eens met de stelling dat zelfmoord nooit kan worden goedgepraat, dat zelfmoorden in het algemeen en bij jongeren in het bijzonder moeilijk te begrijpen zijn, en vertoonde aldus een erg begripvolle attitude jegens suïcidaal gedrag.

Onmiddellijk na de training was er een zeer geringe, niet significante daling van de somscore op attitdefactor 2. Op het tijdstip van de tweede nameting keerde dit om en duiden de resultaten op een gunstige attitudeverandering ten opzichte van de situatie voor de training (niet significant).

Attitdefactor 3: Hulpbereidheid

Binnen de groep psychiatrisch geschoolden was 47.7% van de respondenten het eens met de stelling dat iedereen de plicht heeft om zelfmoord te verhinderen. In de groep spoedverpleegkundigen was dit percentage 65.9%. Ruim 96% gaf aan bereid te zijn om personen in een suïcidale crisis te helpen door contact te leggen; 84.4% vond niet dat zelfmoord aanzien moet worden als een private zaak.

Na de training scoorden respondenten significant hoger op attitdefactor 3, hetgeen een grotere hulpbereidheid vertegenwoordigt (11.55 versus 12.77, p-waarde < 0.01). Dit effect werd bestendigd tijdens de follow-upmeting (11.55 versus 12.43, p-waarde < 0.01).

Attitudefactor 4: Suicide als overgave

Eén op vijf psychiatrisch geschoolden was het niet eens met de stelling dat zelfmoord een opluchting kan betekenen voor de betrokkenen; één op drie was het oneens met de stelling dat zelfmoord in bepaalde situaties de enige redelijke oplossing kan zijn.

Onmiddellijk na de training en gemiddeld een half jaar nadien was er geen significant verschil in factorscore en itempercentages.

Attitudefactor 5: Vóórkomen van zelfmoord

44% was het niet eens met de stelling dat iedereen in zijn leven ooit al eens aan zelfmoord heeft gedacht, 27.5% was het hier wel mee eens. Onmiddellijk na de training en een half jaar erna bleven de percentageverdelingen en somscores nagenoeg gelijk.

■ ALGEMEEN

De test voor herhaalde metingen toonde, over de gehele onderzoeksperiode bekeken, geen significante veranderingen in attitudefactoren aan. Er werd opnieuw geen interactie-effect teruggevonden tussen functiegroep en effect training, hetgeen betekent dat het effect van de training op verbetering van attitudes voor alle functiegroepen nagenoeg gelijk was.

Ten aanzien van attitudefactor1 (suicide als recht bij ziekte) scoorden sociaal werkers significant negatiever bij voor- en nameting dan de overige functiegroepen (spoedpersoneel, psychiatrisch verpleegkundigen, psychiaters/psychologen). Ten aanzien van attitudefactor 4 (suicide als overgave) scoorden psychiatrisch verpleegkundigen significant positiever dan spoedpersoneel en sociaal werkers.

Ervaring met het IPEO, had geen invloed op het verschil in attitudescores tussen voor- en nameting 2.

Tabel 5.7: Resultaten attitudefactoren Psi-personeel

		<i>Voormeting</i> (<i>N</i> = 44)	<i>Nameting 1</i> (<i>N</i> = 32)	<i>Nameting 2</i> (<i>N</i> = 35)	<i>Vm-Nm 1</i> (<i>N</i> = 32)	<i>Vm-Nm 2</i> (<i>N</i> = 35)
Attitudefactor 1: Suicide als recht bij ziekte	Somscore* (min: 4, max: 20)	13.83	12.92	13.63	.008	Ns.
5 Zelfmoord is aanvaardbaar als een manier om een einde te maken aan een ongeneeslijke ziekte	Niet mee eens Onbeslist Mee eens	34.1% (15) 34.1% (15) 31.8% (14)	46.9% (15) 31.3% (10) 21.9% (7)	34.3% (12) 28.6% (10) 37.1% (13)	Ns.	Ns.
29 Als iemand die ernstig en ongeneeslijk ziek is, aangeeft te willen sterven, dan moet die persoon hierbij geholpen worden	Niet mee eens Onbeslist Mee eens	6.8% (3) 43.2% (19) 50.0% (22)	28.1% (9) 40.6% (13) 31.3% (10)	20.0% (7) 31.4% (11) 48.6% (17)	.039	Ns.
32 Ik kan begrijpen dat mensen die aan een ernstige en ongeneeslijke ziekte lijden, zelfmoord willen plegen	Niet mee eens Onbeslist Mee eens	4.7% (2) 9.3% (4) 86.0% (37)	9.4% (3) 21.9% (7) 68.8% (22)	2.9% (1) 17.1% (6) 80.0% (28)	.008	Ns.
34 Mensen hebben het recht om hun leven te beëindigen	Niet mee eens Onbeslist Mee eens	9.3% (4) 30.2% (13) 60.5% (26)	6.3% (2) 40.6% (13) 53.1% (17)	8.6% (3) 28.6% (10) 62.9% (22)	Ns.	Ns.
Attitudefactor 2: Onbegrip	Somscore* (min: 3, max: 15)	10.88	10.59	11.14	Ns.	Ns.
2 Zelfmoord kan je nooit goedpraten	Niet mee eens Onbeslist Mee eens	63.6% (28) 25.0% (11) 11.4% (5)	46.9% (15) 28.1% (9) 25.0% (8)	68.6% (24) 28.6% (10) 2.9% (1)	Ns.	Ns.

		<i>Voormeting</i>	<i>Nameting 1</i>	<i>Nameting 2</i>	<i>Vm-Nm 1</i>	<i>Vm-Nm 2</i>
19 Vooral zelfmoord bij jongeren is moeilijk te begrijpen, want ze hebben nog zoveel om voor te leven	Niet mee eens Onbeslist Mee eens	57.1% (24) 21.4% (9) 21.4% (9)	65.6% (21) 6.3% (2) 28.1% (9)	60.0% (21) 20.0% (7) 20.0% (7)	Ns.	Ns.
27 Algemeen beschouwd, kan ik niet goed begrijpen dat sommige mensen zelfmoord plegen	Niet mee eens Onbeslist Mee eens	68.2% (30) 25.0% (11) 6.8% (3)	68.8% (22) 18.8% (6) 12.5% (4)	82.9% (29) 8.6% (3) 8.6% (3)	Ns.	.084
Attitodefactor 3: Hulpbereidheid	Somscore* (min: 3, max: 15)	11.55	12.77	12.43	.001	.002
9 Iedereen heeft de plicht om te verhinderen dat iemand zelfmoord pleegt	Niet mee eens Onbeslist Mee eens	31.8% (14) 20.5% (9) 47.7% (21)	9.7% (3) 16.1% (5) 74.2% (23)	17.1% (6) 22.9% (8) 60.0% (21)	.024	Ns.
24 Als iemand zelfmoord wil plegen, is dat een private zaak waar wij ons niet mee moeten moeien.	Niet mee eens Onbeslist Mee eens	84.1% (37) 15.9% (7) 0.0% (0)	96.6% (31) 3.1% (1) 0.0% (0)	94.3% (33) 5.7% (2) 0.0% (0)	.079	Ns.
30 Ik ben bereid om een persoon die een suïcidale crisis doormaakt, te helpen door contact te leggen.	Niet mee eens Onbeslist Mee eens	0.0% (0) 6.8% (3) 93.2% (41)	3.1% (1) 3.1% (1) 93.8% (30)	0.0% (0) 2.9% (1) 97.1% (34)	Ns.	Ns.

		<i>Voormeting</i>	<i>Nameting 1</i>	<i>Nameting 2</i>	<i>Vm-Nm 1</i>	<i>Vm-Nm 2</i>
Attitdefactor 4: Suicide als overgave	Somscore* (min: 2, max: 10)	6.50	6.09	6.60	Ns.	Ns.
16 Er kunnen situaties zijn waarin zelfmoord de enige redelijke oplossing is.	Niet mee eens Onbeslist Mee eens	32.6% (14) 23.3% (10) 44.2% (19)	40.6% (13) 25.0% (8) 34.4% (11)	37.1% (13) 28.6% (10) 34.3% (12)	Ns.	Ns.
18 Zelfmoord kan een opluchting betekenen voor de betrokkenen.	Niet mee eens Onbeslist Mee eens	19.0% (8) 19.0% (8) 61.9% (26)	25.0% (8) 28.1% (9) 46.9% (15)	14.3% (5) 14.3% (5) 71.4% (25)	Ns.	Ns.
Attitdefactor 5: Suïcidale gedachten	Somscore* (min. 1, max. 5)	2.86	2.66	2.83	Ns.	Ns.
15 Iedereen heeft ooit in zijn leven al eens aan zelfmoord gedacht	Niet mee eens Onbeslist Mee eens	39.5% (14) 27.9% (10) 32.6% (19)	46.9% (15) 21.9% (7) 31.3% (10)	48.6% (17) 20.0% (7) 31.4% (11)	Ns.	Ns.

* Hogere score wijst op meer positieve attitude

■ PERSOONLIJKE ITEMS SPOEDPERSONEEL

De resultaten staan gepresenteerd in tabel 5.8.

Persoonlijke factor 1: Suïcide bij ziekte

Tijdens de voormeting gaf 37.4% van de spoedverpleegkundigen aan dat hij of zij zelfmoord zou overwegen wanneer geconfronteerd met een ongeneeslijke ziekte en 30.8% zou hierbij tevens geholpen willen worden. Onmiddellijk en een half jaar na de training veranderden deze percentages weinig.

Persoonlijke factor 2: Omgeving

Meer dan zes op tien spoedverpleegkundigen was het eens met de stelling dat zelfmoord één van de ergste dingen is die men zijn familie kan aandoen; 52.7% vond dat de meest mensen het onderwerp van suïcide bewust vermijden. Onmiddellijk na de training waren er significant meer spoedverpleegkundigen (82.5%) die het met deze laatste stelling eens waren. De somscores van nameting 1 en 2 verschilden niet significant van de somscore behaald tijdens de voormeting.

Persoonlijke factor 3: Eigen inschatting

Voor de training gaf 16.7% van de spoedverpleegkundigen aan dat eenzaamheid voor hun een motief zou kunnen zijn om suïcidaal gedrag te stellen; onmiddellijk na de training lag dit percentage significant hoger (45%). Het aantal spoedverpleegkundigen dat zichzelf in staat achtte om de wens tot zelfmoord te uiten zonder dit te menen, was voor en na de training nagenoeg gelijk: 14.6%, 17.5% en 14.1%.

Tabel 5.8: Resultaten persoonlijke factoren spoedpersoneel

<i>Factoren persoonlijke items</i>		<i>Voormeting</i>	<i>Nameting 1</i>	<i>Nameting 2</i>	<i>Vm-Nm 1</i>	<i>Vm-Nm 2</i>
1. Suïcide bij ziekte	Somscore (min: 2, max: 10)	6.25	6.18	6.23	Ns.	Ns.
20 Ik zou zelfmoord overwegen indien ik zou lijden aan een ernstige ongeneeslijke ziekte	Niet mee eens Onbeslist Mee eens	24.2% (22) 38.5% (35) 37.4% (34)	17.5% (7) 50.0% (20) 32.5% (13)	17.6% (13) 48.6% (36) 33.8% (25)	Ns.	Ns.
36 Wanneer ikzelf aan een ernstige ongeneeslijke ziekte zou lijden, zou ik graag geholpen worden om zelfmoord te plegen	Niet mee eens Onbeslist Mee eens	26.4% (24) 42.9% (39) 30.8% (28)	22.5% (9) 57.5% (23) 20.0% (8)	23.3% (17) 50.7% (37) 26.0% (19)	Ns.	Ns.
2. Omgeving	Somscore (min: 2, max: 10)	6.73	7.03	6.58	Ns.	Ns.
23 In een gesprek, vermijden de meeste mensen het onderwerp zelfmoord.	Niet mee eens Onbeslist Mee eens	28.6% (26) 18.7% (17) 52.7% (48)	7.5% (3) 10.0% (4) 82.5% (33)	21.6% (16) 18.9% (14) 59.5% (44)	.000	Ns.
3 Zelfmoord plegen is één van de ergste dingen die men zijn familie kan aandoen	Niet mee eens Onbeslist Mee eens	26.7% (24) 11.1% (10) 62.2% (56)	37.5% (15) 12.5% (5) 50.0% (20)	29.7% (22) 25.7% (19) 44.6% (33)	Ns.	Ns.

3. Eigen inschatting	Somscore (min: 2, max: 10)	4.41	5.25	4.77	.003	.029
17 Ik acht mijzelf in staat te zeggen dat ik zelfmoord wil plegen zonder het echt te menen.	Niet mee eens	62.6% (57)	65.0% (26)	59.5% (44)	Ns.	Ns.
	Onbeslist	23.1% (21)	17.5% (7)	27.0% (20)		
	Mee eens	14.3% (13)	17.5% (7)	13.5% (10)		
14 Eenzaamheid zou voor mij een reden kunnen zijn om zelfmoord te plegen.	Niet mee eens	70.0% (63)	40.0% (16)	58.1% (40)	.001	Ns.
	Onbeslist	13.3% (12)	15.0% (6)	24.3% (18)		
	Mee eens	16.7% (15)	45.0% (18)	17.6% (13)		

■ PERSOONLIJKE ITEMS PSI-PERSONEEL

De resultaten staan gepresenteerd in tabel 5.9.

Persoonlijke factor 1: Suïcide bij ziekte

Voor de training rapporteerde 25.6% van het psychiatrisch geschoold personeel dat hij of zij zelfmoord zou overwegen wanneer geconfronteerd met een ongeneeslijke ziekte en 11.6% zou hierbij tevens geholpen willen worden. Meer dan de helft van respondenten had geen mening over beide stellingen. Na de training waren de meningen meer uitgesproken en waren meer respondenten het eens of niet eens met de stellingen, doch geen significante wijzingen in percentages. De antwoorden op de tweede nameting benaderden opnieuw de resultaten van de voormeting.

Persoonlijke factor 2: Omgeving

Iets meer dan 60% van het psychiatrisch geschoold personeel was het eens met de stelling dat zelfmoord één van de ergste dingen is die men zijn familie kan aandoen; iets minder dan 60% vond dat de meest mensen het onderwerp van suïcide bewust vermijden. Tijdens beide nametingen veranderden deze percentages slechts weinig.

Persoonlijke factor 3: Eigen inschatting

Ruim 65% van het psi-personeel gaf aan dat eenzaamheid voor hun een motief zou kunnen zijn om suïcidaal gedrag te stellen; 56% achtte zichzelf in staat om de wens tot zelfmoord te uiten zonder dit te menen. Onmiddellijk na de training en een half jaar nadien bleven deze percentages nagenoeg gelijk.

■ CONCLUSIE

De antwoorden op de persoonlijke factoren veranderden gedurende de gehele onderzoeksperiode slechts weinig, zowel voor spoed- als voor psi-personeel.

Tabel 5.9: Resultaten persoonlijke factoren psi-personeel

<i>Factoren persoonlijke items</i>		<i>Voormeting</i> (<i>N = 44</i>)	<i>Nameting 1</i> (<i>N = 32</i>)	<i>Nameting 2</i> (<i>N = 35</i>)	<i>Vm-Nm 1</i> (<i>N = 32</i>)	<i>Vm-Nm 2</i> (<i>N = 35</i>)
1. Suïcide bij ziekte	Somscore (min: 2, max: 10)	5.77	5.31	5.83	Ns.	Ns.
20 Ik zou zelfmoord overwegen indien ik zou lijden aan een ernstige ongeneeslijke ziekte	Niet mee eens Onbeslist Mee eens	20.9% (9) 53.5% (23) 25.6% (11)	40.6% (13) 40.6% (13) 18.8 (6)	20.0% (7) 62.9% (22) 17.1% (6)	Ns.	Ns.
36 Wanneer ikzelf aan een ernstige ongeneeslijke ziekte zou lijden, zou ik graag geholpen worden om zelfmoord te plegen	Niet mee eens Onbeslist Mee eens	32.6% (14) 55.8% (24) 11.6% (5)	46.9% (15) 37.5% (12) 15.6% (5)	31.4% (11) 54.3% (19) 14.3% (5)	Ns.	Ns.
2. Omgeving	Somscore* (min: 2, max: 10)	6.84	6.75	7.29	Ns.	Ns.
23 In een gesprek, vermijden de meeste mensen het onderwerp zelfmoord.	Niet mee eens Onbeslist Mee eens	27.3% (12) 6.8% (3) 65.9% (29)	21.9% (7) 9.4% (3) 68.8% (22)	20.0% (7) 2.9% (1) 77.1% (27)	Ns.	Ns.
3 Zelfmoord plegen is één van de ergste dingen die men zijn familie kan aandoen	Niet mee eens Onbeslist Mee eens	20.5% (9) 20.5% (9) 59.1% (26)	18.8% (6) 31.3% (10) 50.0% (16)	14.3% (5) 17.1% (6) 68.6% (24)	Ns.	Ns.

3. Eigen inschatting	Somscore (min: 2, max: 10)	4.74	4.84	4.83	Ns.	Ns.
17 Ik acht mijzelf in staat te zeggen dat ik zelfmoord wil plegen zonder het echt te menen.	Niet mee eens	65.1% (28)	68.8% (22)	68.6% (24)	Ns.	Ns.
	Onbeslist	20.9% (9)	15.6% (5)	20.0% (7)		
	Mee eens	14.0% (6)	15.6% (5)	11.4% (4)		
14 Eenzaamheid zou voor mij een reden kunnen zijn om zelfmoord te plegen.	Niet mee eens	55.8% (24)	50.0% (16)	51.4% (18)	Ns.	Ns.
	Onbeslist	27.9% (12)	31.3% (10)	34.3% (12)		
	Mee eens	16.3% (7)	18.8% (6)	14.3% (5)		

5.1.3 RESULTATEN EIGENEFFECTIVITEIT

De score op eigeneffectiviteit kon lopen van 10 (lage eigeneffectiviteit) tot 40 (hoge eigeneffectiviteit). Eigeneffectiviteit wordt omschreven als de mate waarin een individu denkt een bepaald gedrag daadwerkelijk tot uitvoering te kunnen brengen.

■ SPOEDPERSONEEL

Voor de training scoorden de spoedverpleegkundigen gemiddeld 23.90 op eigeneffectiviteit (zie tabel 5.10). Voor 7 van de 10 effectiviteitsstellingen gold dat meer dan de helft van de spoedverpleegkundigen (52.8% tot 80.2%) via hun antwoord liet blijken zich niet voldoende vaardig te voelen in de omgang met suïcidale patiënten. De overige drie stellingen handelden voornamelijk over het in staat zijn om empathisch en meevoelend te reageren op en te communiceren met suïcidepogers: 52.3% tot 61.4% voelde zich in staat hiervoor.

Onmiddellijk na de training lagen de scores op eigeneffectiviteit significant hoger dan voor de training (23.91 versus 26.64, p-waarde < 0.05). Voor 5 van 7 vragen die tijdens de voormeting door meer dan de helft van de respondenten eerder negatief werden beoordeeld, keerde de situatie om en voelde de meerderheid van de respondenten zich eerder wel dan niet vaardig in het opvangen van suïcidepogers (60.5% tot 76.9%). Een half jaar later was er geen significante stijging in eigeneffectiviteitsgevoel ten opzichte van nameting 1, de verhoging ten opzicht van de voormeting bleef behouden (23.91 versus 25.20, p-waarde < 0.01)

■ PSI-PERSONEEL

Het psychiatrisch geschoolde personeel scoorde gemiddeld 30.97 op eigeneffectiviteit (psychiatrisch verpleegkundigen 30.84, psychiater/psycholoog 32.89, sociaal werkers 26.67) (zie tabel 5.11). Ten aanzien van 8 van de 10 effectiviteitsstellingen voelde meer dan $\frac{3}{4}$ van het psi-personeel zich eerder tot erg vaardig in het omgaan met suïcidale patiënten (79.1% tot 90.9%).

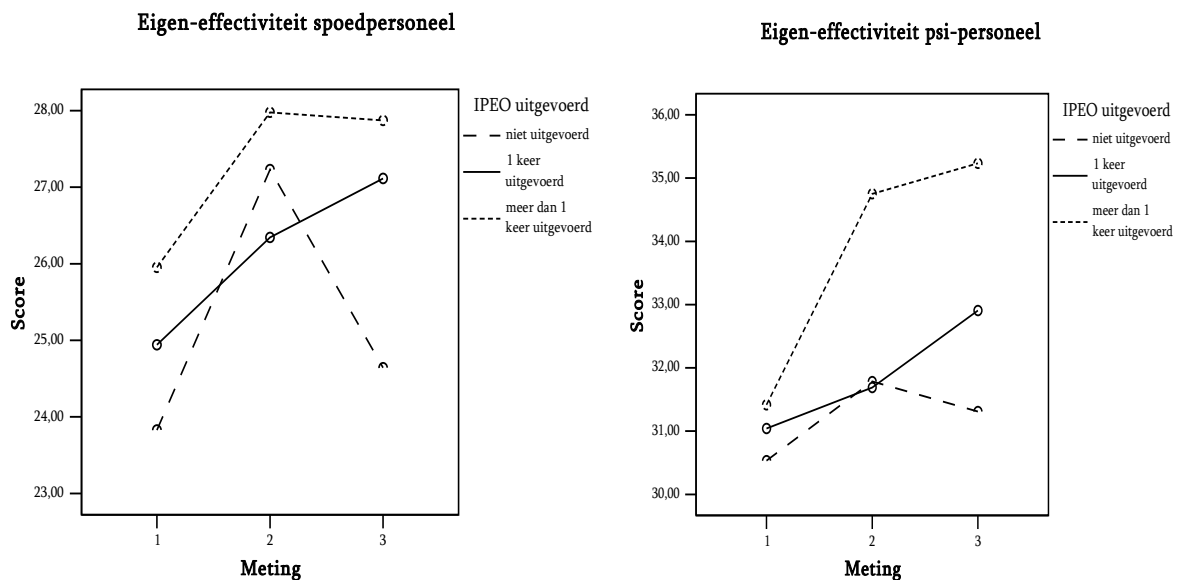
Onmiddellijk na de training was er echter nog een significante verbetering van de ervaren eigeneffectiviteit (30.97 versus 33.04, p-waarde: 0.01). Deze verbetering werd tijdens de follow-upmeting, tegen het einde van de looptijd van het project, bestendigd (30.97 versus 33.11, p-waarde: 0.001). Het eigeneffectiviteitsgevoel was ten opzichte van de eerste nameting zelfs nog lichtjes toegenomen (33.04 versus 33.11, niet significant).

Vergeleken met de situatie voor de opstart van de PEO-procedure voelde het psychiatrisch geschoolde personeel zich naar het einde van het project toe beter in staat om passende hulpverlening te bieden aan suïcidepogers en meer sociaal vaardig om het psychische lijden van een suïcidepogers te verzachten.

ALGEMEEN

De test voor herhaalde metingen toonde (over alle functiegroepen heen) een significante toename in eigeneffectiviteitscore aan. Psychiaters/psychologen en psychiatisch verpleegkundigen scoorden bij alle metingen significant hoger op ervaren eigeneffectiviteit dan spoedverpleegkundigen en sociaal werkers.

Er werd geen significant verschil genoteerd in effectiviteitscore ten tijde van de tweede nameting tussen spoed/psi-personeel dat wel en spoed/psi-personeel dat geen ervaring had opgedaan met het gebruik van het IPEO. Hierbij werd gecorrigeerd voor het verschil in baselinescore. Men kan immers vermoeden dat in een aantal situaties vooral de personeelsleden die reeds enige vertrouwdheid hadden met de opvang van suïcidepogers, sneller geneigd waren om de afname van het IPEO op zich te nemen. Figuur 5.1 en 5.2 tonen dit tevens aan: personeelsleden die één of meerdere keren met het IPEO hadden gewerkt, scoorden bij aanvang van het project reeds hoger op eigeneffectiviteit dan de personeelsleden die niet met het IPEO hadden gewerkt. Beide figuren tonen daarnaast aan dat in de groep personeelsleden die niet met het IPEO had gewerkt, de ervaren eigeneffectiviteit na nameting 1 (onmiddellijk na de training) opnieuw afnam, terwijl deze zelfde score behouden was gebleven of lichtjes was toegenomen bij de personeelsleden die één of meerdere keren met het IPEO hadden gewerkt.



Tabel 5.10: Resultaten eigeneffectiviteit spoedpersoneel

Eigeneffectiviteit		Voormeting (n = 91)	Nameting 1 (n = 40)	Nameting 2 (n = 73)	Vm-Nm 1 (n = 40)	Vm-Nm 2 (n = 73)
Somscore eigeneffectiviteit		23.91	26.64	25.20	.014	.004
1. Ik beschik over de noodzakelijke sociale vaardigheden om de psychische pijn van een suïcidepoger te verzachten	Helemaal nt waar Nauwelijks waar Deels waar Helemaal waar	5.6% (5) 47.2% (42) 43.8% (39) 3.4% (3)	7.5% (3) 20.0% (8) 70.0% (28) 2.5% (1)	6.9% (5) 33.3% (24) 56.9% (41) 2.8% (2)	.080	Ns.
2. Ik vind het gemakkelijk om een suïcidepoger op te vangen.	Helemaal nt waar Nauwelijks waar Deels waar Helemaal waar	29.7% (27) 50.5% (46) 19.8% (18) 0.0% (0)	17.5% (7) 47.5% (19) 35.0% (14) 0.0% (0)	26.0% (19) 47.9% (35) 26.0% (19) 0.0% (0)	.028	Ns.
3. Ik ben in staat om passende hulpverlening te bieden aan een suïcidepoger	Helemaal nt waar Nauwelijks waar Deels waar Helemaal waar	13.5% (12) 48.3% (43) 37.1% (33) 1.1% (1)	7.7% (3) 15.4% (6) 76.9% (30) 0.0% (0)	5.5% (4) 42.5% (31) 50.7% (37) 1.4% (1)	.002	.045
4. Ik vind het moeilijk om empathisch te reageren op en begrip te tonen voor een suïcidepoger.	Helemaal nt waar Nauwelijks waar Deels waar Helemaal waar	15.6% (14) 35.6% (32) 45.6% (41) 3.3% (3)	15.0% (6) 35.0% §14) 45.0% (18) 5.0% (2)	12.3% (9) 46.6% (34) 38.4% (28) 2.7% (2)	Ns.	Ns.
5. Ik kan iemand beter doen voelen, hoe neerslachtig die persoon ook is.	Helemaal nt waar Nauwelijks waar	5.6% (5) 56.2% (50)	5.3% (2) 34.2% (13)	2.8% (2) 47.9% (34)	Ns.	Ns.

	Deels waar	37.1% (33)	60.5% (23)	49.3% (35)		
	Helemaal waar	1.1% (1)	0.0% (0)	0.0% (0)		
6. Ik voel mij onwennig wanneer ik een suïcidepoging moet opvangen.	Helemaal niet waar	8.9% (8)	7.5% (3)	13.9% (10)	Ns.	Ns.
	Nauwelijks waar	23.3% (21)	40.0% (16)	29.2% (21)		
	Deels waar	56.7% (51)	47.5% (19)	48.6% (35)		
	Helemaal waar	11.1% (10)	5.0% (2)	8.3% (6)		
7. Ik beschik over voldoende inlevingsvermogen om tegemoet te komen aan de hulpbehoeften van een suïcidepoging	Helemaal niet waar	4.5% (4)	5.0% (2)	1.4% (1)	Ns.	.075
	Nauwelijks waar	34.1% (30)	15.0% (6)	23.3% (17)		
	Deels waar	58.0% (51)	75.0 (30)	65.8% (48)		
	Helemaal waar	3.4% (3)	5.0% (2)	9.6% (7)		
8. Ik heb er vertrouwen in dat ik over voldoende vaardigheden beschik om met een suïcidepoging op een correcte manier te communiceren	Helemaal niet waar	8.9% (8)	2.5% (1)	2.7% (2)	Ns.	Ns.
	Nauwelijks waar	48.9% (44)	35.0% (14)	45.2% (33)		
	Deels waar	38.9% (35)	62.5% (25)	47.9% (35)		
	Helemaal waar	3.3% (3)	0.0% (0)	4.1% (3)		
9. Ik ben niet de geschikte persoon om tegemoet te komen aan de emotionele behoeften van patiënten die zich in een suïcidale crisis bevinden.	Helemaal niet waar	9.9% (9)	10.0% (4)	16.4% (12)	Ns.	Ns.
	Nauwelijks waar	36.3% (33)	55.0% (22)	37.0% (27)		
	Deels waar	45.1% (41)	27.5% (11)	41.1% (30)		
	Helemaal waar	8.8% (8)	7.5% (3)	5.5% (4)		
10. Ik beschik over voldoende communicatievaardigheden om iemand die in een suïcidale crisis zit, moed in te spreken.	Helemaal niet waar	4.4% (4)	2.5% (1)	5.6% (4)	Ns.	Ns.
	Nauwelijks waar	41.1% (37)	32.5% (13)	37.5% (27)		
	Deels waar	51.1% (46)	65.0% (26)	54.2% (39)		
	Helemaal waar	3.3% (3)	0.0% (0)	2.8% (2)		

Tabel 5.11: Resultaten eigeneffectiviteit psi-personeel

Eigeneffectiviteit		<i>Voormeting</i> (<i>n</i> = 44)	<i>Nameting 1</i> (<i>n</i> = 32)	<i>Nameting 2</i> (<i>n</i> = 34)	<i>Vm-Nm 1</i> (<i>n</i> = 32)	<i>Vm-Nm 2</i> (<i>n</i> = 3)
Somscore eigeneffectiviteit		30.97	33.04	33.11	.010	.001
1. Ik beschik over de noodzakelijke sociale vaardigheden om de psychische pijn van een suïcidepoger te verzachten	Helemaal nt waar	0.0% (0)	0.0% (0)	0.0% (0)	Ns.	.024
	Nauwelijks waar	9.1% (4)	3.1% (1)	2.9% (1)		
	Deels waar	77.3% (34)	65.6% (21)	67.6% (23)		
	Helemaal waar	13.6% (6)	31.3% (10)	29.4% (10)		
2. Ik vind het gemakkelijk om een suïcidepoger op te vangen.	Helemaal nt waar	4.7% (2)	0.0% (0)	0.0% (0)	Ns.	Ns.
	Nauwelijks waar	32.6% (14)	21.9% (7)	17.6% (6)		
	Deels waar	55.8% (24)	59.4% (19)	67.6% (23)		
	Helemaal waar	7.0% (3)	18.8% (6)	14.7% (5)		
3. Ik ben in staat om passende hulpverlening te bieden aan een suïcidepoger	Helemaal nt waar	0.0% (0)	0.0% (0)	0.0% (0)	Ns.	.001
	Nauwelijks waar	9.1% (4)	6.3% (2)	0.0% (0)		
	Deels waar	79.5% (35)	68.7% (22)	61.8% (21)		
	Helemaal waar	11.4% (5)	25.0% (8)	38.2% (13)		
4. Ik vind het moeilijk om empathisch te reageren op en begrip te tonen voor een suïcidepoger.	Helemaal nt waar	54.5% (24)	56.3% (18)	73.5% (25)	Ns.	Ns.
	Nauwelijks waar	27.3% (12)	28.1% (9)	17.6% (6)		
	Deels waar	15.9% (7)	15.6% (5)	2.9% (1)		
	Helemaal waar	2.3% (1)	0.0% (0)	5.9% (2)		
5. Ik kan iemand beter doen voelen, hoe neerslachtig die persoon ook is.	Helemaal nt waar	0.0% (0)	0.0% (0)	0.0% (0)	.000	.073
	Nauwelijks waar	41.9% (18)	6.3% (2)	24.2% (8)		

	Deels waar	58.1% (25)	84.4% (27)	66.7% (22)		
	Helemaal waar	0.0% (0)	9.4% (3)	9.1% (3)		
6. Ik voel mij onwennig wanneer ik een suïcidepogger moet opvangen.	Helemaal nt waar	34.9% (15)	50.0% (15)	54.5% (18)	Ns.	Ns.
	Nauwelijks waar	44.2% (19)	26.7% (8)	30.3% (10)		
	Deels waar	20.9% (9)	23.3% (7)	9.1% (3)		
	Helemaal waar	0.0% (0)	0.0% (0)	6.1% (2)		
7. Ik beschik over voldoende inlevingsvermogen om tegemoet te komen aan de hulpbehoeften van een suïcidepogger	Helemaal nt waar	2.3% (1)	3.1% (1)	0.0% (0)	Ns.	Ns.
	Nauwelijks waar	11.4% (5)	6.3% (2)	0.0% (0)		
	Deels waar	31.8% (14)	21.9% (7)	55.9% (19)		
	Helemaal waar	54.5% (24)	68.8% (22)	44.1% (15)		
8. Ik heb er vertrouwen in dat ik over voldoende vaardigheden beschik om met een suïcidepogger op een correcte manier te communiceren	Helemaal nt waar	0.0% (0)	0.0% (0)	0.0% (0)	Ns.	Ns.
	Nauwelijks waar	15.9% (7)	21.9% (7)	0.0% (0)		
	Deels waar	38.6% (17)	21.9% (7)	52.9% (18)		
	Helemaal waar	45.5% (20)	56.3% (18)	47.1% (16)		
9. Ik ben niet de geschikte persoon om tegemoet te komen aan de emotionele behoeften van patiënten die zich in een suïcidale crisis bevinden.	Helemaal nt waar	59.1% (26)	71.9% (23)	55.9% (19)	Ns.	Ns.
	Nauwelijks waar	31.8% (14)	25.0% (8)	41.2% (14)		
	Deels waar	9.1% (4)	3.1% (1)	2.9% (1)		
	Helemaal waar	0.0% (0)	0.0% (0)	0.0% (0)		
10. Ik beschik over voldoende communicatievaardigheden om iemand die in een suïcidale crisis zit, moed in te spreken.	Helemaal nt waar	2.3% (1)	3.1% (1)	2.9% (1)	.028	.042
	Nauwelijks waar	9.1% (4)	6.3% (2)	2.9% (1)		
	Deels waar	75% (33)	46.9% (15)	58.8% (20)		
	Helemaal waar	13.6% (6)	43.8% (14)	35.3% (12)		

5.1.4 CONCLUSIE

Het volgen van de training leidde zowel bij spoedpersoneel als bij psi-personeel tot een significante verbetering in kennis ten aanzien van ‘non-communicatief gedrag van suïcidale patiënten’ (factor 1), ‘preventie van suïcides/pogingen’ (factor 2), ‘de impulsiviteit van suïcides/pogingen’ (factor 3) en ‘zelfmoord als “normaal” gedrag’ (factor 4). Dit effect bleef gemiddeld zes maanden na de training bestaan voor factor 3 en 4 bij spoedpersoneel en voor factor 1 en 4 bij psi-personeel. Onmiddellijk na de trainingen was er tevens zowel bij spoedpersoneel als bij psi-personeel een significante verbetering in één attitudeaspect op te tekenen, met name de hulpbereidheid jegens suïcidale patiënten (factor 3). Dit effect bleef een half jaar na de training bestaan voor de groep van de psychiatrisch geschoolden. De antwoorden op de persoonlijke factoren veranderden gedurende de gehele onderzoeksperiode slechts weinig, zowel voor spoed als voor psi-personeel.

Betreffende het gevoel van eigeneffectiviteit werd duidelijk dat zowel spoedpersoneel als psychiatrisch geschoold personeel zich onmiddellijk na de training significant beter in staat voelde om met suïcidepoging om te gaan. Aan het einde van het project werd geen extra toename van de ervaren eigeneffectiviteit terug gevonden, de verbetering ten opzichte van de situatie voor de training bleef evenwel behouden.

De test voor herhaalde metingen wees uit dat de training over de verschillende metingen en functiegroepen heen een verbetering had teweeggebracht in kennisfactor 1, 3 en 4 en in eigen-effectiviteit. Een algemeen geldend en langdurig effect ten aanzien van attitude werd niet aangeduid. Er bleek geen interactie-effect te zijn tussen functiegroep en effect training, hetgeen betekent dat men er niet van kan uitgaan dat een bepaalde functiegroep (spoedverpleegkundigen, psychiaters/psychologen, sociaal werkers, psychiatrisch verpleegkundigen) ten aanzien van attitudebevordering, kennis- en eigeneffectiviteitsverhoging significant meer of minder baat bij de training had gehad of met andere woorden dat het effect van de training op verbetering van kennis, attitudes en eigeneffectiviteit voor alle functiegroepen nagenoeg gelijk was.

Ten aanzien van kennisfactor 1 scoorden psychiaters/psychologen significant beter bij voor- en nameting dan de overige functiegroepen (spoedpersoneel, psychiatrisch verpleegkundigen, sociaal werkers). Daarnaast rapporteerden psychiaters/psychologen en psychiatrisch verpleegkundigen tijdens alle metingen een significant hogere ervaren eigeneffectiviteit dan spoedverpleegkundigen en sociaal werkers.

Ervaring hebben opgedaan met het IPEO, had geen invloed gehad op de verandering in kennis, attitude en eigeneffectiviteit die had plaatsgevonden tussen de situatie voor en de situatie na het project. De resultaten voor eigeneffectiviteit wezen echter op een gunstige invloed van het gebruik van het IPEO op (het behoud van) de ervaren bekwaamheid.

5.2 REGISTRATIEGEVENS

Zowel voor als tijdens de ingebruikname van het instrument en hiermee samenhangende afspraken rond de organisatie van de opvang van suïcidepogers, is er een registratie gebeurd van het totale aantal suïcidepogers die zich aanmeldden in het ziekenhuis en het aantal pogers die vanuit de spoedafdeling het ziekenhuis hadden verlaten, zonder enige psychosociale evaluatie/opvang te hebben gehad.

De registratieperiode vóór de opstart van het project gold als voormeting, de registratie tijdens het project als nameting. Vier ziekenhuizen hebben een voormeting uitgevoerd. In het ziekenhuis Salvator en AZ Vesalius zijn geen voormetingen gebeurd wegens de vrij korte voorbereidingsperiode voor projectopstart. In tabel 5.12 staan de registratiegegevens van de verschillende ziekenhuizen weergegeven per maand. De donker gearceerde cellen vertegenwoordigen voormetingen.

Tabel 5.12: Registratie in deelnemende ziekenhuizen

		AZ Vesalius	ZOL	ZMK	St-Franciskus	Virga Jesse	Salvator
Oktober	Totaal # SP	7	12	11	7 ²	4	-
	'Snelle verlaters'	1	0	6	1	0	-
November	Totaal # SP	3	11	6	4	8	-
	'Snelle verlaters'	0	0	0	0	0	-
December	Totaal # SP	3	11	6	9	6	9
	'Snelle verlaters'	1	0	0	0	1	6
Januari	Totaal # SP	10	12	2	8	9	2
	'Snelle verlaters'	1	0	0	0	0	1
Februari	Totaal # SP	4	8	2	8	19	12
	'Snelle verlaters'	0	0	0	0	1	5
Maart	Totaal # SP	5	11	6	13	14	6
	'Snelle verlaters'	0	0	0	0	0	1
April	Totaal # SP	5	7	4	-	3	6
	'Snelle verlaters'	0	0	1	-	0	3

In de drie ziekenhuis met PAAZ (ZOL, St-Franciskus en Virga Jesse) werden zowel voor als tijdens de projectduur weinig patiënten 'gemist'. In het ZOL wordt elke suïcidepogers die zich aandient in het ziekenhuis reeds op de spoedgevallendienst gezien door een psychiater of een assistent-psychiater.

² Periode 22 sept '05 – 4 nov. '05

In het Sint-Franciskusziekenhuis en Virga Jesseziekenhuis tracht het spoedpersoneel suïcidepogers te motiveren voor een PAAZ-opname of een gesprek met psychiatrisch geschoold personeel. In het AZ Vesalius (ziekenhuis zonder PAAZ) is er eveneens een duidelijk afgelijnd en gecommuniceerd beleid ten aanzien van suïcidepogers en tracht men elke suïcidepogers op te nemen.

In de overige ziekenhuizen zonder PAAZ (ZMK en Salvator) was dit beleid minder duidelijk en bijgevolg niet geformaliseerd. De voormeting ingevuld van het Ziekenhuis Maas en Kempen toont aan dat vóór de projectimplementatie een niet te verwaarlozen aantal patiënten het ziekenhuis vroegtijdig verliet, dit wil zeggen voordat enige vorm van psychosociale opvang of evaluatie werd opgestart. Tijdens de projectduur zien we voor dit ziekenhuis dat het aantal gemiste patiënten tot een minimum is herleid.

Voor het Salvatorziekenhuis beschikken we niet over een voormeting. Het aantal 'snelle verlaters' ligt voor dit ziekenhuis ook tijdens de projectduur vrij hoog. Bij navraag bleek dat deze groep patiënten per definitie geen 'snelle verlaters' maar eerder 'zorgweigeraars' betreft: dit wil zeggen, patiënten bij wie een voorstel voor vervolgzorg is gebeurd (er heeft met andere woorden een evaluatie en opvang op spoedniveau plaatsgevonden), maar die dit voorstel afsloegen. De registratiegegevens van dit ziekenhuis zijn met andere woorden weinig informatief met het oog op evaluatie van de PEO-procedure. Tijdens de in dit ziekenhuis georganiseerde focusgroep (zie eerder: 4.1.6) werd ons echter bevestigd dat de toegeleiding van suïcidepogers naar psychosociale opvang is toegenomen en positief is beïnvloed door de introductie van het IPEO.

5.3 BEVRAGING BIJ PATIËNTEN

5.3.1 RESPONS

In totaal 97 patiënten hebben het informed consent ondertekend en hiermee aangegeven bereid te zijn om mee te werken aan het onderzoek. Van deze 97 patiënten hadden 9 patiënten op het informed consent formulier niet aangekruist dat de onderzoeker hen mocht bellen; 17 patiënten waren telefonisch niet bereikbaar. Deze 26 patiënten hebben een schriftelijke vragenreeks ontvangen; 15 vragenlijsten zijn teruggekeerd. Vier patiënten zijn omwille van uiteenlopende redenen (nieuwe poging, geen adres of telefoonnummer, ontkenning van een poging, contactgegevens te laat ontvangen) niet schriftelijk of telefonisch benaderd. De overige 67 patiënten hebben telefonisch de vragen beantwoord.

5.3.2 KARAKTERISTIEKEN ONDERZOEKSGROEP

■ ZIEKENHUIZEN

In de verschillende ziekenhuizen zijn in totaal zijn 99 informed consentformulieren ondertekend door 97 patiënten (2 patiënten hebben in 2 verschillende ziekenhuizen ingestemd met het onderzoek). Zeven op tien patiënten was afkomstig van een ziekenhuis met PAAZ, 3/10 van het aantal patiënten was opgenomen geweest in een ziekenhuis zonder PAAZ.

Tabel 5.13: Deelnemende ziekenhuizen

Ziekenhuis	Start patiëntenwerving	Aantal geworven SP
Ziekenhuis Oost-Limburg, Genk (PAAZ)	1 nov	23
Sint-Franciskusziekenhuis, Heusden (PAAZ)	7 nov	29
Virga Jesseziekenhuis, Hasselt (PAAZ)	1 dec	18
A.Z. Vesalius, Tongeren (geen PAAZ)	1 okt	14
Ziekenhuis Maas & Kempen, Maaseik (geen PAAZ)	1 nov	8
Ziekenhuis Salvator (geen PAAZ)	12 dec	7
TOTAAL		99

■ GESLACHT

Vrouwen vertegenwoordigden 52.4 % van de totale groep bevraagde suicidepogers; 47.6% was mannelijk.

■ LEEFTIJD

De leeftijd van de patiënten varieerde van 14 tot 77 jaar met een gemiddelde leeftijd van 39.5 jaar.

Tabel 5.14: Leeftijd

	Leeftijdscategorieën				Totaal	
	15-24 jaar	25-44 jaar	45-64 jaar	65 jaar of ouder		
Vrouw	10	18	13	2	43	
	23.3%	41.9%	30.2%	4.7%	100.0%	
Man	4	20	12	3	39	
	10.3%	51.3%	30.8%	7.7%	100.0%	
Totaal	14	38	25	5	82	
	17.1%	46.3%	30.5%	6.1%	100.0%	

Zowel bij de mannen als bij de vrouwen behoorde het merendeel van de patiënten tot de leeftijdscategorie 25 tot 44 jaar. Bij de 15- tot 24-jarigen bevonden zich relatief gezien meer vrouwen dan mannen; voor de leeftijdscategorie 25- tot 44-jarigen gold het omgekeerde.

▣ OPNAMEDUUR

De opnameduur werd bekomen door het verschil tussen ontslagdatum en opnamedatum te berekenen. De gemiddelde opnameduur was 3 dagen voor de ziekenhuizen zonder PAAZ en 7 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 36 dagen.

Tabel 5.15: Opnameduur

	Opnameduur			Totaal
	<i>1 week of minder</i>	<i>tussen 1 en 3 weken</i>	<i>langer dan 3 weken</i>	
Vrouw	32 78%	9 22.0%	0 0.0%	41 100.0%
Man	29 76.3%	6 15.8%	3 7.9%	38 100.0%
Totaal	61 77.2%	15 19.0%	3 3.8%	79 100.0%

Ruim 77% van de opnames waren korte opnames (1 week of minder). Bij vrouwen waren er relatief gezien meer middellange opnames, bij de mannen waren er relatief meer lange opnames (langer dan 3 weken). Deze verschillen bleken niet significant.

▣ 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. Ten aanzien van het gebruikte middel werd een onderscheid gemaakt tussen intoxicaties, zelfverwonding en ‘andere’ (verhanging, sprong van een hoogte, ...). Pogingen waarbij zowel sprake was van intoxicatie als van zelfverwonding, werden als ‘zelfverwonding’ gelabeld.

Het merendeel van de pogingen gebeurde door intoxicatie (81.7%). Zelfverwonding (al dan niet in combinatie met een intoxicatie) werd gerapporteerd in 11% van het aantal pogingen.

Als methode voor de poging maakten vrouwen relatief gezien vaker dan mannen gebruik van medicatie, bij mannen werden meer zelfverwondingen en andere methoden gerapporteerd.

Tabel 5.16: Gebruikt middel

	Methode poging			Totaal
	<i>Intoxicatie</i>	<i>Zelfverwonding</i>	<i>Andere</i>	
Vrouw	37	4	2	43
	86.0%	9.3%	4.7%	100.0%
Man	30	5	4	39
	76.9%	12.8%	10.3%	100.0%
Totaal	67	9	6	82
	81.7%	11.0%	7.3%	100.0%

Ruim 86% van het aantal patiënten had geen of slechts een beperkt letsel opgelopen ten gevolge van de poging. Voor 7.4% van het aantal patiënten was het letsel ernstig. Voor 5 patiënten (6.2%) was de situatie na de poging levensbedreigend. Relatief gezien liepen vrouwen vaker dan mannen een ernstig letsel op, daar waar mannen vaker in een levensbedreigende toestand werden opgenomen.

Tabel 5.17: Ernst van het letsel

	Lichamelijk letsel				Totaal
	<i>Geen</i>	<i>Beperkt</i>	<i>Ernstig</i>	<i>Levensbedreigend</i>	
Vrouw	21	16	4	1	42
	50.0%	38.1%	9.5%	2.4%	100.0%
Man	20	13	2	4	39
	51.3%	33.3%	5.1%	10.3%	100.0%
Totaal	41	29	6	5	81
	50.6%	35.8%	7.4%	6.2%	100.0%

RECIDIVEN

Vanwege de zeer korte tijdspanne tussen ziekenhuisopname en bevraging van patiënten, konden recidieven vanzelfsprekend niet in kaart gebracht worden. Binnen de geworven onderzoeksgroep van 82 patiënten, zijn we echter op de hoogte van het feit dat (ten minste) 9 patiënten binnen de onderzoekstermijn van drie weken of even hierna één of meerdere nieuwe pogingen hebben ondernomen.

In het IPEO 1 wordt gevraagd naar eventuele eerdere suïcidepogingen van de patiënt. Via de ingevulde IPEO's hebben we met andere woorden een beeld gekregen van het recidiverende karakter van suïcidepogingen.

Tabel 5.18: Eerdere pogingen

Ziekenhuis	# SP geëvalueerd via IPEO	Eerdere pogingen	Tijdstip	
AZ Vesalius	34 IPEO's van 34 pogers	Geen eerdere: 19 1 eerdere: 7 2 eerdere: 3 3 eerdere: 1 4 eerdere: 3 Onbekend: 1	< 12 maanden geleden: 6 > 12 maanden geleden: 7 Onbekend: 1	42.4% recidivisten , waarvan bij de helft de voorlaatste poging minder dan een jaar geleden was
Ziekenhuis Salvator	18 IPEO's van 18 pogers	Geen eerdere: 13 1 eerdere: 1 2 eerdere: 1 3 eerdere: 1 4 eerdere: 1 Onbekend: 1	< 12 maanden geleden: 3 > 12 maanden geleden: 1	23.5% recidivisten waarvan bij $\frac{3}{4}$ de voorlaatste poging minder dan een jaar geleden was
AZ Sint-Franciskus	47 IPEO's van 45 pogers	Geen eerdere: 20 1 eerdere: 11 2 eerdere: 7 3 eerdere: 2 4 eerdere: 4 Onbekend: 1	< 12 maanden geleden: 15 > 12 maanden geleden: 7 Onbekend: 2	54.5% recidivisten waarvan bij bijna 70% de voorlaatste poging minder dan een jaar geleden was
Virga Jesse	44 IPEO's van 42 pogers	Geen eerdere: 21 1 eerdere: 10 2 eerdere: 4 3 eerdere: 3 4 eerdere: 2	< 12 maanden geleden: 11 > 12 maanden geleden: 8	45.2% recidivisten waarvan bij bijna 60% de voorlaatste poging minder dan een jaar geleden was

		Onbekend: 2		
AZ Maas en Kempen	21 IPEO's van 18 pogers*	Geen eerdere: 4 1 eerdere: 8 2 eerdere: 1 3 eerdere: 1 4 eerdere: 3 Onbekend: 1	< 12 maanden geleden: 8 > 12 maanden geleden: 4 Onbekend: 1	72.2% recidivisten waarvan bij 2/3 de voorlaatste poging minder dan een jaar geleden was
Ziekenhuis Oost-Limburg	58 IPEO's van 57 pogers*	Geen eerdere: 30 1 eerdere: 22 2 eerdere: 1 3 eerdere: 0 4 eerdere: 4	< 12 maanden geleden: 11 > 12 maanden geleden: 16	47.4% recidivisten waarvan bij ruim 40% de voorlaatste poging minder dan een jaar geleden was

* waarvan drie suïcidepogers zowel geëvalueerd in ZMK (IPEO 1) als in ZOL (IPEO 2) en dus dubbel geregistreerd.

Het aantal eerdere pogingen ligt erg hoog, gaande van 23.5% geregistreerd in het Salvatorziekenhuis tot maar liefst 72.2% geregistreerd in het Ziekenhuis Maas en Kempen. 'Eerdere pogingen' betreffen in deze zin zowel pogingen die niet medisch zijn behandeld, als pogingen die behandeld zijn door de huisarts, als pogingen die in een ander of in hetzelfde ziekenhuis zijn behandeld. Het gemiddelde percentage recidieven geregistreerd in de zes ziekenhuizen bedroeg 47.5%. Dit percentage wordt bevestigd in de onderzoeksliteratuur (De Leo et al., 2004; Hawton & van Heeringen, 2000; Van Rijsselberghe, Scoliers, & van Heeringen, 2003).

5.3.3 RESULTATEN BEVRAGING

■ CONTACT MET DE HUISARTS

47 van de 82 patiënten (57.3%) had een contact gehad met de huisarts binnen de drie weken na hun ontslag uit het ziekenhuis. In 38 gevallen kwam dit contact er op initiatief van de patiënt (80.8%). In drie situaties had de familie van de patiënt contact opgenomen met de huisarts (6.4%). In de overige zes gevallen (12.8%) had de huisarts het initiatief tot contact genomen.

De meeste patiënten die een contact hadden gehad met hun huisarts waren tevreden over het gevoerde gesprek. Bij 34 van 47 patiënten hebben we de kans gehad om te vragen naar de reden van dit contact. Bijna acht op de tien contacten (79.4%, 27 patiënten) met de huisarts, had tot doel om de gebeurde feiten te bespreken. In 14.7% (5 patiënten) en 5.9% (2 patiënten) van de gevallen kwam dit contact initieel tot stand vanwege een behoefte aan medicatievoorschriften respectievelijk ziekte.

Bij 35 van de 82 patiënten (42.7%) was er binnen de drie weken na ontslag uit het ziekenhuis geen contactname geweest met de huisarts, niet door patiënt of familie en niet door huisarts zelf. Hiervoor werden door patiënten verschillende redenen gegeven. Vaak was het zo dat patiënten aangaven geen behoefte te hebben aan een gesprek met de huisarts omdat ze inmiddels in behandeling waren gegaan bij een psychiater/psycholoog (in ziekenhuis of privé-gevestigd), in dagtherapie waren gegaan of opgenomen waren in een psychiatrisch ziekenhuis (34.3% - 12 van de 35 patiënten). Andere redenen die werden aangehaald, waren:

- Men had nog niet de tijd gehad om naar de huisarts te gaan (bv. wegens opname in psychiatrisch ziekenhuis, daghospitalisatie), maar was dit wel nog van plan (8 patiënten, 22.9%)
- Men vond de huisarts niet de geschikte persoon om poging mee te bespreken (7 patiënten, 20.0%)
- Men voelde zich beter en vond het niet nodig om naar de huisarts te gaan (5 patiënten, 14.3%)
- Men was niet tevreden over de huisarts (1 patiënt, 2.9%)
- Geen reden (2 patiënten, 5.7%)

Tabel 5.19: Contact met de huisarts

Contact Huisarts	Initiatief	Reden
57.3% wel	80.8% door pat. 6.4% door familie 12.8% door HA	- 79.4%: bespreken crisisopname (...) - 14.7%: medicatie - 5.9%: ziekte
42.7% niet		- 34.3%: geen behoefte wegens andere hulpverlening - 22.9%: nog van plan - 20.0%: huisarts niet meest geschikte persoon - 14.3%: niet nodig - 8.6%: andere

■ OPNEMEN VERVOLGZORG

Met 74 van de 82 ondervraagde patiënten (90.3%) is er in het ziekenhuis een voorstel voor vervolgzorg besproken:

- met vier patiënten was afgesproken dat ze de reeds voor de opname opgestarte hulpverlening moesten verderzetten
- 6 patiënten hadden zelf een voorkeur voor hulpverlening en hebben dit met de psychiater/psycholoog van het ziekenhuis besproken

- bij 64 patiënten heeft het ziekenhuis een voorstel voor vervolgzorg gedaan. Deze voorstellen betroffen: consultaties met de psychiater/psycholoog van het ziekenhuis (21 patiënten), langdurige opname op de PAAZ (15 patiënten), opname in een psychiatrisch ziekenhuis (9 patiënten), doorverwijzing naar CGG (5 patiënten), daghospitalisatie (4 patiënten), opvolging door de huisarts (4 patiënten), consultaties bij een privé gevestigde psychiater/psycholoog (3 patiënten) en andere: zelfhulpgroep, OCMW, mozaïek (telkens 1 patiënt).

Zeven patiënten (8.5%) gaven aan dat er in het ziekenhuis geen voorstel voor vervolgzorg was gedaan, bij één patiënt was een gedwongen opname gebeurd.

Van de 74 patiënten met wie een voorstel voor vervolgzorg is besproken, hebben 21 patiënten (28.4%) dit voorstel niet opgevolgd, 53 patiënten (71.6%) hebben dit wel gedaan. Let wel, deze gegevens zijn gebaseerd op een éénmalig gesprek met patiënten kort na hun ontslag uit het ziekenhuis. Dit betekent dat hierop geen uitspraken kunnen gebaseerd worden over zorgopname en therapietrouw op (middel)lange termijn.

Van de 28 patiënten die aangaven dat er, of geen vervolgzorgvoorstel was besproken (7 patiënten), of het advies van het ziekenhuis niet hadden opgevolgd (21 patiënten), hadden 7 patiënten op eigen initiatief hulpverlening gezocht en 3 patiënten via de huisarts vervolgzorg opgenomen. De overige 18 patiënten hadden geen hulpverlening gezocht omwille van volgende redenen:

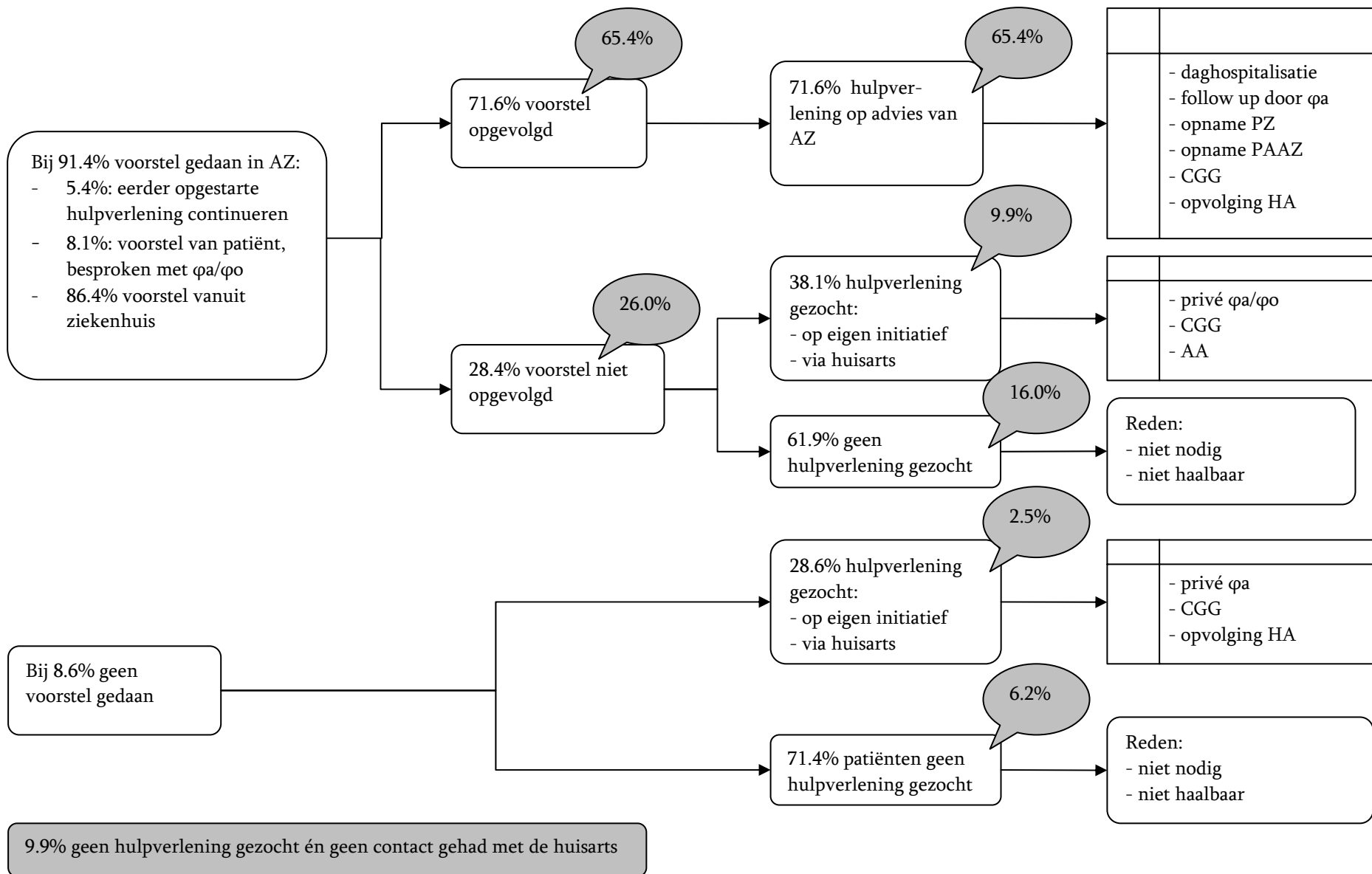
- niet nodig (11 patiënten)
- niet haalbaar wegens opvang kinderen, financiële redenen (3 patiënten)
- nog aan het overwegen welke hulpverlening men ging raadplegen (4 patiënten).

8 patiënten hadden geen hulpverlening gezocht en tevens geen contact gehad met de huisarts.

Globaal genomen waren patiënten tevreden over de opgenomen vervolgzorg. Een score van 8.2 werd hieraan toegekend. Deze vervolgzorg bestond uit:

- consultaties bij de psychiater/psycholoog van het ziekenhuis (18 patiënten)
- opname in een psychiatrisch ziekenhuis (10 patiënten)
- langdurige opname op de PAAZ (8 patiënten)
- Consultaties bij een privé gevestigde psychiater/psycholoog/psychotherapeut (7 patiënten)
- CGG (6 patiënten)
- Opvolging door de huisarts (4 patiënten)
- Daghospitalisatie (3 patiënten)
- CAD (2 patiënten)
- Andere: zelfmoordlijn, zelfhulpgroep, OCMW, detoxcenter, Mozaïek, AA

Er kon niet worden nagegaan of het uitvoeren van een ‘gedeeltelijke’ assessment (enkel IPEO 1) of een volledige assessment (IPEO 1 en 2) een invloed had op het opnemen van vervolgzorg door patiënten, aangezien bij (op 2 na) alle patiënten die toestemden om deel te nemen aan het onderzoek, zowel IPEO 1 als 2 was ingevuld, en dit op basis van één uitgebreid intakegesprek of meerdere korte gesprekken.



■ TEVREDENHEID OPVANG IN HET ZIEKENHUIS

Tijdens het telefonische contact met patiënten, drie weken na hun ontslag uit het ziekenhuis, werd aan patiënten gevraagd om de gekregen opvang in het ziekenhuis te scoren op 10. Veel patiënten vonden het moeilijk om een quotering te geven, enerzijds omdat het merendeel van de patiënten geen referentiepunt had met betrekking tot 'goede psychosociale zorg', anderzijds omdat de verschillende aspecten van de zorg (opvang door verpleegkundigen, opvang op spoedafdeling, gesprekken met de psychiater, georganiseerde activiteiten) vaak andere punten verdienden. Er werd echter gevraagd een algemeen punt op tien te geven, dat aangaf in hoeverre patiënten zich opgevangen en geholpen hadden gevoeld tijdens hun opname in het ziekenhuis.

Patiënten gaven gemiddeld een 7.6 voor de opvang die ze in het ziekenhuis hadden gekregen. Er was geen significant verschil in tevredenheidsscores tussen ziekenhuizen. Ook de functie van het staflid die het gesprek aan de hand van het IPEO had gevoerd (psychiater/psycholoog, spoedverpleegkundige, psychiatrisch verpleegkundigen, combinatie) bleek geen invloed uit te oefenen op de scoring van de opvang. Er kon niet worden nagegaan of het uitvoeren van een 'gedeeltelijke' assessment (enkel IPEO 1) of een volledige assessment (IPEO 1 en 2) een invloed had op de tevredenheid van patiënten, aangezien bij (op 2 na) alle patiënten die toestemden om deel te nemen aan het onderzoek, zowel IPEO 1 als 2 was ingevuld, en dit op basis van één uitgebreid intakegesprek of meerdere korte gesprekken.

Tijdens het gesprek werd tevens aan patiënten gevraagd kort te vertellen hoe ze de opvang op de spoed- en verblijfsafdelingen en de gesprekken met de hulpverleners hadden ervaren.

Opvang op de spoed

Veel patiënten konden zich weinig tot niks meer herinneren van hun spoedopname.

Bij patiënten die wel voldoende bij bewustzijn waren tijdens deze opname, waren de meningen verdeeld.

Ruim meer dan de helft van deze patiënten was tevreden over de opvang op de spoedafdeling. De spoedverpleegkundigen werden ervaren als behulpzaam en vriendelijk. Iets minder dan de helft was enigszins minder tevreden. Redenen hiervoor waren: lang moeten wachten, enkel nadruk op somatische behandeling, onvriendelijke of respectloze bejegening door personeel, gebrek aan informatie.

De opvang van familieleden op de spoedafdeling kwam een aantal keer ter sprake. Familieleden voelen zich vaak totaal ontredderd en machteloos wanneer ze hun naaste binnenbrengen op de spoedafdeling en elke vorm van medeleven wordt op deze momenten erg gewaardeerd. Zoals een moeder naar aanleiding van de poging van haar dochter aanhaalde: "Het zit 'm in de kleine dingen. Een glaasje water komen brengen bijvoorbeeld doet al heel veel".

Modaliteit 3: ziekenhuis zonder PAAZ

Tijdens de looptijd van het PEOSAZproject werd een liaisonteam samengesteld met 2 psychiaters en een psychologe die tijdens de kantooruren van de werkweek actief waren. IPEO 1 werd meestal ingevuld door spoedverpleegkundigen. Bij extreme drukte op de spoedafdeling werd de psychologe ingeschakeld om IPEO 1 af te nemen. De hele bundel werd overgemaakt aan de psychiaters/psychologe, die voortbouwend op IPEO 1, IPEO 2 invulden. De ingevulde IPEO's vormden een onderdeel van het dossier. De rapportage aan de huisarts gebeurde door de psychiaters/psychologe die een 'flyer' bijvoegden. Wanneer een patiënt vanuit de spoedafdeling werd doorverwezen naar een ziekenhuis met PAAZ of een psychiatrisch ziekenhuis, werd het ingevulde IPEO meegegeven met de patiënt.

Modaliteit 4: ziekenhuis met PAAZ

De spoedarts stelde de diagnose, waarna spoedverpleegkundigen en/of spoedarts de patiënt trachtten te motiveren voor een gesprek met PAAZ-personeel. Indien de patiënt dit weigerde, nam getraind spoedpersoneel IPEO 1 af en werd de patiënt aangemoedigd de huisarts binnen de week op te zoeken. Vanuit spoedafdeling wordt een verslag met flyer naar de huisarts gestuurd. Wanneer het erg druk was op de spoedafdeling, werd de patiënt voor een intakegesprek overgebracht naar de PAAZ. Hierna volgde in de regel een opname. Bij opname werd IPEO 2 gaandeweg ingevuld, hoofdzakelijk door psychiatrisch verpleegkundigen. Bij ontslag werd een rapport en flyer verzonden naar de huisarts.

Modaliteit 5: ziekenhuis met PAAZ

De opname/behandeling van een SP (op spoed, op MIC, op IC) werd gemeld op een voor dag- (tussen 8u-21u) of nachturen beschikbaar gesteld telefoonnummer.

Personeel van de PAAZ consulteerde de patiënt op spoed/MIC om een intakegesprek in het kader van het IPEO uit te voeren. Bij patiënten die voor overname op de PAAZ aangemeld waren, werd de afname van het IPEO uitgesteld tot de patiënt op de PAAZ verbleef. Op basis van dit gesprek werd IPEO 1 en 2 achteraf ingevuld. Indien de patiënt naar huis wilde, werd deze aangemoedigd om contact op te nemen met de huisarts en werd een nazorgvoorstel gedaan. Een flyer werd verstuurd naar de huisarts. Wanneer er onvoldoende bezetting was op de PAAZ, kon een psychiatrisch verpleegkundige opgeroepen worden via het nummer voor dringende oproepen, dit enkel gedurende de looptijd van het PEOSAZ-project. Rapportage over de PAAZ-opname aan de huisarts gebeurde door de psychiaters (via de ontslagbrief).

Modaliteit 6: ziekenhuis zonder PAAZ

Een eerste psychosociale evaluatie en opvang van suïcidepogers vond plaats op de spoedafdeling. Aan de hand van het IPEO 1 werd de toestand van de patiënt geëvalueerd. Deze gegevens werden verzameld door een spoedverpleegkundige.

Opvang op de verblijfsafdeling

Een punt van tevredenheid dat door bijna alle ondervraagden werd aangehaald, was de houding en hulpbereidheid van de verpleegkundigen op de verblijfsafdelingen. Voor alle ziekenhuizen gold dat het merendeel van de patiënten de verpleegkundigen als erg vriendelijk, bezorgd, gedienschtig en menselijk omschreef.

Punten van kritiek hadden voornamelijk betrekking op de teruggeschroefde werking van PAAZ'en tijdens de weekendperiodes. Op deze momenten werden er geen activiteiten voorzien en was er vaak geen psychiater aanwezig: "Ik voelde mij goed en wilde graag een psychiater spreken zodat ik naar huis kon gaan. Ik heb echter het hele weekend op mijn kamer moeten blijven omdat de psychiater pas maandagmiddag langskwam voor een gesprek". Maar ook patiënten die tijdens de week opgenomen waren geweest, klaagden al eens over het feit dat ze hele dagen op hun kamer hadden gelegen. Het betrof hier voornamelijk patiënten die slechts enkele dagen zijn opgenomen geweest.

Anderen patiënten waren dan weer niet te vinden voor de activiteiten die tijdens weekdays georganiseerd werden: "Je moet altijd meewerken en ze laten je niet met rust". Enkele patiënten gaven er de voorkeur aan om, wegens verschillen in problematiek en lichamelijke conditie, groepssessies respectievelijk activiteiten per leeftijdscategorie te organiseren.

Gesprekken met hulpverleners

De meeste patiënten waren tevreden over de gesprekken die ze tijdens hun opname hadden gehad met psychologen en/of psychiaters. In één ziekenhuis werden patiënten soms na ontslag uit het ziekenhuis thuis opgebeld om te informeren naar hun toestand. Dit werd erg geapprecieerd door de patiënten.

De gesprekken werden als minder positief beoordeeld, wanneer de gesprekken in de beleving van de patiënten te kort waren geweest of meer door eenrichtingsverkeer (vanwege hulpverlener) dan door dialoog konden gekenmerkt worden.

5.3.4 CONCLUSIE

De onderzoeksgroep van 82 patiënten bleek, bij vergelijking met registratiegegevens verzameld in Vlaanderen (Van Rijsselberghe et al., 2003), representatief voor de totale populatie van de suïcidepogers. Drie weken na ontslag uit het ziekenhuis had 57.3% van het aantal ondervraagde patiënten wel en 42.7% geen contact gehad met de huisarts. In telkens acht op de tien gevallen kwamen deze contacten tot stand op initiatief van de patiënt en had het contact tot doel de crisissituatie te bespreken.

Met negen op de tien suïcidepogers was er in het ziekenhuis een voorstel voor vervolgzorg besproken. Binnen deze groep hadden zeven op de tien suïcidepogers dit voorstel opgevolgd of hiertoe een eerste aanzet genomen. Binnen de groep suïcidepogers die het voorstel van het ziekenhuis niet hadden opgevolgd, of waarbij er volgens de patiënt geen voorstel was gedaan, had 35.7% op eigen initiatief of via de huisarts vervolgzorg opgenomen. Van de totale onderzoeksgroep had ruim 22% geen hulpverlening gezocht omdat ze dit niet nodig of niet haalbaar (qua tijd, financiën) vonden; iets minder dan de helft van deze groep (10%) had tevens nog geen contact gehad met de huisarts op het moment van de bevraging.

Een vergelijking van de gepresenteerde resultaten met de bekomen resultaten van het in december 2005 afgesloten pilootproject 'Recidivepreventie suïcidepogingen in samenwerking met huisartsen' blijkt niet opportuun. Ten aanzien van het contact met de huisarts (57.3% versus 72.2% in interventieconditie van Recidiveproject), moet opgemerkt worden dat de onderzoeksgroepen voor beide pilootprojecten verschillen. In het recidiveproject werden patiënten die na hun opname werden doorverwezen naar residentiële nazorg (PAAZ van een ander ziekenhuis, psychiatrisch ziekenhuis, ...) niet opgenomen in het onderzoek. In het PEOSAZ-project werden deze patiënten wel geïnccludeerd. Specifiek aan deze groep patiënten was dat zij, ten tijde van de telefonische bevraging, vanwege hun residentiële opname niet in de mogelijkheid waren om de huisarts op te zoeken.

Ook ten aanzien van het opnemen van vervolgzorg via ziekenhuis, via huisarts of op eigen initiatief (77.8% versus 81.0% in recidiveproject) kan geen betrouwbare vergelijking gemaakt worden. Binnen het recidiveproject werden patiënten zes maanden na hun ontslag uit het ziekenhuis gecontacteerd en bevraged over de opgevolgde of gezochte hulpverlening. In het PEOSAZ-project daarentegen werden patiënten drie weken na hun ontslag opgebeld met dezelfde vraag. De gepresenteerde resultaten zijn met andere woorden gebaseerd op een éénmalig gesprek met patiënten kort na hun ontslag uit het ziekenhuis en vertellen om deze reden niks over zorgopname en therapietrouw op (middel)lange termijn. Niettegenstaande lijken de resultaten erop te wijzen dat er in de deelnemende ziekenhuizen een goede toeleiding naar verdere hulpverlening is gebeurd (ruim 70% van de patiënten volgde het voorstel van het ziekenhuis op), vergeleken met de sobere resultaten aangaande therapietrouw die in de onderzoeksliteratuur vermeld worden. Een studie uitgevoerd in Groot-Brittannië wees uit dat van de 69 suïcidepogers die doorverwezen waren naar ambulante follow-up, slechts 24 patiënten (35%) de gemaakte afspraken nakwamen (Crawford & Wessely, 2000).

6 CONCLUSIE EN DISCUSSIE

In dit hoofdstuk worden de conclusies geformuleerd naar aanleiding van de resultaten van het effectenonderzoek (paragraaf 6.1) en het implementatieonderzoek (paragraaf 6.2). Vervolgens worden kritische bedenkingen en eigen ervaringen bij de introductie en implementatie van het PEOSAZ-project geformuleerd (paragraaf 6.3). Met het oog op een bredere implementatie van de onderzochte PEO-procedure en hieraan gekoppelde ‘flyerstrategie’, wordt het hoofdstuk besloten met een opsomming van de belangrijkste kritische succesfactoren (paragraaf 6.4) en aanbevelingen voor de toekomst (paragraaf 6.5).

6.1 RESULTATEN EFFECTEVALUATIE

Binnen het effectenonderzoek wilden we:

1. Evalueren of de feitelijke en ervaren deskundigheid van het personeel met betrekking tot de opvang van suïcidepogers verbeterde door het volgen van de trainingen en het toepassen van het instrument. Hiertoe is een vragenlijstonderzoek georganiseerd bij het ziekenhuispersoneel dat deelnam aan de trainingen (6.1.1)
2. evalueren of, op basis van het gebruik van het instrument, de toegeleiding naar verdere vervolgzorg gerealiseerd was. Deze informatie werd bekomen aan de hand van het gegevensformulier dat ziekenhuizen moesten opsturen telkens een IPEO was afgenomen (6.1.2)
3. evalueren hoe patiënten de opvang in het ziekenhuis hadden ervaren en of ze de voorgestelde vervolgzorg hadden opgenomen. Deze evaluatie gebeurde aan de hand van een telefonische bevraging. Patiënten die hiervoor toestemming hadden gegeven, werden drie weken na hun ontslag uit het ziekenhuis gecontacteerd door de onderzoeker van de Universiteit Hasselt (6.1.2)
4. registreren of de gang van zaken bij de opvang van suïcidepogers veranderde/verbeterde door de PEOSAZ-interventie. Deze registratie heeft weinig betekenisvolle gegevens opgeleverd en zal verder niet besproken worden.

6.1.1 VRAGENLIJSTAFNAME BIJ GETRAIND ZIEKENHUISPERSONEEL

Bij het ziekenhuispersoneel dat heeft deelgenomen aan de trainingen, hebben drie vragenlijstafnames plaatsgevonden: voor de training (voormeting), onmiddellijk na de training (nameting 1) en gemiddeld een half jaar na de training (nameting 2). De vragenlijst bestond uit 37 kennis- en attitudestellingen (waaronder enkele persoonlijke stellingen) over suïcidaal gedrag en 10 eigeneffectiviteitsstellingen aangaande de opvang van suïcidepogers.

■ RESPONS

De voormeting is ingevuld door 135 stafleden: 91 spoedverpleegkundigen (67.4%), 31 psychiatrisch verpleegkundigen (23%), 9 psychiaters/psychologen (6.7%), 3 sociaal werkers (2.2%) en 1 ergotherapeut (0.7%). Nameting 1 is ingevuld door 72 stafleden: 40 spoedverpleegkundigen, 7 psychiaters/psychologen, 21 psychiatrische verpleegkundigen, 3 sociaal werkers en 1 ergotherapeut (respons: 53.3%).

De respons op de tweede nameting, ingevuld door 109 stafleden, bedroeg 80.7% ten opzichte van voormeting: 74 spoedverpleegkundigen, 8 psychiaters/psychologen, 23 psychiatrisch verpleegkundigen, 3 sociaal werkers en 1 ergotherapeut vulden de vragenlijst in.

■ RESULTATEN KENNIS EN ATTITUDE

De 37 stellingen konden in drie categorieën worden ingedeeld: 18 kennisitems, 13 attitude-items en 6 persoonlijke items. Per groep zijn alle items onderworpen aan een factoranalyse.

Vier van de 18 kennisitems zijn verwijderd uit verdere analyses wegens onduidelijkheid met betrekking tot het waarheidsgehalte van de stelling. Binnen de overige 14 kennisitems zijn 5 kennisfactoren onderscheiden, zijnde 'non-communicatie' (factor 1), 'preventie van zelfmoordpogingen' (factor 2), 'impulsiviteit van pogingen' (factor 3), 'zelfmoord als "normaal" gedrag' (factor 4) en 'zelfmoord als wraak' (item/factor 5).

Binnen de 13 attitude-items zijn vijf attitudefactoren onderscheiden: 'Suicide als recht bij ziekte' (factor 1), 'onbegrip' (factor 2), 'hulpbereidheid' (factor 3), 'suicide als overgave' (factor 4) en 'het voorkomen van suïcidale gedachten' (factor/item 5). De 6 persoonlijke items konden met behulp van de factoranalyse worden herleid tot 3 factoren: 'suicide bij ziekte' (factor 1), 'omgeving' (factor 2) en 'eigen inschatting' (factor 3). De kennis-, attitudefactoren, persoonlijke factoren en hun bijbehorende items zijn afzonderlijk geanalyseerd voor twee functiegroepen: groep 1: het spoedpersoneel en groep 2: het 'psi-personeel' (psychiatrisch verpleegkundigen, psychiaters, psychologen, sociaal werkers).

Het volgen van de training leidde onmiddellijk hierna zowel bij spoedpersoneel als bij psi-personeel tot (1) een significante verbetering in kennis ten aanzien van kennisfactor 1 ('non-communicatief gedrag van suïcidale patiënten'), kennisfactor 2 ('preventie van suicides/pogingen'), kennisfactor 3 ('impulsiviteit van suicides/pogingen') en kennisfactor 4 ('zelfmoord als "normaal" gedrag') en (2) een significante verbetering in één attitudeaspect, met name de hulpbereidheid jegens suïcidale patiënten (attitdefactor 3).

Er werd geen interactie-effect tussen functiegroep en effect van de training teruggevonden, hetgeen betekent dat het effect van de training ten aanzien van kennisverhoging en attitudeverbetering voor alle functiegroepen nagenoeg gelijk was.

Ten aanzien van kennisfactor 1 scoorden psychiaters / psychologen significant beter bij voor- en nameting dan de overige functiegroepen (spoedpersoneel, psychiatrisch verpleegkundigen, sociaal werkers).

Een half jaar na de training bleef de verbetering ten aanzien van kennisfactor 1 (voor spoedpersoneel), kennisfactor 3 (voor psi-personeel) en factor 4 (spoed- en psi-personeel) behouden. De attitudeverbetering ten aanzien van factor 3 (hulpbereidheid jegens suïcidale patiënten) bleef bestaan in de groep van het psi-personeel.

De antwoorden op de persoonlijke factoren veranderden gedurende de gehele onderzoeksperiode slechts weinig, zowel voor spoed als voor psi-personeel.

■ RESULTATEN EIGENEFFECTIVITEIT

De score op eigeneffectiviteit kon lopen van 10 (lage eigeneffectiviteit) tot 40 (hoge eigeneffectiviteit).

Eigeneffectiviteit wordt omschreven als de mate waarin een individu denkt een bepaald gedrag daadwerkelijk tot uitvoering te kunnen brengen.

Voor de training scoorden de spoedverpleegkundigen gemiddeld 23.90 op eigeneffectiviteit. Voor 7 van de 10 effectiviteitsstellingen gold dat meer dan de helft van de spoedverpleegkundigen (52.8% tot 80.2%) via hun antwoord liet blijken zich niet voldoende vaardig te voelen in de omgang met suïcidale patiënten.

Onmiddellijk na de training lagen de scores op eigeneffectiviteit significant hoger dan voor de training (23.91 versus 26.64, p-waarde: 0.014). Een half jaar later bleef de verhoging ten opzicht van de voormeting behouden (23.91 versus 25.20, p-waarde < 0.01).

Het psychiatrisch geschoolde personeel scoorde gemiddeld 30.97 op eigeneffectiviteit (psychiatrisch verpleegkundigen 30.84, psychiater/psycholoog 32.89, sociaal werkers 26.67). Ten aanzien van 8 van de 10 effectiviteitsstellingen voelde meer dan $\frac{3}{4}$ van het psi-personeel zich eerder tot erg vaardig in het omgaan met suïcidale patiënten (79.1% tot 90.9%).

Onmiddellijk na de training was er echter nog een significante verbetering van de ervaren eigeneffectiviteit (30.97 versus 33.04, p-waarde: 0.01). Deze verbetering werd tijdens de follow-upmeting, tegen het einde van de looptijd van het project, bestendigd (30.97 versus 33.11, p-waarde: 0.001). Het eigeneffectiviteitsgevoel was ten opzichte van de eerste nameting zelfs nog lichtjes toegenomen (33.04 versus 3.11, niet significant).

Psychiaters/psychologen en psychiatrisch verpleegkundigen rapporteerden tijdens alle metingen een significant hogere ervaren eigeneffectiviteit dan spoedverpleegkundigen en sociaal werkers.

In de groep personeelsleden die niet met het IPEO hadden gewerkt, nam de eigeneffectiviteit na nameting 1 (onmiddellijk na de training) opnieuw af, terwijl deze zelfde score behouden bleef of lichtjes toenam bij de personeelsleden die één of meerdere keren met het IPEO hadden gewerkt. Deze verdere toename was echter niet significant.

Het belang van dit resultaat mag niet worden onderschat: het is bekend dat de ervaren zelfeffectiviteit een factor is die in sterke mate bepaalt in hoever mensen een als moeilijk ervaren opdracht zullen blijven aanpakken – wat uiteraard leidt tot meer ervaring en meer competentie.

✚ SAMENGEVAT

De aangeboden training en ondersteuning leiden tot verhoogde kennis en tot een verhoogd gevoel van competentie bij alle groepen hulpverleners, ook spoedpersoneel.

Concluderend kan gesteld worden dat het onmiddellijke effect van de training duidelijk aanwezig was, in die zin dat de training een positieve invloed heeft gehad op de deskundigheid en attitudes van het ziekenhuispersoneel evenals op de ervaren effectiviteit in het omgaan met suïcidale patiënten. Een half jaar na de training waren een belangrijk aantal effecten behouden gebleven, andere effecten waren afgezwakt of verdwenen.

Hierbij moet de kanttekening worden gezet dat de bijscholingen, die het kader van het PEOSAZ-project zijn gegeven, in vijf van de zes ziekenhuizen vrij minimaal waren van opzet. In de meeste ziekenhuizen waren de trainingsagenda reeds vastgelegd en kon men niet ingegaan op het aanbod van 1-daagse trainingen en intervisiesessies. Vanwege het feit dat suïcide en suïcidepogingen betrekkelijk ‘weinig’ voorkomen vergeleken met andere spoedeisende incidenten, is het moeilijk voor spoedpersoneel om routine te ontwikkelen in de opvang en evaluatie van deze patiëntengroep. Het organiseren van meerdaagse trainingen, gekoppeld aan periodieke follow-up sessies blijken aldus noodzakelijk om een correcte kennis omtrent en aandacht voor de suïcideproblematiek te verwerven en te bestendigen. Voor het psychiatrisch geschoold personeel moeten de bijscholingen afgestemd worden op de reeds aanwezige voorkennis.

De hypothese dat vooral bij het personeel dat ervaring had kunnen opdoen met het gebruik van het IPEO de eigeneffectiviteit zou toenemen, werd in deze zin bevestigd dat de initiële toename van ervaren eigeneffectiviteit in de 2^{de} nameting verdwijnt bij personen die na de training het instrument niet gebruiken, terwijl deze winst wel behouden blijft bij wie het instrument intussen wel gebruikte. We zijn er aldus van overtuigd dat het koppelen van de training aan een bruikbare tool, in casu het IPEO, ertoe heeft bijgedragen dat de aangeleerde vaardigheden en kennisaspecten in de praktijk konden gebracht worden en op deze manier beter geïnternaliseerd werden. De trainingen en het gebruik van het IPEO versterkten elkaar op deze manier.

6.1.2 BEVRAGING BIJ PATIËNTEN

■ RESPONS

96 patiënten hebben het informed consent ondertekend en hiermee aangegeven bereid te zijn om mee te werken aan het onderzoek. Voor 82 van deze 96 patiënten beschikken we over de betreffende onderzoeksgegevens, bekomen via telefonische of schriftelijke bevraging (respons: 85.4%). Bij vergelijking met registratiegegevens verzameld in Vlaanderen (Van Rijsselberghe et al., 2003), bleek de onderzoeksgroep representatief voor de totale populatie van de suïcidepogers.

■ CONTACT MET DE HUISARTS

Uit de bevraging, 3 weken na ontslag van de patiënt uit het ziekenhuis, bleek dat 57.3% van het aantal ondervraagde patiënten wel en 42.7% geen contact had gehad met de huisarts. De contacten met de huisarts kwamen meestal tot stand op initiatief van de patiënt (80.8%). In 6.4% en 12.8% van de gevallen gebeurde de contactname op initiatief van een familielid respectievelijk de huisarts zelf.

Bijna acht op de tien contacten had tot doel de gebeurde feiten en ziekenhuisopname te bespreken. In 14.7% en 5.9% van de gevallen kwam dit contact initieel tot stand vanwege een behoefte aan medicatievoorschriften respectievelijk ziekte. 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 (in ziekenhuis of privé-gevestigd), in dagtherapie was gegaan of opgenomen was in een psychiatrisch ziekenhuis en aldus geen tijd of behoefte had om de huisarts te consulteren.

■ VERVOLGZORG

Met 74 van de 82 ondervraagde patiënten (90.3%) is een voorstel voor vervolgzorg besproken. Dit hield in dat met de patiënt werd afgesproken de reeds opgestarte vervolgzorg te continueren, dat patiënten zelf hun voorkeur voor vervolgzorg bespraken met hulpverlener, of dat het ziekenhuis een voorstel deed: 53 van de 74 patiënten hebben het besproken voorstel opgevolgd (71.6%). 21 patiënten hebben dit niet gedaan (28.4%). Acht van deze 21 patiënten hebben alsnog vervolgzorg opgenomen, op eigen initiatief of via de huisarts. Zeven van de 82 ondervraagde patiënten gaven aan dat er in het ziekenhuis geen vervolgzorgvoorstel was gedaan (8.5%); twee van deze zeven patiënten hebben alsnog vervolgzorg opgenomen op eigen initiatief of via de huisarts. Een van de ondervraagde patiënten was gedwongen opgenomen (1.2%).

Samenvattend kan gesteld worden dat 77.8% van de patiënten vervolgzorg had opgenomen of hier op zijn minst een aanzet toe had genomen, en dit op advies van het ziekenhuis (65.4%), op eigen initiatief of via de huisarts (12.4%).

Ruim 22% van het aantal ondervraagde patiënten had geen hulpverlening gezocht omdat ze dit niet nodig of niet haalbaar vonden; iets minder dan de helft van deze groep (10%) had tevens nog geen contact gehad met de huisarts op het moment van de bevraging.

■ TEVREDENHEID VAN PATIËNTEN

Patiënten gaven gemiddeld een 7.6 voor de opvang die ze in het ziekenhuis hadden gekregen. Er was geen significant verschil in tevredenheidsscores tussen ziekenhuizen. Ook de functie van het staflid die het gesprek aan de hand van het IPEO had gevoerd (psychiater/psycholoog, spoedverpleegkundige, psychiatrisch verpleegkundigen, combinatie) bleek geen invloed uit te oefenen op de scoring van de opvang. Ruim meer dan de helft van de patiënten die voldoende bij bewustzijn waren tijdens de spoedopname, was tevreden over de opvang op de spoedafdeling. De spoedverpleegkundigen werden ervaren als behulpzaam en vriendelijk.

Iets minder dan de helft was enigszins minder tevreden. Redenen hiervoor waren: lang moeten wachten, enkel nadruk op somatische behandeling, onvriendelijke of respectloze bejegening door personeel, gebrek aan informatie. De opvang van familieleden op de spoedafdeling werd zeer belangrijk geacht.

Een punt van tevredenheid dat door bijna alle ondervraagden werd aangehaald, was de houding en hulpbereidheid van de verpleegkundigen op de verblijfsafdelingen. Voor alle ziekenhuizen gold dat het merendeel van de patiënten de verpleegkundigen als erg vriendelijk, bezorgd, gediensstig en menselijk omschreef. Punten van kritiek hadden voornamelijk betrekking op de teruggeschroefde werking (aanwezigheid psychiater, activiteiten) van PAAZ'en tijdens de weekendperiodes.

De meeste patiënten waren tevreden over de gesprekken die ze tijdens hun opname hadden gehad met psychologen en/of psychiaters. De gesprekken werden als minder positief beoordeeld, wanneer de gesprekken in de beleving van de patiënten te kort waren geweest of meer door eenrichtingsverkeer (vanwege hulpverlener) dan door dialoog konden gekenmerkt worden.

Samenvattend:

- in ongeveer 60% van de gevallen is er binnen de 3 weken na ontslag uit het ziekenhuis een contact met de huisarts;
- dit contact komt meestal op initiatief van de patiënt tot stand;
- bij een kleine 80% van de gevallen wordt er vervolgzorg opgenomen, meestal op advies van het ziekenhuis, in de overige gevallen via de huisarts of op eigen initiatief;
- algemeen genomen zijn patiënten tevreden over de zorg die zij in het ziekenhuis ontvingen.

6.2 IMPLEMENTATIEONDERZOEK

Het implementatieonderzoek bestond uit een documentenanalyse en de organisatie van focusgroepen. De focusgroepen hadden tot doel de PEO-procedure in het algemeen en het IPEO in het bijzonder te evalueren. Hierbij werd bekeken op welke manier de PEO-procedure werd ingebouwd in de dagelijkse klinische praktijk en hoe deze werkwijze was ervaren (6.2.1). Ziekenhuispersoneel kreeg tevens de kans om bemerkingen en aanbevelingen ten aanzien van het IPEO (6.2.2) en de trainingen (6.2.3) te formuleren. Aan de hand van een documentenanalyse werden alle ingevulde IPEO's beoordeeld op volledigheid en inhoud.

6.2.1 EVALUATIE IMPLEMENTATIEPROCEDURE

De PEO-procedure is uitgetest in 6 ziekenhuizen, waarvan drie ziekenhuizen met en drie ziekenhuizen zonder PAAZ. Om aan alle projectvereisten te kunnen voldoen, hebben deze ziekenhuizen allen op hun eigen manier het IPEO geïntegreerd in hun dagelijkse beleid en kunnen bijgevolg zes verschillende modaliteiten van implementatie beschreven worden.

Modaliteit 1: ziekenhuis zonder PAAZ

IPEO 1 en 2 werden systematisch afgenomen door het psychologisch liaison team, bestaande uit twee psychologen en één psychiatrisch verpleegkundige, onder supervisie van een liaisonpsychiater.

Het liaisonteam verzekerde gedurende de looptijd van het project een wachtdienst zodanig dat geen patiënten gemist werden. Bij aankomst van een suïcidepoging in het ziekenhuis, vond binnen de 12 uur tijdens de weekendperiode en onmiddellijk tot binnen de 8 uur tijdens de weekperiode een gesprek plaats met de psychologe/psychiatrisch verpleegkundige van dit liaisonteam.

Wanneer de patiënt voldoende aanspreekbaar was, leverde dit gesprek vaak al voldoende informatie op om IPEO 1 en 2 in te vullen. De rapportage gebeurde systematisch, inclusief het verzenden van de 'flyer'.

Modaliteit 2: ziekenhuis met PAAZ (inclusief EPSI)

De (assistent)psychiaters vervulden een liaisonfunctie naar de spoedafdeling waar systematisch met elke patiënt een intakegesprek werd gevoerd. Op basis van dit gesprek werd IPEO 1 ingevuld, evenals enkele rubrieken van IPEO 2. Bij opname werden de overige rubrieken van IPEO 2 overlopen door de (assistent)psychiater, aangevuld met de informatie die EPSI-verpleegkundigen verzamelden (4 rubrieken in IPEO 2: alcoholmisbruik, druggebruik, sociaal netwerk, zorgbehoeften). Door de wachtdiensten van de psychiaters, was het spoedpersoneel op geen enkel moment betrokken bij het project.

De huisarts werd verwittigd en ontslag van de PAAZ werd een rapport verstuurd. De hoofdverpleegkundige van de EPSI coördineerde het versturen van de flyer.

Patiënten werden verondersteld te blijven tot ze gezien waren door de urgentiearts en door de psychiater/psycholoog. Ze mochten voortaan 24 u verblijven op de spoedafdeling als een opname op intensieve zorgen niet vereist was. Sommige patiënten stroomden daarna door naar een afdeling. Er werd begeleiding voorzien door de psychologische dienst en de liaisonpsychiater.

De huisarts werd standaard geïnformeerd over de opname tenzij de patiënt kenbaar maakte dat niet te willen. IPEO 2 werd altijd uitgevoerd door de psychologe. Aangezien zij over veel relevante informatie beschikten, vulden de spoedverpleegkundigen IPEO 1 in. Enkel wanneer het erg druk was op de spoedafdeling, werd de psychologe opgeroepen. De psychologe was tevens verantwoordelijk voor het versturen van de flyer.

De verschillende modaliteiten van implementatie hadden elk hun eigen voordelen en beperkingen.

- Het inzetten van psychiatrisch verpleegkundigen van de PAAZ om de eerste psychosociale opvang en evaluatie te realiseren bij elke suïcidepoging die zich aandient in het ziekenhuis, aldus een liaisonfunctie naar de spoedafdeling toe te verzorgen, heeft een aantal voordelen.

Ten eerste zijn psychiatrisch verpleegkundigen ook buiten de normale kantooruren beschikbaar in het ziekenhuis. Ten tweede kan de verpleegkundige die het intakegesprek op de spoed uitvoert, tevens fungeren als persoonlijke begeleider of contactpersoon wanneer de patiënt wordt opgenomen op de PAAZ. Ten derde wordt op deze manier gegarandeerd dat bij elke suïcidepoging reeds op het niveau van de spoed een psychosociale opvang plaatsvindt. Het behoort echter niet tot het reguliere takenpakket van psychiatrisch verpleegkundigen om een liaisonfunctie te vervullen. Deze verpleegkundigen worden verondersteld op hun afdeling te blijven.

- Het uitbouwen van de functie van de liaisonteams is noodzakelijk. De financiering van dergelijke teams is een punt van aandacht. Op dit moment is de financiering van liaisonstafleden (psychiaters) voornamelijk prestatiegebonden. In het rapport van De Bie en Remans (2001), waarin een geïntegreerd model voor de liaisonpsychiatrie wordt geschetst, wordt gesteld dat, gezien de hoge gemiddelde tijdsinvestering per patiënt, een volledig prestatiegebonden financieringssysteem op termijn onhoudbaar is. Het gemengde financieringssysteem wordt aangedragen als het meest aangewezen systeem. Hierbij kan een forfaitaire vergoeding van het ligdagprijnsbudget geïnstalleerd worden voor niet rechtstreeks patiëntgebonden activiteiten (overlegmomenten, supervisiemomenten voor teamleden, ...). De bestaande prestatiegebonden financiering voor de zuivere patiëntgebonden aspecten kan dan behouden blijven mits realistische en voldoende aanpassing.

De aanwezigheid van psychologen met een liaisonfunctie (al dan niet geïntegreerd in een multidisciplinair liaisonteam) is momenteel onvoldoende standaard geregeld en de financiering ervan staat niet op punt. Dit betekent dat sommige AZ met eigen middelen in deze functie voorzien en/of een patiëntenbijdrage dienen te vragen.

Liaisonpsychologen werken tijdens de kantooruren maar uit de ervaringen van 1 AZ zonder PAAZ die tijdens het PEOSAZ-project deze functie 24/24 u en 7/7 dagen beschikbaar maakte, werd beslist dit systeem te continueren wegens de gunstige evaluatie van dit systeem.

- Het opzetten van een wachtdienst kan garanderen dat ook in de avond- en weekendperiodes een psychosociale evaluatie en opvang kan gerealiseerd worden. Bij het opzetten van dergelijke wachtsystemen is het echter essentieel dat er op voorhand duidelijke afspraken worden gemaakt tussen het liaison team en de spoedafdeling. Er moet overeenstemming zijn over de concrete invulling van het oproepsysteem (ten aanzien van patiëntendoelgroep, oproeptermijn, ...) Psychiatrische back-up (telefonisch) is noodzakelijk.
- Het blijkt dat zelfs wanneer een getraind team van verpleegkundigen, sociaal werkers en psychologen onder de supervisie van een psychiater aanwezig is, spoedpersoneel toch cruciaal blijft in de eerste inschatting van de psychische problematiek (Whyte & Blewett, 2001). Vaak immers beschikken zij (of kunnen ze beschikken) over nuttige informatie die opgedaan is bij de ophaling van de patiënt door de ambulanciers: omstandigheden waarin patiënt gevonden was, reacties van naasten, meegaandheid patiënt, Een goede eerste opvang van suïcidepogers door de spoedverpleegkundigen is tevens essentieel in de bereidheid van patiënten om een gesprek met een gespecialiseerde GGZ-hulpverlener af te wachten.

Samenvattend:

- afhankelijk van de beschikbaarheid van een PAAZ en gespecialiseerd personeel, wordt de zorg voor suïcidepogers op een verschillende manier wordt georganiseerd;
- de beschikbaarheid (en financiering) van liaisonteams vereist verdere aandacht;
- de inbreng van spoedpersoneel levert een unieke bijdrage aan de opvang.

■ EVALUATIE PEO-PROCEDURE

In alle deelnemende ziekenhuizen zijn focusgroepen georganiseerd om de gevolgde PEO-procedure in het algemeen en het IPEO in het bijzonder te evalueren. De functie en plaats die het IPEO innam in de dagelijkse praktijkvoering, was sterk afhankelijk van het beleid inzake suïcidepogers dat het ziekenhuis volgde.

In ziekenhuizen waar het klinisch pad ten aanzien van de suïcidepogers reeds duidelijk en geformaliseerd was voor de start van het project, werd de introductie van het instrument niet als meerwaarde, maar eerder als een extra tijdsbelasting ervaren aangezien het afnemen en invullen van het IPEO de traditionele anamnese- en dossiervoering doorkruiste. Het project vormde in deze een bevestiging van de reeds geïnstalleerde 'goede praktijken'.

In ziekenhuizen waar de afstemming van de verschillende zorgprocessen nog niet geheel op punt stond, heeft de het IPEO het beleid inzake de opvang van suïcidepogers aangestuurd. Het IPEO werd als een aanwinst ervaren en fungeerde als dossier of als aanvulling hierop. De kwaliteit van de psychosociale opvang van suïcidepogers is toegenomen in deze ziekenhuizen en men is er in geslaagd om er voor te zorgen dat elke suïcidepogers de noodzakelijke opvang krijgt en beter wordt toegeleid naar de broodnodige vervolgzorg. De introductie van de PEO-procedure heeft daarnaast de ontwikkeling of uitwerking van een klinisch pad, waarbinnen het IPEO werd geïntegreerd, gestimuleerd. De ontwikkeling van een klinisch pad garandeert een beleid dat de zorgverbetering op lange termijn kan vormgeven. Eén ziekenhuis heeft naar aanleiding van het project een transmurale werkgroep opgericht. Spoedpersoneel is mits de noodzakelijke training in staat de eerste opvang te verzekeren en de patiënt te motiveren voor de PEO-procedure door geestelijke gezondheidswerkers van het liaisonsteam, PAAZ en EPSI.

Ondanks de verschillen in beoordeling en evaluatie van de PEO-procedure, werden onderstaande bemerkingen regelmatig teruggehoord.

Veel ziekenhuizen gaven aan dat de samenwerking tussen de spoedafdeling en PAAZ/psychologische dienst verbeterd of geoptimaliseerd was, in die zin dat psychiatrisch personeel vaker werd ingeschakeld bij en verwittigd over de spoedopname van een suïcidepogers. Het psychiatrisch geschoolde personeel ervaaarde hierbij dat suïcidepogers veelal meer open en toegankelijk waren bij een snel opgestart gesprek op spoedafdeling dan bij een gesprek dat pas later op een verblijfsafdeling plaatsvond. Men merkte tevens dat door een snel opgestart gesprek patiënten sneller geneigd waren om vervolgzorg op te nemen of tot hospitalisatie over te gaan.

Het IPEO werd aanzien als een zeer volledig en nuttig instrument, hetgeen zowel spoedpersoneel (IPEO 1) als psychiatrisch geschoold personeel (IPEO 1 en 2) dwong tot een meer volledige en uitgebreide risicobeoordeling. In alle ziekenhuizen werden de trainingen als zeer leerzaam en nuttig ervaren. Vooral voor het spoedpersoneel hadden de vormingen een grote meerwaarde betekend. Patiënten kregen nu reeds op niveau van de spoedopname een psychosociale opvang.

Feedback aan spoedpersoneel bleek zeer belangrijk. Spoedverpleegkundigen willen weten wat er met de door hun verzamelde informatie gebeurt en of de noodzakelijke verdere evaluatie en opvang daadwerkelijk heeft plaatsgevonden. Dergelijke feedback werkt belonend en vormt een sterke 'incentive' om spoedverpleegkundigen blijvend te motiveren.

In een studie naar de kennis en attitudes van spoedverpleegkundigen met betrekking tot suïcidaal gedrag, merkten verpleegkundigen op dat ze zelden follow-up informatie ontvingen ten aanzien van deze patiëntenpopulatie en dat dit ontbreken van feedback hun attitudes negatief beïnvloedde (McElroy & Sheppard, 1999).

Eén ziekenhuis heeft besloten het IPEO in de huidige vorm verder te gebruiken, twee ziekenhuizen hebben rubrieken van het IPEO overgenomen in hun eigen intakeformulier. Een ziekenhuis (zonder PAAZ) dat in het vorige project als IZ meewerkte, maar in dit PEOSAZ-project niet instapte, startte met het op punt zetten van het klinisch pad, investeerde in een versterking van de liaisonfunctie en is vragende partij om met het IPEO te kunnen werken. Het spoedpersoneel werd door bijkomende training in december 2005 sterk gemobiliseerd om een actieve rol te spelen in het toeleiden naar de psychosociale opvang, verzekerd door de psychologe en de liaisonpsychiaters.

Samenvattend

- in ziekenhuizen waar de opvang reeds goed georganiseerd is, wordt de invoering van het IPEO aanvoeld als een duplicaat; in andere ziekenhuizen als een waardevolle bijdrage;
- spoedpersoneel is in staat de eerste opvang van suïcidepogers op zich te nemen, mits de nodige training;
- de invoering van het instrument fungeert als een katalysator voor verbeterde opvang en samenwerking.

6.2.2 EVALUATIE IPEO

In alle ziekenhuizen was er consensus over het feit dat het IPEO toelaat een nauwkeurige risico-inschatting te maken. Het IPEO wordt aanzien als een nuttig en volledig instrument. Men vindt de toepassing van het IPEO bijgevolg een zeer goede vingeroefening voor psychiaters/ psychologen in opleiding en voor nieuw aangeworven 'psi-personeel'. In de huidige vorm vindt men het IPEO te uitgebreid.

De bemerkingen, kritieken en adviezen ten aanzien van het IPEO, die we via de focusgroepen verkregen, bieden voldoende handvaten om het instrument te herwerken. Het is wenselijk een aantal rubrieken aan te passen of te herformuleren. In het bijzonder de rubriek 'risico-inschatting' moet herbekeken worden. Het is aangewezen een elektronische versie van het IPEO te ontwikkelen die beschikbaar kan worden gesteld in de ziekenhuizen waar men gebruik maakt van elektronische dossiers en rapportage.

De uitgebreidheid van de antwoorden op de verschillende rubrieken was afhankelijk van de rol die het IPEO speelde in de dossiervoering en van de persoon die het IPEO invulde, niet van diens functie.

Inhoudelijk gezien, bleek dat spoedpersoneel even goed in staat was om het IPEO 1 in te vullen als het psychiatrisch geschoolde personeel. Er was zelfs een meerwaarde aan informatie wanneer het IPEO 1 door een spoedverpleegkundige werd ingevuld. Vaak immers beschikten zij over nuttige informatie die opgedaan was bij de ophaling van de patiënt door de ambulanciers: omstandigheden waarin patiënt gevonden was, reacties van naasten, meegaandheid patiënt,... Deze informatie ontbrak wanneer IPEO 1 werd afgenomen door een psychiatrisch verpleegkundige, een psychiater of psycholoog.

Samenvattend

- Het IPEO wordt gezien als een instrument dat leidde tot een meer volledige evaluatie;
- Het spoedpersoneel kan, mits training, het IPEO 1 afnemen
- De toepassing van het IPEO is tijdsintensief
- Herwerking van het IPEO, waaronder een elektronische versie, is wenselijk

6.2.3 EVALUATIE TRAININGEN

De trainingen werden in alle ziekenhuizen erg positief geëvalueerd, zowel door spoedpersoneel als door psychiatrisch geschoold personeel. Het gevoel van 'ik weet nu beter wat in deze patiëntengroep omgaat' en 'ik weet beter hoe ik erop moet reageren' was vaak het zeer gewenste en positieve resultaat.

Multidisciplinariteit tijdens de training aan de hand van verschillende beroepsgroepen en afdelingen, had een belangrijke meerwaarde. Spoedartsen hebben niet deelgenomen aan de trainingen.

De rollenspelen waren niet geliefd en werden soms afgewezen; wanneer toch geïntroduceerd, werden ze als zeer verhelderend en waardevol ervaren.

De tijdens de training uitgedeelde handleiding van het IPEO en bijbehorende wetenschappelijke verantwoording werden in de meeste gevallen na de training niet meer doorgenomen of geraadpleegd. Dit betekent dat in de training, naast het bevorderen van kennis en positieve attitudes, voldoende aandacht moet besteed worden aan het 'hoe' en 'waarom' van het IPEO.

6.3 KRITISCHE BEDENKINGEN EN ERVARINGEN

Via het PEOSAZ-project werden in zes algemene ziekenhuizen in Limburg, die in hun werkingsgebied bijna de ganse provincie bestrijken, op een geïntegreerde wijze drie strategieën toegepast: recidivepreventie van suïcidepogingen in samenwerking met huisartsen aan de hand van de 'flyerstrategie' (strategie uitgetest in pilootproject dat gelopen heeft van 1 november 2003 tot 31 december 2005 en opnieuw opgenomen in PEOSAZ-project), optimalisering van de psychosociale evaluatie en opvang van suïcidepogers in algemene ziekenhuizen aan de hand van een semi-gestructureerd instrument (het IPEO), en deskundigheidsbevordering bij huisartsen via vormingssessies in huisartsenkringen en LOK's en via de link op de flyer naar de elektronische helpdesk 'GACHET' en het elektronische leerprogramma 'ITOL' (hier verder niet besproken). In het hiernavolgende bespreken we onze ervaringen tijdens de introductie en implementatie van de eerste twee vermelde strategieën.

6.3.1 FLYERSTRATEGIE

De introductie van de ‘flyerstrategie’ in de deelnemende ziekenhuizen verliep eerder gemakkelijk. Zowel huisartsen als ziekenhuispersoneel vinden de samenwerking rond deze doelgroep belangrijk. Huisartsen stellen het op prijs dat een AZ zich engageert voor snelle rapportage. Zij wensen een rol te spelen in de opvang. Ziekenhuizen vinden dat huisartsen ‘recht’ hebben op rapportage, maar zien praktische moeilijkheden.

Een eerste kritisch punt is de **diagnose**: wanneer is er sprake van een ‘suïcidepoging’? Voor een relatief grote groep van spoedpersoneel is het zelfbeschadigende gedrag pas een ‘suïcidepoging’ als er een doodsmotief is. Anderen hebben de neiging om eerder van ‘een intoxicatie, al dan niet accidenteel’ te spreken. Zeker bij middelengebruikers is er vaak onzekerheid. Er bestaat het idee dat het voor de patiënt stigmatiserend is om van een suïcidepoging te spreken, zeker wanneer deze dit zelf wil ontkennen. De verzekeringsmaatschappijen inspireren ook om eerder te spreken van een ‘intoxicatie’.

Een tweede kritisch punt is het onder controle brengen van de **patiëntenstroom**: het is niet steeds duidelijk of en wanneer en op welke afdeling een patiënt na suïcidepoging wordt gehospitaliseerd. Bij somatisch lijden en opname, komt de liaisonfunctie in beeld. Wordt bij elke suïcidepoging een psychiater/psycholoog gevraagd? Dus, wie moet de huisarts informeren en op welk moment?

Een derde kritisch punt wordt gevormd door de **‘zorgweigeraars’ en ‘snelle verlaters’**. Bij deze groep is het inschakelen van de huisarts zeer belangrijk. Deze patiënten motiveren om binnen de week bij de huisarts langs te gaan en snel een rapport, vergezeld van een flyer, te versturen, lijkt voor zowel ziekenhuispersoneel als huisartsen een ‘goede praktijk’ te zijn. Er zijn echter heel wat praktische bezwaren en moeilijkheden. Deze patiëntengroep komt vaak als ‘lastig’ en ‘niet te beïnvloeden’ over. Hen aanspreken en motiveren is een hele klus. In verschillende ziekenhuizen wordt nog gewerkt met schriftelijke rapportage die aan de patiënt wordt meegegeven en waarvan men niet met zekerheid kan zeggen of deze informatie bij de huisarts terecht komt. In andere ziekenhuizen heeft men de gewoonte om de huisarts te bellen wanneer men verontrust is over de afloop, maar doen dit dus niet systematisch...

Een vierde kritisch punt betreft uiteraard de **rapportage**. Deze moet systematisch, snel en met een ‘flyer’ in bijlage gebeuren. Het blijkt zeer moeilijk om dit standaard te regelen en veel blijft afhankelijk van enkelingen in een ziekenhuis die proberen de zaken onder controle te hebben. Behandelende geneesheren hebben vaak elk hun eigen systeem. Elektronische rapportagesystemen (zoals medibridge) vinden stilaan ingang maar dit staat vaak nog niet goed op punt; ook niet alle huisartsen stellen deze vorm van rapportage op prijs. Psychiaters vinden hun informatie vaak ‘te privé’ om via elektronische weg te verwerken.

Psychiaters hebben ondanks de honorering voor een intake- en een ontslagrapport voor de PAAZ, nog niet allen de gewoonte om dit te doen. Een ontslagbrief laat vaak lang op zich wachten.

De invloed die de huisarts kan hebben op de patiënt en zijn gezin, wordt soms onderschat. Vaak denkt men dat huisartsen niet geïnteresseerd zijn in deze problematiek en niet deskundig. Hier staat tegenover dat de invloed die 'psi'-behandelaars hebben op hun patiënten, vaak wordt overschat. Psychiaters, psychologen vertrouwen erop dat de patiënt hun nazorgadvies zal opvolgen (bijvoorbeeld privé verder opgevolgd worden, verwezen zijn) en vinden dat de huisarts dan weinig meer te bieden heeft. Het is echter bekend dat suïcidepogers een lage motivatie hebben en weinig therapietrouw zijn. Uit de telefonische bevraging bij patiënten bleek dat 71.6% van de ondervraagden het voorstel van het ziekenhuis had opgevolgd. Dit betrekkelijk hoge percentage moet met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd worden. Het gaat hier immers om gegevens die gebaseerd op een éénmalig gesprek met patiënten kort na hun ontslag uit het ziekenhuis en die om deze reden niks vertellen over zorgopname en therapietrouw op (middel)lange termijn.

Conclusie

Niettegenstaande het feit dat in Limburg reeds jarenlang geïnvesteerd wordt in het sensibiliseren van ziekenhuispersoneel en huisartsen, merken we dat we er nog niet in geslaagd zijn om de 'flyer'-methode als een ingeburgerde en vanzelfsprekende praktijk te installeren in alle ziekenhuizen. Gedurende de looptijd van de projecten lijkt dit redelijk goed te lukken, eens de onderzoeksfase voorbij, daalt de motivatie zeer snel. Uit de bevraging bij patiënten, blijkt dat de contacten tussen de patiënt en de huisarts overigens goed verlopen. Patiënten zijn tevreden over hun huisarts en huisartsen bespreken de verdere zorg met de patiënten. Voor het eerst zijn ziekenhuizen, huisartsen en CGG samen rond de tafel gebracht. Voorgaande elementen zijn een verantwoording om te blijven investeren in de 'flyer'-strategie.

6.3.2 PEO-PROCEDURE EN IPEO

De introductie van de IPEO was zeer moeizaam. Reeds in de voorbereidingsfase van het project, werd het idee van een 'instrument voor risico-inschatting' kritisch onthaald.

Assessment **door wie en wanneer?** Het is gemeengoed dat best elke suïcidepogers een assessment krijgt, maar wie dit moet doen en wanneer, is een andere zaak. Sommigen vinden dat dit altijd moet gebeuren door een psychiater, of eventueel een psycholoog. Spoedpersoneel wordt geacht enkel voor de somatische zorgen in te staan en een triage te doen. Psychiaters vinden dat spoedpersoneel onvoldoende 'deskundig' is om een suïcidale patiënt op te vangen en te evalueren en willen vermijden dat de patiënt 2 keer zijn verhaal moet doen. Het spoedpersoneel deelt deze mening: er is geen tijd voor, het is hun taak niet, patiënten zijn niet aanspreekbaar.

Buiten de normale werkuren en in weekends kan de aanwezigheid van een psychiater echter niet in alle ziekenhuizen gegarandeerd worden.

Op deze momenten is het met andere woorden essentieel dat spoedpersoneel een eerste psychosociale opvang en evaluatie kan verzekeren en de patiënt kan motiveren om in het ziekenhuis te blijven tot hiervoor opgeleid personeel beschikbaar is. De in het huidige project verzamelde gegevens tonen vrij duidelijk aan dat, mits de nodige training – en deze hoeft niet erg uitgebreid te zijn – en ondersteuning, het spoedpersoneel het IPEO 1 quasi even goed kan toepassen, dat zij hiertoe te motiveren zijn als de tijdsdruk niet te sterk is, en dat een snelle opvang een duidelijke meerwaarde heeft. Echter, voor de spoedafdelingen gold (uitgezonderd in één ziekenhuis) overal de klacht van ‘te druk’ en ‘wij zijn gefocust op somatiek en triage’, naast ‘niet deskundig op het psychische vlak’. Hierdoor ziet het spoedpersoneel het IPEO als meerwaarde ‘voor de looptijd van het project’, maar moeilijk haalbaar op de lange termijn.

Hoe deze assessment moet gebeuren is een tweede punt. Een uitgebreid instrument als het IPEO lokt weerstand uit. Tijdgebrek is een veel gehoord argument. Sommige ‘psi’s’ vinden dat het IPEO overbodig is gezien elke deskundige ‘psi’ wel weet waaruit een anamnese en assessment dient te bestaan. Daarenboven volgt ieder zijn eigen systeem en dossiervoering. Het IPEO past niet in de klassieke **dossiervoering en rapportage** en brengt op deze manier enkel extra ‘papierwerk’ mee.

Het **medische korps** bleek zeer moeilijk te betrekken bij de introductie van het IPEO. Spoedartsen hebben we bijna niet te spreken kunnen krijgen. Ook psychiaters blijken als beroepsgroep moeilijk te motiveren voor de omslachtige PEO-procedure gekoppeld aan de onderzoeksvereisten. Zorgmanagers, hoofdverpleegkundigen daarentegen blijken meer geïnteresseerd. Ziekenhuisdirecties vinden het een waardevolle poging om aan ‘zorgverbetering’ of ‘zorgvernieuwing’ te werken. Het eigenlijke werk komt in principe bij de **verpleegkundigen en zeker de hoofdverpleegkundigen** terecht. Aangezien het medische korps het medische beleid aanstuurt en hiervoor verantwoordelijk is, bleef het voor ons vaak een raadsel om te zien in welke mate de introductie van het IPEO in de praktijk een échte rol speelde.

Opvallend is dat in ziekenhuizen met PAAZ de **psychologen** vaak niet betrokken zijn bij project. Dit in tegenstelling tot de situatie in de ziekenhuizen zonder PAAZ, waar de psychologen de motor van de implementatie van het IPEO zijn.

Het **registratie-element** binnen het IPEO wordt op de werkvloer afgewezen. Directies en beleidsverantwoordelijken voor beleid zijn daarentegen erg geïnteresseerd in dergelijke registratiegegevens. Het is belangrijk om het IPEO als een relevant hulpmiddel voor de ‘klinische praktijk’ op te vatten en aldus te introduceren.

Conclusie

We hebben een substantiële vooruitgang geboekt, ondanks de problemen die er nog zijn. Waar aanvankelijk zeer veel sepsis bestond ten aanzien van het IPEO, zijn er in de loop van de implementatie veel positieve reacties gekomen.

De introductie van het IPEO heeft ons een unieke kans geboden om de deskundigheid van ziekenhuispersoneel ten aanzien van de suïcideproblematiek te verhogen en de deelnemende ziekenhuizen te stimuleren tot het uitwerken van of – indien aanwezig – formaliseren van het klinisch pad inzake opvang van suïcidepogers.

6.4 KRITISCHE SUCCEFACTOREN VOOR HET PEOSAZ + FLYER PROJECT

- 1 *De ziekenhuizen werken een klinisch pad uit: de instroom en doorstroom van suïcidepogers is zo geregeld dat zorgprocessen naadloos bij elkaar aansluiten. De ontwikkeling van een klinisch pad, waarbinnen het IPEO geïntegreerd wordt, garandeert een beleid dat de zorgverbetering op lange termijn kan vorm geven.*

Dit houdt in dat:

- 1.1 bij elke suïcidepogers er een evaluatie gebeurt van risico's, zorgbehoeften en er een toegeleiding naar vervolgzorg gebeurt, startend van op de spoedafdeling
- 1.2 het personeel belast met deze opdracht hiertoe getraind is en over de nodige deskundigheid beschikt
- 1.3 de communicatielijnen duidelijk zijn
- 1.4 de interne en externe rapportage op punt staat
- 1.5 er afspraken zijn met intramurale en extramurale voorzieningen die kunnen instaan voor de vervolgzorg (ondermeer ziekenhuizen met PAAZ, poliklinische consultaties, psychiatrische ziekenhuizen, ambulante GGZ, privé gevestigde psychiaters, huisartsen, ...). Het is hierbij wenselijk een transmurale werkgroep op te richten waarin vertegenwoordigers van intra- en extramurale voorzieningen zetelen.
- 1.6 alle ziekenhuispersoneel op de hoogte is van de afspraken conform het klinisch pad
- 1.7 het spoedpersoneel getraind is om de eerste psychosociale opvang te verzekeren en de patiënt te motiveren om een gesprek te hebben met het liaisonteam

- 2 *De liaisonfunctie dient voldoende uitgebouwd te zijn.*

Dit houdt in dat:

2.1. Voor de AZ zonder PAAZ: het AZ beschikt over een liaisonpsychiatrisch team, of psychiater in liaisonfunctie.

Dit personeel kan instaan voor de psychosociale opvang en evaluatie van elke suïcidepoging die zich aandient in het ziekenhuis. Dit personeel is oproepbaar naar de spoedafdeling/IC/ /somatische afdelingen ook voor die patiënten die een opname weigeren of waarvoor een hospitalisatie niet noodzakelijk wordt geacht. Zij werken nauw samen met de medische staf én met de sociale en/of psychologische dienst. Er is een aparte ruimte voorzien voor consultaties. Er wordt gerapporteerd intern en naar externe zorgverstrekkers. Aangezien intern en extern overleg en rapportage een wezenlijk onderdeel zijn van deze functie, kan de honorering van de psychiater niet enkel afhankelijk zijn van riziv-tarief voor prestatie, maar dient deze aangevuld te worden.

2.2. Voor de AZ met PAAZ: het AZ beschikt over een liaisonpsychiatrisch team, of psychiater in liaisonfunctie. Dit personeel kan instaan voor de psychosociale opvang en evaluatie van elke suïcidepoging die zich aandient in het AZ en evalueren of een opname op de PAAZ noodzakelijk is. Dit personeel is oproepbaar naar de spoedafdeling/IC/somatische afdelingen/Epsi ook voor die patiënten die een opname weigeren of waarvoor een hospitalisatie niet noodzakelijk wordt geacht. Zij werken nauw samen met de medische staf en met het PAAZ-personeel, evenals met de sociale en/of psychologische dienst. Er is een aparte ruimte voorzien voor consultaties. Er wordt gerapporteerd intern en naar externe zorgverstrekkers. Aangezien intern en extern overleg en rapportage een wezenlijk onderdeel zijn van deze functie, kan de honorering van de liaisonpsychiater niet enkel afhankelijk zijn van riziv-tarief voor prestatie, maar dient deze aangevuld te worden. De regeling dat per dag slechts 1 psychiatrisch consult kan aangerekend worden mag niet verhinderen dat een patiënt na consult met de liaisonpsychiater, verwezen wordt naar de PAAZ op dezelfde dag. Een nauwe band tussen liaisonfunctie én PAAZ-personeel is noodzakelijk. Eventueel wordt de liaisonfunctie uitgeoefend door personeel dat ook op de PAAZ/Epsi werkzaam is.

3 Het IPEO wordt geïntegreerd in het klinisch pad

Dit houdt in dat:

- 3.1 Er personeel beschikbaar is voor de uitvoering van IPEO 1 en IPEO 2. Voor IPEO 1 kan dit door spoedpersoneel, mits voldaan is aan volgende voorwaarden:
- 3.2 Dit personeel getraind is om het IPEO te gebruiken
- 3.3 Er geregeld supervisiesessies ingericht worden voor getraind personeel en infosessies voor nieuw personeel

- 3.4 Alle personeel betrokken bij de opvang van suïcidepogers gevormd is en beschikt over voldoende basiskennis en correcte attitudes
- 3.5 Het IPEO integraal deel uit maakt van de dossiervoering (elektronisch of op papier)
- 3.6 De gegevens uit het IPEO standaard opgenomen zijn in de rapportage intern en extern

4 *Rapportage*

Dit houdt in dat:

- 4.1 De volgende zorgverstrekker (inclusief de huisarts) geïnformeerd wordt. Bij hospitalisatie wordt bij ontslag de huisarts (of volgende zorgverstrekker) geïnformeerd, en worden de zorgafspraken gecommuniceerd. Indien de patiënt enkel verzorgd wordt op de spoed, wordt de huisarts binnen de 24 uur geïnformeerd (dit alles mits informed consent)
- 4.2 Er wordt een rapport opgestuurd naar de huisarts met een 'flyer' in bijlage
- 4.3 Aan de patiënt wordt voorgesteld de huisarts te contacteren binnen de week na ontslag.

5 *Het AZ beschikt over de nodige hulpmiddelen: IPEO en 'flyer'*

6 *Attitudes en kennis*

Alle ziekenhuispersoneel betrokken bij de PEOSAZ heeft de nodige training ontvangen om met correcte kennis, inzicht en attitudes de opvang uit te voeren.

7 *Huisartsen worden schriftelijk en via info- en vormingsessies geïnformeerd en geëngageerd in de vervolgzorg.*

8 *Gezien huisartsen nood hebben aan bijkomende vorming, en zij gemotiveerd zijn voor bijkomende opleiding naar aanleiding van een kritisch incident, wordt een aanbod gedaan van permanente vorming en informatie via de elektronische helpdesk GACHET.*

9 *Een projectverantwoordelijke die nauw samenwerkt met ziekenhuispersoneel en huisartsen begeleidt het proces van implementatie. In het ziekenhuis wordt 1 persoon aangesteld als verantwoordelijke en contactpersoon voor de projectverantwoordelijke en zorgverstrekkers.*

10 *CGG garanderen een snelle instroom van de doelgroep en CGG-personeel is beschikbaar voor consultatief overleg voor huisartsen en ziekenhuispersoneel.*

De uitwerking van de beschreven succesfactoren moet gebeuren in een draaiboek. Hierin moeten volgende aspecten aan bod komen:

- Beschrijven van de verschillende stappen die leiden naar de implementatie van de strategieën in een zorgregio.

Op het nivo van de zorgregio: voorstellen doen over de ontwikkeling en samenstelling van een overlegplatform welke de belangrijkste partners voor de implementatie samen brengt, namelijk: AZ met en zonder PAAZ, GGZsector, huisartsensector, LOGO(artsen), patiëntenorganisaties, SIMILES. Doelstellingen beschrijven van dit overlegplatform.

Op het nivo van het AZ: beschrijven van de stappen die kunnen leiden naar de ontwikkeling van een klinisch pad met betrekking tot de opvang van suïcidepogers.

Samenstelling beschrijven van een (transmurale) werkgroep evenals de doelstellingen ervan.
- Modellen beschrijven van klinische paden, waarbij de psychosociale opvang en evaluatie (aan de hand van het IPEO) en het ontslagmanagement (met inbegrip van rapportage en flyer) geïntegreerd worden.
- Voorstellen formuleren over benodigd personeel en inschatting maken van benodigde werktijd voor de implementatie van de strategieën in 1 zorgregio.

6.5 AANBEVELINGEN VOOR DE TOEKOMST

Tijdens de Gezondheidsconferentie “Preventie van depressie en zelfmoord” in 2002 zijn verscheidene strategieën voorgesteld en goedgekeurd. Drie van deze strategieën betroffen: 1) psychosociale screening van suïcidepogers aan de hand van een screeningsinstrument, 2) recidivepreventie suïcidepogingen in samenwerking met huisarts (pilotproject afgerond 31 december 2005) en 3) deskundigheidsbevordering bij huisartsen aan de hand van elektronisch leren.

Deze strategieën sluiten nauw op elkaar aan en vormen een logisch op elkaar volgend geheel. Het IPEO en de hier rond opgebouwde procedure (klinisch ‘pad’) staat toe dat bij elke suïcidepogger een correcte psychosociale/psychiatrische evaluatie en opvang plaatsvindt. Op deze manier kan gegarandeerd worden dat suïcidepogers beter worden toegeleid naar de meest aangewezen vervolgzorg. De psychosociale evaluatie en opvang van suïcidepogers en hun naasten is uiteraard een veeleisende vaardigheid die een bepaalde deskundigheid vereist. Het is dan ook noodzakelijk dat alle betrokken ziekenhuispersoneel getraind wordt in het gebruik van het IPEO (bijvoorbeeld voor IPEO 1 het spoedpersoneel).

Daarnaast moet aandacht besteed worden aan deskundigheidsbevordering en correctie van negatieve attitudes. 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). De huisarts – spilfiguur in de gezondheidszorg- speelt een cruciale rol en moet snel ingeschakeld worden. De huisarts kan instaan voor het organiseren van zorgcontinuïteit. Na ontslag van de patiënt uit het ziekenhuis moet er bijgevolg een snelle rapportage aan de huisarts gebeuren vergezeld van een flyer. Huisartsen hebben echter vaak nood aan informatie en bijscholing ten aanzien van suïcidaal gedrag, veelal n.a.v. een kritisch incident. Een link op de flyer naar de vraaggestuurde elektronische helpdesk ‘gachet’ en het elektronische leerprogramma ‘ItoI’ kan hieraan tegemoet komen. In samenwerking met externe zorgverstrekkers wordt aldus een netwerk opgezet voor de opvang van suïcidepogers. Een uitgestippeld klinisch pad in het AZ met duidelijke afspraken in verband met opvang en evaluatie, rapportage en ontslagmanagement, legt de basis voor de implementatie van 2 preventiestrategieën.

Voor de integratie van bovenstaande strategieën in deze uitgewerkte drievoudige strategie, dient echter aan een aantal voorwaarden voldaan te worden.

1. Het IPEO moet aangepast worden conform de conclusies van het implementatieonderzoek. Het moet een helder, bruikbaar en efficiënt instrument worden dat tevens cruciale registratievariabelen kan aanleveren. Het is aangewezen een elektronische versie van dit instrument te maken die tevens een snelle rapportage mogelijk maakt.

Hierbij moet in de mate van het mogelijke rekening gehouden worden met de reeds bestaande elektronische rapportagesystemen waarmee in verscheidene ziekenhuizen gewerkt wordt. Ook de handleiding en de wetenschappelijke verantwoording moeten gebruiksvriendelijker en beter begrijpbaar worden door aanpassing.

2. De training moet aangepast worden conform de conclusies van het effectenonderzoek aangaande de kennis-, attitude- en eigeneffectiviteitsverandering bij ziekenhuispersoneel en moet bruikbaar zijn in andere regio's.

3. De vraaggestuurde elektronische helpdesk ‘Gachet’ moet operationeel zijn

4. Er moet een draaiboek opgemaakt worden waarin de verschillende stappen van het introductie- en implementatieproces zijn uitgewerkt ten aanzien van activiteiten, mankracht, materialen, tijdsbesteding,...

5. Partners in implementatie moeten geïdentificeerd worden

6. Het is aan te bevelen om een infofolder te ontwikkelen voor patiënten en naasten, waarbij deze laatste gemotiveerd worden om verder hulp op te nemen met gespecialiseerd GGZ-personeel in en buiten het ziekenhuis en de patiënt wordt voorgesteld de huisarts te contacteren binnen de week na ontslag. Nuttige adressen en hulpbronnen worden vermeld en het ziekenhuispersoneel kan aangeven met welke hulpverlener contact wordt gelegd.

LITERATUUR

- Barr, W., Leitner, M., & Thomas, J. (2005). Psychosocial assessment of patients who attend an accident and emergency department with self-harm. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *12*, 130-138.
- Bateman, A., Feldman, E., Guthrie, E., Moriarty, J., Mynors-Wallis, L., & O'Sullivan, G. (2004). *Assessment following self-harm in adults: Council Report CR122*. London: Royal College of Psychiatrists.
- 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., Peters, T. J., Hawton, K., House, A., & Gunnell, D. (2005). Factors associated with the non-assessment of self-harm patients attending an Accident and Emergency Department: Results of a national study. *Journal of Affective Disorders*, *89*, 91-97.
- Boyes, A. (1994). Repetition of overdose: a retrospective five year study. *Journal of Advanced Nursing*, *20*(3), 462-468.
- Cook, S. H. (2004). Self-harm and suicide: care, interventions and policy. *Nursing Standard*, *18*(43), 43-52.
- Costigan, J., Humphrey, J., & Murphy, C. (1987). Attempted suicide: a personal construct exploration. *Australian Journal of Advanced Nursing*, *4*(2), 39-40.
- Crawford, M. J., Turnbull, G., & Wessely, S. (1998). Deliberate self harm assessment by accident and emergency staff: an intervention study. *Journal of accident and emergency medicine*, *15*(1), 18-22.
- Crawford, M. J., & Wessely, S. (1998). Does initial management affect the rate of repetition of deliberate self harm? Cohort study. *BMJ*, *317*, 985.
- Crawford, M. J., & Wessely, S. (2000). The management of patients following deliberate self harm - what happens to those discharged from hospital to GP care? *Primary Care Psychiatry*, *6*(2), 62-65.
- De Bie, J., & Remans, B. (2001). *Een geïntegreerd model voor de liaisonpsychiatrie* [Internet]. Retrieved 8 november, 2005, from the World Wide Web: <http://www.paaz.be/public/OfficieleTeksten016.mv>
- 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.
- Dennis, M., Evans, A., Wakefield, P., & Chakrabarti, S. (2001). The psychosocial assessment of deliberate self harm: using clinical audit to improve the quality of the service. *Emergency Medical Journal*, *18*, 448-450.
- 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. (2005). Psychosocial treatments following attempted suicide; evidence to inform clinical practice. In K. Hawton (Ed.), *Prevention and treatment of suicidal behaviour. From science to practice*. Oxford: University Press.
- Hawton, K., Marsack, B., & Fagg, J. (1981). The attitudes of psychiatrists to deliberate self-poisoning: comparison with physicians and nurses. *British Journal of Medical Psychology*, *54*, 341-347.
- Hawton, K., & van Heeringen, K. (Eds.). (2000). *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*. West Sussex: John Wiley & Sons, Ltd.
- Hawton, K., & Zahl, D. L. (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.
- 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.
- Hjelmeland, H., Hawton, K., Nordvik, H., Bille-Brahe, U., De Leo, D., & Fekete, S. (2002). Why people engage in parasuicide: A cross-cultural study of intention. *Suicide and Life Threatening Behaviour*, *32*, 380-393.
- Holdsworth, N., Belshaw, D., & Murray, S. (2001). Developing A&E nursing responses to people who deliberately self-harm: the provision and evaluation of a series of reflective workshops. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *8*, 449-458.
- Hurry, J., & Storey, P. (2000). Assessing young people who deliberately harm themselves. *British Journal of Psychiatry*, *176*, 126-131.
- Isacsson, G., & Rich, C. L. (2001). Management of patients who deliberately harm themselves. *BMJ*, *322*, 213-215.
- Jessen, G. (2004). Seasonality and Other Temporal Fluctuations in Suicidal Behaviour: Myths, Realities and Results. In A. Schmidtke (Ed.), *Suicidal Behaviour: Theories and Research Findings*. Göttingen: Hogrefe & Huber Publishers.
- Kapur, N., Cooper, J., Hiroech, U., May, C., Appleby, L., & House, A. (2003). Emergency department management and outcome for self-poisoning: a cohort study. *General Hospital Psychiatry*, *26*, 36-41.
- Mann, J. J., Waternaux, J. M. G., & Malone, K. M. (1999). Towards a clinical model of suicidal behaviour in psychiatric patients. *American Journal of Psychiatry*, *156*, 181-189.
- Marusic, A., & McGuffin, P. (2005). Interplay of genes and environment as contributory factors in suicidal behaviour. In K. Hawton (Ed.), *Prevention and treatment of suicidal behaviour. From science to practice*. Oxford: University Press.
- McAllister, M., Creedy, D., Moyle, W., & Farrugia, C. (2002). Nurses' attitudes towards clients who self-harm. *Journal of Advanced Nursing*, *40*(5), 578-586.

- McElroy, A., & Sheppard, G. (1999). The assessment and management of self-harming patients in an Accident and Emergency department: an action research project. *Journal of Clinical Nursing*, *8*, 66-72.
- Mitchell, A. J., & Dennis, M. (2006). Self harm and attempted suicide in adults: 10 practical questions and answers for emergency department staff. *Emergency Medical Journal*, *23*, 251-255.
- Morgan, V., & Coleman, M. (2000). An evaluation of the implementation of a liaison service in an A&E department. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *7*, 391-397.
- National Collaborating Centre for Mental Health. (2004). *Self-harm: The short-term physical and psychological management and secondary prevention of self-harm in primary and secondary care*. London: National Institute for Clinical Excellence.
- Rotherham-Borus, M. J., Piacentini, J., Van Rossem, R., Graae, F., Cantwell, C., & Castro-Blanco, D. (1996). Enhancing treatment adherence with a specialized emergency room program for adolescent suicide attempters. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *35*, 654-663.
- Sbaih, L. (1993). Accident and emergency work: a review of some of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, *18*, 957-962.
- Sermeus, W., & Vanhaecht, K. (2002). Wat zijn klinische paden? *Acta Hospitalia*, *3*, 5-11.
- Smith, S. E. (2002). Perceptions of service provision for clients who self-injure in the absence of expressed suicidal intent. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *9*, 595-601.
- Suominen, K., Henriksson, M. M., Suokas, J., Isometsä, E., Ostamo, A., & Lönnqvist, J. (1996). Mental disorders and comorbidity in attempted suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, *94*, 234-240.
- van Heeringen, C., De Munck, S., & Van Rijsselberghe, L. (2003). *WHO/EURO Multicentre Study of Suicidal Behaviour: Jaarverslag 2003*. Gent: Eenheid voor Zelfmoordonderzoek.
- Van Rijsselberghe, L., Scoliers, G., & van Heeringen, K. (2003). *De Epidemiologie van zelfmoordpogingen in Vlaanderen: Jaarverslag 2003*. Gent: Eenheid voor Zelfmoordonderzoek, UZ Gent.
- 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 suïciditeit* (pp. 138-147). Houten/Diegem: Bohn Stafleu van Loghum.
- Vivekanda, K. (2000). Integrating models for understanding self-injury. *Psychotherapy in Australia*, *7*, 18-25.
- Whyte, S., & Blewett, A. (2001). Deliberate selfharm: The impact of a specialist DSh team on assessment quality. *Psychiatric Bulletin*, *25*, 98-101.
- Williams, J. M. G. (1997). *Cry op pain: Understanding Suicide and Self-harm*. Harmondsworth: Penguin.
- Williams, J. M. G., & Pollock, L. R. (2000). The Psychology of Suicidal Behaviour. In K. van Heeringen (Ed.), *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide* (pp. 79-93). West Sussex: John Wiley & Sons.

Zahl, D. L., & Hawton, K. (2004). Repetition of deliberate self-harm and subsequent suicide risk: long-term follow-up study of 11583 patients. *British Journal of Psychiatry*, 185, 70-75.

BIJLAGEN

Bijlage 1: Samenwerkingsovereenkomst

Bijlage 2: Instrument voor psychosociale evaluatie en opvang: IPEO 1 en 2

Bijlage 3: Flyer

Bijlage 4: Inhoud en opzet trainingssessies

Bijlage 5: Stramien evaluatie en terugkoppeling

Bijlage 6: Stramien focusgroepen

Bijlage 7: Stramien documentenanalyse

Bijlage 8: Registratieformulier

Bijlage 9: Gegevensformulier

Bijlage 10: Informed Consent

Bijlage 11: Stramien telefonisch bevraging

Bijlage 12: Schriftelijke bevraging

Bijlage 13: Vragenlijst ziekenhuispersoneel (kennis, attitude en eigeneffectiviteit)

Bijlage 14: Ziekenhuis Maas en Kempen: klinisch pad

Bijlage 15: Ziekenhuis Maas en Kempen: projectafspraken

Bijlage 16: Ziekenhuis Oost-Limburg: klinisch pad

Bijlage 17: Ziekenhuis Oost-Limburg: projectafspraken

Bijlage 18: AZ Vesalius: klinisch pad

Bijlage 19: Ziekenhuis Sint-Franciskus: klinisch pad

Bijlage 20: Virga Jesseziekenhuis: projectafspraken

Bijlage 21: Ziekenhuis Salvator: klinisch pad

BIJLAGE 1: SAMENWERKINGSOVEREENKOMST

Overeenkomst Onderzoek Psychosociale Evaluatie en Opvang van Suïcidepogers in Algemene Ziekenhuizen (PEOSAZ)

Tussen

de **Universiteit Hasselt – Campus Diepenbeek**, gevestigd te 3590 Diepenbeek, Agoralaan, gebouw D, vertegenwoordigd door de heer Theo Kelchtermans, Voorzitter en Prof. dr. Luc De Schepper, Rector, hierna genoemd "UHasselt" enerzijds, handelend voor het onderzoeksinstituut SEIN, vertegenwoordigd door prof. dr. Jan Vinck,

en

<**NAAM**> (met rechtsvorm in afkorting, bv. V.Z.W., N.V., B.V.B.A.), hierna genoemd <het ziekenhuis>, met maatschappelijke zetel te <STRAAT>, <POSTCODE, GEMEENTE>, vertegenwoordigd door <VERTEGENWOORDIGER>, <FUNCTIE>, anderzijds,

beide voormelde partijen, waar en wanneer toepasselijk in deze overeenkomst verder individueel "partij" en gezamenlijk "partijen" genoemd,

wordt voorafgaandelijk uiteengezet:

Vanaf 1 juli 2005 wordt het onderzoeksproject "Psychosociale Evaluatie en Opvang van Suïcidepogers in Algemene Ziekenhuizen" (PEOSAZ) gefinancierd door de Vlaamse Overheid.

Dit project, dat uitgevoerd wordt door de Onderzoeksgroep Gezondheidspsychologie van het UHasselt in samenwerking met het UZ Gent en de Werkgroep Suïcidepreventie Limburg, is erop gericht de opvang in het ziekenhuis van suïcidepogers (SP) en de opstart van de vervolgzorg te optimaliseren voor deze groep. De projectbeschrijving is opgenomen in bijlage bij deze overeenkomst.

De aan het project deelnemende ziekenhuizen worden ondersteund door (1) hen middelen te geven voor de extra personeelsinzet om deze 'psychosociale evaluatie en opvang' (PEO) uit te voeren, (2) het ter beschikking stellen van een instrument voor de uitvoering van deze PEO en (3) hen bij het gebruik van dit instrument te trainen en te begeleiden.

Daarom wordt tussen de partijen overeengekomen hetgeen volgt:

1. Het ziekenhuis verbindt zich ertoe om aan het genoemde project alle nodige medewerking te verlenen, en met name
 - het benodigde personeel en de gepaste infrastructuur ter beschikking te stellen voor de correcte uitvoering van PEO bij elke opgenomen suïcidepoging; dit houdt in
 - a) dat er altijd personeel beschikbaar is voor het uitvoeren van PEO;
 - b) dat er een lokaal voorzien is voor opvang van de patiënt en zijn naasten.
 - de resultaten van de PEO te gebruiken in de interne en externe communicatie, met het oog op het opzetten van de verdere hulpverlening. Dit houdt onder meer in dat de huisarts schriftelijk wordt verwittigd bij ontslag van de suïcidepoging uit het ziekenhuis. Bij deze verwittiging wordt een flyer toegevoegd over de opvang van suïcidepogers waarin ook gewezen wordt op andere informatiebronnen.
 - deel te nemen aan het overleg met projectverantwoordelijke, teneinde het klinisch pad duidelijk te krijgen en te verbeteren
 - aan iedere opgenomen SP te vragen mee te werken aan het project (informed consent) en hen hiervoor te motiveren;
 - de mogelijkheid te geven aan het personeel dat de PEO zal uitvoeren deel te nemen aan de trainingen voor het gebruik van het instrument;
 - de voor het onderzoeksproject nodige gegevens te verschaffen aan de onderzoekers:
 - attitude-, kennis en self-efficacy-vragenlijsten, in te vullen door verpleegkundigen
 - identificatiegegevens van patiënten die geworven zijn voor het onderzoek
 - gegevensformulier van instrument
 - registratiegegevens;
 - de voor de financiering nodige verantwoordingsstukken voor te leggen aan de Hasselt:
 - aantal deelnemers aan de verschillende trainingsbijeenkomsten en de hieraan gekoppelde tijdsinvestering
 - aantal toepassingen van het instrument voor psychosociale evaluatie en opvang
 - tijdsinvestering contactpersoon die tevens instaat voor de kwaliteitsbewaking van projectvereisten.

2. De UHasselt verbindt zich ertoe

- een instrument te ontwikkelen voor de PEO van suïcidepogers, het personeel te trainen dat het instrument zal gebruiken en hen te begeleiden in het gebruik hiervan;
- de patiëntgegevens anoniem te verwerken;
- Het ziekenhuis te vergoeden voor de inspanningen in het kader van het onderzoek, op volgende wijze:
 - 1) een bedrag van 2.500 euro voor het volgen van de trainingen en de regelingen die binnen het ziekenhuis moeten getroffen worden teneinde te kunnen deelnemen aan het project. Dit bedrag zal in drie termijnen worden uitgekeerd, namelijk bij de start van het project, na de training en bij het afsluiten van het project.
 - 2) een vergoeding van 140 euro per prestatie, d.w.z. per suïcidepogers waarbij de toepassing van het instrument voor PEO werd opgestart en waarover gerapporteerd wordt zoals afgesproken.
 - 3) met een maximum voor beide forfaits samen van 57.000 euro voor alle ziekenhuizen

De huidige overeenkomst wordt van kracht op datum van ondertekening door beide partijen. Bij ondertekening op verschillende data, wordt de overeenkomst van kracht op de datum van de laatste ondertekening.

De huidige overeenkomst zal voortduren vanaf de datum van haar aanvang tot 30 april 2006. De partijen kunnen in onderling overleg de einddatum wijzigen, bij wijze van een schriftelijk akkoord, aan te hechten aan deze overeenkomst.

BIJLAGE 2: INSTRUMENT VOOR PSYCHOSOCIALE EVALUATIE EN OPVANG: IPEO 1 EN 2

IPEO 1: Eerste psychosociale evaluatie en opvang

Observatie/indrukken vanaf eerste contact (handleiding p 7)

.....
.....
.....
.....

Opname via:

- oproep 100 door:
- verwezen via huisarts
- op eigen initiatief
- andere

Vergezeld door:

- niemand
- partner
- vriend(in)
- kind(eren)
- ouder(s)/voogd
- huisarts
- andere:

Lichamelijk risico (handleiding p 7)

Ernst van het lichamelijk letsel

- geen
- beperkt
- ernstig
- levensbedreigend

Cognitief functioneren (handleiding p 7)

Is de patiënt in staat om verder (psychosociaal) bevraagd te worden

Bij twijfel; Weet u waar u bent momenteel? Welke maand, dag we zijn vandaag?

- ja
- nee

Oordeelsvermogen (handleiding p 7)

Geeft de patiënt aan medische behandeling te weigeren

- nee
- ja => Is de patiënt in staat om in te stemmen met of het weigeren van een behandeling

- ja
- nee

Begrijpen van het doel van de behandeling en waarom het geadviseerd werd (inschatten van de voordelen, nadelen en alternatieven; begrijpen wat de gevolgen van het weigeren van de behandeling inhouden; dit geloven en de informatie kunnen bevatten, waardoor een effectieve beslissing en een vrije keuze mogelijk worden).

Inschatting van emoties en gedrag (handleiding p 8)

Hoe voelt u zich nu?

Bevraag positieve en negatieve gevoelens die de persoon ervaart

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Hoe ziet u de toekomst tegemoet?

Kijkt u nog uit naar positieve zaken in de nabije of verre toekomst?

Verwacht u nog negatieve zaken in de nabije of verre toekomst?

.....
.....
.....
.....
.....

Heeft u momenteel het verlangen uzelf te verwonden of te beschadigen?

- geen (= >volgende vraag overslaan)
- zwak
- matig tot sterk

Heeft u er over nagedacht hoe u uzelf wil beschadigen of vergiftigen? Welke methode zou u gebruiken?

- niet over nagedacht
- over nagedacht, maar details niet uitgewerkt
- details uitgewerkt en goed geformuleerd

Aanwijzingen voor een mentale stoornis (handleiding p 9)

Hoe geeft de patiënt uiting aan zijn lijden?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> agitatie/rusteloosheid | <input type="checkbox"/> hopeloosheid |
| <input type="checkbox"/> verwarring | <input type="checkbox"/> neerslachtig |
| <input type="checkbox"/> opdringerig gedrag | <input type="checkbox"/> angstig |
| <input type="checkbox"/> bizar gedrag | <input type="checkbox"/> opstandig/kwaad/agressief |
| <input type="checkbox"/> teruggetrokkenheid | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> geïrriteerdheid | |

Eerdere suïcidepogingen (handleiding p 9)

Heeft u in het verleden reeds één of meerdere pogingen ondernomen?

Met uitzondering van de huidige

- geen eerdere (geen vragen meer bij dit hoofdstuk)
- 1 eerdere
- 2 eerdere
- 3 eerdere
- 4 of meer eerdere suïcidepogingen

Hoe lang is de voorlaatste poging geleden?

- minder dan twaalf maanden geleden
- meer dan 12 maanden geleden

eventueel datum invullen; (DD/MM/YYYY)

Werd deze voorlaatste poging medisch behandeld?

- neen
- ja

Werd deze voorlaatste poging psychisch behandeld?

- neen
- ja

Bereidheid tot verdere begeleiding (handleiding p 9)

Concrete verdere stappen uitleggen en vragen of de patiënt hiermee instemt

- ja
- nee

Definitie Zelfmoordpoging:

Het is een handeling, met een niet fatale afloop, waarbij een individu opzettelijk, 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 fysische gevolgen, verlangde verandering(en) te bewerkstelligen.

Gegevens betreffende de registratie

1. Huidige datum (interviewdatum):
 dag maand jaar

2. Instelling:

- 1= AZ Vesalius Tongeren
- 2= Sint-Franciskusziekenhuis Heusden
- 3= AZ Oost-Limburg Genk
- 4= Virga Jesse Ziekenhuis Hasselt
- 5= Ziekenhuis Maas & Kempen
- 6= Ziekenhuis Salvator Hasselt

3. Naam en Functie van degene die dit formulier invult:

Gegevens betreffende de patiënt(e)

4. Geslacht: 1 = man 2 = vrouw

5. Geboortedatum:
 dag maand jaar

6. Geboorteland:

7. Nationaliteit:

8. Burgerlijke staat:

- 1= nooit gehuwd geweest
- 2= weduwe(naar)
- 3= gescheiden
- 4= eerste huwelijk
- 5= tweede of meerdere huwelijk(en)
- 6= officieel samenwonend

9. Woonsituatie:

- a) ten tijde van de zelfmoordpoging
- b) gebruikelijke situatie gedurende het afgelopen jaar

- 0 = alleenwonend
- 1 = alleenwonend met kinderen
- 2 = met partner van hetzelfde geslacht zonder kinderen
- 3 = met partner van hetzelfde geslacht en kinderen
- 4 = met partner van het ander geslacht zonder kinderen
- 5 = met partner van het ander geslacht en kinderen
- 6 = met ouders
- 7 = met andere familieleden/vrienden
- 8 = in een residentiële instelling; specificeer:.....
- 9 = andere; specificeer:
- 10 = onbekend

10. Hoogst voltooide opleiding (voor de reeds afgestudeerden, ANDERS dient men categorie 4 aan te duiden):

- 1= lager onderwijs, speciaal onderwijs (Buso)
- 2= middelbaar onderwijs (algemeen vormend, kunst, technisch, beroeps)
- 3= hoger onderwijs (korte type, lange type, universitair)
- 4= nog steeds student; specificeer opleiding:.....

11. Economische toestand:

- 1= economisch actief, werkend
- 2= economisch actief, werkloos (werklozen op zoek naar werk)
 - < 1 maand werkloos
 - > 1 maand en < 6 maanden werkloos
 - > 6 maanden en < 1 jaar
 - > 1 jaar
- 3= economisch inactief:
 - student
 - niet actief (18-64 jaar)
 - niet actief (≥ 65 jaar)

12. Omschrijving van huidig of laatste werk:
 (Noteer ook indien men nooit betaald werk heeft gehad, bv. huisvrouw).

Gegevens betreffende de zelfmoordpoging

13. Afloop:

- 1= Niet dodelijk (suïcidepoging)
- 2= Dodelijk (suïcide)

14. Methoden: (Kruis ALLE gebruikte methoden aan!)

- Zelfvergiftiging (specificeer middel en hoeveelheid zo nauwkeurig mogelijk)

- Alcohol
- Gassen en dampen (inhaleren)
- Pesticiden, e.a.
- Verhanging, wurging
- Verdrinking
- Gebruik van vuurwapen of ander explosief materiaal of apparaat
- Verbranding of zelfverwonding d.m.v. hete dampen of voorwerpen
- Zelfverwonding toegebracht met scherp of stomp voorwerp inclusief inslikken
- Zelfverwonding door van hoogte te springen
- Zelfverwonding door zich voor een bewegend voorwerp te werpen
- Veroorzaken van verkeersongeval
- Andere methode(n); specificeer zo nauwkeurig mogelijk

.....

15. Tijdstip van zelfmoordpoging:
uur minuten

16. Datum van zelfmoordpoging:
dag maand jaar

17. Verwijzing: Naar welke instantie werd de patiënt door u of uw instelling verwezen voor verdere hulpverlening (na de acute behandeling van de huidige poging)?

- 0= Niet verwezen
Reden :
- 1= Ambulant, externe diensten
- 2= Ambulant, eigen diensten
- 3= Gehospitaliseerd

9. Kwam de huidige zelfmoordpoging ter attentie van de huisarts?

(Bij deze vraag willen we nagaan of de poger eerst de huisarts consulteerde, vooraleer hij/zij aangemeld werd op de spoedopnamedienst)

- 1= neen
- 2= ja
- 3= niet bekend

Gegevens betreffende eerder ondernomen zelfmoordpogingen

20. Reeds ondernomen zelfmoordpogingen (met uitzondering van de huidige):

- a) totaal aantal ondernomen zelfmoordpogingen
- b) aantal ondernomen zelfmoordpogingen sinds juni 1998

- 0= geen eerdere
- 1= 1 eerdere
- 2= 2 eerdere
- 3= 3 eerdere
- 4= 4 of meer eerdere zelfmoordpogingen
- 5= niet bekend

21. Voorlaatste zelfmoordpoging: (alleen indien bij de voorgaande vraag 1, 2, 3 of 4 werd ingevuld)

- 1= vorige zelfmoordpoging minder dan twaalf maanden geleden
- 2= vorige zelfmoordpoging meer dan 12 maanden geleden
- 3= datum vorige zelfmoordpoging onbekend of onzeker

22. Periode tussen huidige en vorige zelfmoordpoging:

Aantal dagen

23. Kwam voorlaatste zelfmoordpoging ter attentie van een medische persoon of instantie?

- 1= neen
- 2= ja
- 3= niet bekend

Eventuele opmerkingen of bijzonderheden:

HARTELIJKE DANK VOOR UW MEDEWERKING.

IPEO 2: Tweede psychosociale evaluatie en opvang

Ervaren problemen (handleiding p 11)

Opsomming van een aantal items uit de 'Problem Checklist', aangevuld met andere belangrijke levensgebeurtenissen of uitlokkende factoren, geassocieerd met zelfbeschadigend gedrag. Belangrijk om de tijd en (on)oplosbaarheid van deze problemen na te vragen.

Suggestie om (on)oplosbaarheid te scoren:

1. (gemakkelijk)oplosbaar
2. oplosbaar mits tijd en hulp
3. onoplosbaar

1. Problemen met uw partner
2. Problemen met uw ouders
3. Problemen met uw kinderen
4. Gevoelens van eenzaamheid
5. Problemen in het maken/onderhouden van vriendschappen of sociale relaties
6. Afwijzing door een geliefde
7. Gezondheidsproblemen of handicap
8. Psychische klachten of psychiatrische symptomen
9. Werkproblemen (bv. werkloos, werkdruk, onenigheid met collega's, ontslag)
10. Problemen met justitie/politie
11. Woonproblemen (bv. dakloosheid, slechte behuizing, burenruzies,...)
12. Financiële problemen
13. Schoolproblemen (bv. pesten, dubbelen, onenigheid met leerkrachten,...)
14. Problemen met seksuele oriëntatie
15. **Overlijden/ernstige ziekte van een significante persoon**
16. **Zelfmoordpoging of zelfmoord van een significante persoon**
17. **Traumatische gebeurtenissen (bv. chronische verwaarlozing, fysisch/emotioneel/seksueel misbruik, rampen, geweldpleging,)**
18. Andere;

Tijd (in weken, maanden, jaren)

Score (on)oplosbaarheid

Motieven (handleiding p 11)

RASQ (gebaseerd op 'Reasons for Attempting Suicide Questionnaire')

Wat geeft de patiënt aan als reden(en)/motie(f)(ven) voor de poging?

.....
.....
.....

Aankruisen

1. Mijn gedachten waren zo vreselijk dat ik daar vanaf wilde zijn.
 2. Ik wilde een tijdje weg uit een onmogelijke situatie.
 3. De situatie was zo ondraaglijk dat ik niets anders wist te doen.
 4. Ik leek de controle over mezelf te verliezen en weet niet waarom ik dat toen deed.
 5. Ik wilde mezelf straffen
 6. Omdat ik het gevoel heb niet goed genoeg te zijn om iets waardevols te presteren, ik ben een mislukkeling
 7. Ik wilde hulp bij iemand hulp zoeken voor mijn zenuwen en mijn moeilijkheden.
 8. Ik wilde mensen laten begrijpen hoe ik me voelde en hoe ontredderd ik was.
 9. Ik wilde iemand laten zien hoeveel ik van hem / haar hield.
 10. Ik wilde weten of iemand van me houdt of niet.
 11. Ik probeerde iemand zijn mening te beïnvloeden of te veranderen.
 12. Ik wilde mensen spijt doen krijgen over de manier waarop ze me behandelden.
 13. Ik wilde iemand bang maken.
 14. Omdat ik kwaad was op iemand en het hem/haar betaald wou zetten.
 15. Ik wilde sterven.
- Andere:

Suïcidale intentie (handleiding p 12)

Verkorte versie SIS ('suicide intent scale')

Informeer naar de omstandigheden vlak voor en na dat de patiënt zichzelf probeerde te verwonden of beschadigen

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

1. Was er iemand in de buurt toen u probeerde uzelf iets aan te doen? (bijvoorbeeld in dezelfde kamer of aan de telefoon)

Isolatie

- 0. Iemand aanwezig
- 1. Iemand in de buurt of in contact (vb. via telefoon)
- 2. Niemand in de buurt of in contact

2. Op welk tijdstip heeft u het gedaan? Verwachtte u iemand? Zou er iemand kort erna binnen komen? Wist u dat u lang de tijd had vooraleer iemand binnen zou komen? Of heeft u niet over die mogelijkheid gedacht?

Tijdstip

- 0. Zodanig dat interventie waarschijnlijk is
- 1. Zodanig dat interventie onwaarschijnlijk is
- 2. Zodanig dat interventie zo goed als uitgesloten is

3. Heeft u iets gedaan om te voorkomen dat men u zou vinden?

Bv. telefoon uitgeschakeld, briefje op de deur,...

Voorzorgsmaatregelen tegen ontdekking en/of interventie

- 0. Geen voorzorgsmaatregelen
- 1. Passieve maatregelen, zoals anderen ontlopen, maar niets doen om hun interventie te verhinderen
- 2. Actieve maatregelen (alleen in een kamer met deur op slot)

4. Heeft u nadat u zich had verwond of vergiftigd nog naar iemand gebeld om te zeggen wat u heeft gedaan?

Handeling om hulp te krijgen na de poging

- 0. Bracht mogelijke hulpverlener op de hoogte
- 1. Contacteerde hulpverlener, maar bracht hem of haar niet op de hoogte van poging
- 2. Zocht geen contact met hulpverlener

5. Heeft u nog dingen gedaan zoals rekeningen betaald, afscheid genomen of een testament gemaakt toen u besloten had uzelf te vergiftigen of te verwonden?

Laatste handeling met het oog op de dood

- 0. Geen
- 1. Patiënt heeft overwogen bepaalde zaken af te wikkelen of heeft dat inderdaad gedaan
- 2. Definitieve regelingen getroffen (testament gemaakt, bezittingen weggegeven, zich verzekerd)

6. Had u veel voorbereidingen getroffen? Had u er lang aan gewerkt door bijvoorbeeld lange tijd pillen te sparen?

Mate van planning

- 0. Geen voorbereiding (geen plan)
- 1. Nauwelijks of minimale voorbereiding
- 2. Uitvoerige voorbereiding (gedetailleerd plan)

7. Heeft u één of meer afscheidsbrieven geschreven?

Zo ja: Aan wie?

Zo nee: Heeft u er aan gedacht één te schrijven?

Afscheidsbrief

- 0. Noch een brief geschreven, noch er aan gedacht
- 1. Aan gedacht om één te schrijven, maar niet gedaan
- 2. Brief geschreven, of geschreven maar weer verscheurd

8. Heeft u in het afgelopen jaar tegen burens, vrienden en/of familie, impliciet of expliciet, gezegd dat u uzelf iets zou aandoen?

Uitlating vooraf over plannen

- 0. Geen
- 1. Dubbelzinnige of bedekte uitlatingen
- 2. Ondubbelzinnige uitlatingen

SIS omstandigheden score:

9. Welke gevoelens had u tegenover leven en dood? Had u sterker het gevoel te willen leven, dan te willen sterven? Of kon het u niet schelen of u zou leven of sterven?

Ambivalentie ten opzichte van het leven

- 0. Respondent wilde niet sterven
- 1. Het kon respondent niet schelen of hij/zij zou leven of sterven
- 2. Respondent wilde sterven

Aanwezigheid suïcidegedachten en –plannen (handleiding p 12)

Onafhankelijk van het feit of de patiënt tijdens het eerste gesprek terugkerende suïcidale gedachten aangeeft (cf. hoofdstukje 'inschatting van emoties en gedrag; p 2), is het aangewezen hierop nogmaals in te gaan.

Heeft de patiënt momenteel het verlangen zichzelf te verwonden of te beschadigen? Heeft hij/zij erover nagedacht hoe hij/zij zichzelf wil beschadigen of vergiftigen? Welke methode zou hij/zij gebruiken? Is de methode beschikbaar?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Psychiatrische voorgeschiedenis/Behandelingen (handleiding p 13)

Andere of gelijkaardige psychische klachten/symptomen in het verleden?

Hiervoor behandeld geweest? Door wie? Hoe lang? Positief of negatieve ervaring? Bent u momenteel nog in behandeling?

1.....

2.....

3.....

4.....

Alcoholgebruik (handleiding p 13)

FAST ('Fast screening for alcohol misuse')

1. Hoe vaak drinkt u 6 of meer (voor de mannen 8 of meer) alcoholische dranken tijdens één gelegenheid?

1 alcoholische consumptie = 1glas bier, 1 glas wijn,...

- nooit => **stoppen, geen vermoeden van alcoholmisbruik**
- minder dan 1 maal per maand
- maandelijks
- wekelijks => **stoppen, vermoeden van alcoholmisbruik**
- dagelijks of bijna dagelijks => **stoppen, vermoeden van alcoholmisbruik**

2. Hoe vaak bent u gedurende het afgelopen jaar niet in staat geweest u zich iets te herinneren van de avond / dag voordien omwille van uw drankgebruik?

- nooit
- minder dan 1 maal per maand
- maandelijks
- wekelijks
- dagelijks of bijna dagelijks

3. Hoe vaak heeft u gedurende het afgelopen jaar gefaald te doen wat normaal van u verwacht werd omwille van uw drankgebruik?

- nooit
- minder dan 1 maal per maand
- maandelijks
- wekelijks
- dagelijks of bijna dagelijks

4. Is er in het afgelopen jaar iemand (een verwante, een vriend(in), een dokter, of een andere professioneel) bezorgd geweest over uw drankgebruik en heeft die persoon gesuggereerd te minderen met drinken?

- nee
- ja, op één gelegenheid
- ja, op verschillende gelegenheden

Druggebruik (handleiding p 13)

Aan- of afwezigheid van druggebruik. Welke middelen? Problematisch?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Sociaal netwerk en steun (handleiding p 14)

Welke belangrijke personen uit de directe omgeving zijn er op de hoogte van de moeilijkheden van de patiënt.

Wie wenst de patiënt te betrekken in zijn/haar herstel.

Zijn deze significante personen in staat om praktische of emotionele steun te bieden.

.....
.....
.....
.....
.....

Zorgbehoeften aangegeven door patiënt en omgeving (handleiding p 14)

Peilen naar verwachtingen omtrent verzorging en nazorg van de patiënt zelf en zijn directe omgeving.

Eventueel informatie verzamelen omtrent ingeschatte zorgbehoeften door de huisarts of andere voormalige behandelaars.

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Diagnose en Zorgtraject

Diagnose

Klinische Stoornissen

1.
2.
3.

Persoonlijkheidsstoornissen & zwakzinnigheid

1.
2.
3.

Somatische aandoeningen

1.
2.
3.

Psychosociale en omgevingsproblemen

1.
2.
3.

Algehele beoordeling van het functioneren

GAF:

Probleemomschrijving

.....
.....
.....
.....
.....

Risico-inschatting

cf. motieven, suïcidale ideatie, suïcidale intentie, onoplosbaarheid bij ervaren problemen, eerdere suïcidepogingen, alcohol- en drugmisbruik, ...

cf. sociodemografische en gebeurtenisgerelateerde risicofactoren

cf. handleiding risico-inschatting en literatuurbijlage

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Behandelplan

cf. sociale netwerk en steun, zorgbehoeften aangegeven door patiënt en omgeving, psychiatrische voorgeschiedenis/behandelingen

cf. handleiding behandelplan en literatuurbijlage

Behandelplan

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

BIJLAGE 3: FLYER (VERSIE VOOR REGIO HASSELT)

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 de CGG's. CGG/LITP Ilgatlant 11/3 3500 Hasselt tel.: 011 286840 en CGG VGGZ Groenplein 5 3500 Hasselt 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

BIJLAGE 4: INHOUD EN OPZET VAN DE TRAININGSESSIES

Training IPEO

A. Doelstellingen training

- Patiënten met een suïcidepoging kunnen identificeren: kennis begrippen
- Inzicht verwerven in het suïcidaal proces
- Kennis van risicofactoren op suïcide en suïcidepogingen
- Kennis van aanleidingen en motieven van suïcidepogers
- Kennis risico-inschatting op recidieven en suïcide
- Basiskennis mbt preventieve en curatieve aspecten
- Correcte attitudes ontwikkelen tov deze patiëntengroep en hun naasten
- Gespreksvaardigheden inoefenen met het oog op opvang patiënt en omgeving
- IPEO kunnen gebruiken
- Communiceren met team en rapporteren
- Kennis klinisch pad
- Kennis van sociale kaart (voorzieningen geschikt voor verdere vervolgzorg)
- Afspraken kennen rond implementatie PEOSAZ

B. Inhoud

1. Situering van het PEOSAZ project:
 - Initiatiefnemers, zesde gezondheidsdoelstelling, wetenschappelijke omkadering
 - Doel IPEO: inschatten risico's op recidieven en suïcide, zorgbehoeften in kaart brengen, opvang verzekeren en toegeleiden naar vervolgzorg, inhoud IPEO schematisch
 - Rationale: suïcidepogers hoog risicogroep, veelal psychiatrische problematiek aanwezig, moeilijk te motiveren voor vervolgzorg, lage therapietrouw
2. Epidemiologische gegevens
 - Suïcide in de wereld, in België, in Vlaanderen + evoluties + suïcidemethodes
 - Suïcidepogingen: vergelijking registratieonderzoek in Vlaanderen (WESOV) en WHO/EURO studie, huisartsenpeilpraktijken/methodes/ conclusies/eigen ervaringen?
3. Definities (begrippen verhelderen)
 - afbakening van de doelgroep opmerking: gewenste veranderingen als doel
 - oefening: wanneer spreken van een suïcidepoging?
4. Kenmerken van suïcidaal gedrag
 - kwetsbaarheid: aangeboren en verworven

- stoornis serotonerg systeem
 - impulsiviteit
 - stoornis affectregulatie
 - kenmerken cognitief functioneren
 - gebrekkige en/of rigide probleemoplossende vermogens
 - bedreigde levensdoelen
 - kwetsbaar zelfbeeld
 - belang van 'leren' en voorbeelden
5. Toelichting: het suïcidaal proces
 - suïcidaliteit: cry of pain/ cry for help
 - hopeloosheid
 - entrapment
 - proceskarakter
 - belang van tijd winnen
 6. Risicofactoren
 - Sociodemografisch, man/vrouw, alleenstaand, gebrek aan inbedding, lager opgeleid, werkeloosheid
 - psychiatrische factoren bij suïcide en bij suïcidepogers
 - life events
 - suïcidepogers: hoog risicogroep, kenmerken van firts evers/repeaters
 7. Beschermende factoren
 - familiaal
 - persoonlijkheid en cognitieve stijl
 - culturele en sociodemografische factoren
 8. Psychologische dimensies bij suïcidepogers
 9. Motieven bij pogers
 - extrapunitieve en manipulatieve
 - interne perturbatie
 - gegevens wetenschappelijk onderzoek over motieven
 10. Suïcidale intentie van de poging
 - begripsomschrijving
 - elementen die ernst suïcidale intentie weergeven
 11. Groepsdiscussie aan de hand van uitdagende stellingen: testen van kennis en attitudes
 12. Gespreksvaardigheden: do's en dont's, juist woordgebruik, hoe empathie communiceren? Hoe 'pijn valideren'? Hoe motiveren vervolgzorg? Hoe 'hoop' creëren?
 13. 'Moeilijke patiënten': hoe omgaan? Wat doet dit met mij als hulpverlener?

- onrustige patiënt
- agressieve patiënt
- recidivisten
- zorgweigeraars

14. Indicaties hospitalisatie

15. Zorgbehoeften bij suïcidepogers: wat geven ze zelf aan als zorgbehoeften en wat vinden hulpverleners dat er als zorg moet aangeboden worden? Hoe deze 2 zaken matchen en komen tot een werkzaam hulpverleningsaanbod?

16. Sociale kaart: welke diensten zijn van belang in het zorgaanbod?

17. Belangrijke elementen bij risico-inschatting

- suïcidale ideatie
- suïcide intentie van de poging
- letaliteit van de poging
- motieven
- eerdere suïcidepogingen
- mentale stoornis
- psychiatrische voorgeschiedenis
- trauma
- cognitief: is probleem oplosbaar?
- Gebrek aan sociale steun
- Hopeloosheid
- Weigeren nazorg
- Sociodemografische factoren

18. Casuïstiek

- voorbeeld casus
- eigen ervaringen
- oefeningen via rollenspel: doel, gesprek op gang brengen in kader IPEO, correcte attitudes, betrekken omgeving, motiveren voor gesprek psi's, motiveren hospitalisatie, motiveren contact huisarts

19. IPEO in de praktijk

IPEO 1

- opvang start op de spoed
- Hoe introduceren?
- Hoe spreken met patiënt en omgeving?

- Wat is cognitief functioneren?
- Toelichting: oordeelsvermogen/ gedwongen opname/
- Inschatting emoties en gedrag: hopeloosheid peilen, hopeloosheid slaat eerder op het niet kunnen zien van positieve zaken in de toekomst dan op de aanwezigheid van verwachte negatieve zaken
- Actuele suïcidegedachten bevragen; hoe in de praktijk?
- Toelichting: wat begrijpen we onder de verschillende termen opgesomd bij 'mentale stoornis'
- WESOV registratie: belang en gebruik
- Bereidheid verdere begeleiding: geef toelichting bij 'klinisch pad', indien patiënt zorg weigert: belangrijkste interventies zijn
 - Aangeven dat je poging ernstig neemt en dat patiënt best verder hulp zoekt in overleg met huisarts. Huisarts aanwezig stellen als belangrijke hulpverlener ook bij dergelijke crisis.
 - Voorstellen de huisarts te contacteren zo vlug mogelijk, zeker binnen de week. Begeleiders motiveren. Verduidelijking geven bij rapportage aan huisarts (instemming noodzakelijk).

IPEO 2: de 'psi's

- Welke problemen liggen aan de basis, hoe ervaart patiënt dit en omgeving? Bevraging helpt structuur aan te brengen en te nuanceren. Van 'alles loopt fout' naar 'waar loopt het fout' en 'hoe oplosbaar schat je dat in'?
- Motieven laten vetrullen en checken
- Suïcidale intentie: hoe is de poging voorbereid en uitgevoerd?
- Actuele suïcidegedachten/wensen/plannen?
- Psychiatrische voorgeschiedenis
- FAST
- Druggebruik inventariseren
- Sociaal netwerk bevragen en betrekken
- Zorgbehoeften inventariseren
- Diagnose
- Samengevat: risico-inschatting
- Behandelplan: hospitalisatie intern? PAAZ? Verwijzing intern/ambulant: criteria

20. Vervolgzorg: belang en communiceren met HA en volgende zorgverstrekker

21. gegevensformulier

- informed consent
- wie vraag patiënt voor onderzoek en hoe?
- Afspraken in het ziekenhuis: stroomdiagram en afspraken implementatie PEOSAZ

22. Belang samenwerking met huisartsen

- belang rapportering
- 'flyer' waarom?
- vormingsaanbod huisartsen

C. Didactische vormen

1. Gebruik PPT presentatie
2. Groepsdiscussie nav uitdagende stellingen
3. Illustratie door middel van casuïstiek
4. Rollenspel

D. Gebruikte materialen

1. Powerpointpresentatie en hand-outs
2. Woordenlijst
3. tekst: bejegening van de suïcidale patiënt
4. IPEO 1 en IPEO 2
5. Gegevensformulier
6. Handleiding
7. Wetenschappelijke verantwoording
8. Klinisch pad/ Stroomdiagram AZ
9. Afsprakenbundels

BIJLAGE 5: STRAMIEN EVALUATIE EN TERUGKOPPELING

Evaluatie- en terugkoppelingsmoment

■ Toelichten doel van overleg

- Zicht krijgen op gevolgde werkwijze bij implementatie van het project en, meer in het algemeen, op klinisch pad
- wederzijdse stand van zaken geven over het verloop van het project
- evaluatie project door de betrokken partijen binnen het ziekenhuis

■ Stand van zaken

Sara licht kort stand van zaken project toe (aantal ontvangen gegevensformulieren, aantal patiënten geworven voor het onderzoek).

■ Implementatie van project / ervaringen

Algemeen

- Hoe zijn alle betrokken afdelingen/personeel geïnformeerd over het onderzoek?
- Zijn alle formulieren (flyer, informed consent, ipeo's, gefrankeerde enveloppen, registratieformulieren) beschikbaar, daar waar ze nodig zijn?
- Welke afspraken zijn er gemaakt binnen de afdeling?
tussen de afdelingen?

Met betrekking tot IPEO

- Wie vult IPEO 1 / IPEO 2 in?
- Waar komen de ingevulde instrumenten terecht?
- Is het voor iedereen duidelijk wanneer een patiënt reeds geëvalueerd is a.d.h.v. IPEO?
- In hoeverre lukt om IPEO bij elke patiënt af te nemen?
 - Op PAAZ
 - Op spoedafdeling
- Ervaringen met gebruik IPEO? Welke moeilijkheden ervaart men? Ziet men het nut in van een dergelijk instrument?
- Worden de resultaten van het IPEO intern of extern gerapporteerd of gecommuniceerd?
- Hoe gebeurt de rapportering naar de huisarts en welke gegevens bevat een dergelijk rapport?

- Wordt de flyer systematisch bij de rapportering gevoegd? Ook bij patiënten die niet deelnemen aan het onderzoek? Ook bij patiënten die niet gehospitaliseerd worden en enkel geholpen waren op de spoedafdeling?
- In hoeverre brengt het project een extra grote werklast met zich mee voor het betrokken personeel?

Met betrekking tot werving onderzoeksgroep en registratie:

- Wie vraagt patiënten om mee te werken aan het onderzoek? Persoon die IPEO afneemt?
- Hoe gebeurt dit? Wordt het onderzoek toegelicht aan de hand van brief en informed consent? Geeft men brief aan patiënt en laat men hem/haar hierover nadenken?
- Wanneer gebeurt dit? Bij opname, kort bij ontslagdatum?
- Is het voor iedereen duidelijk wanneer een patiënt reeds gevraagd is voor onderzoek?
- Welke moeilijkheden ervaart men bij het werven van patiënten?
- Is de groep patiënten die geworven wordt voor het onderzoek representatief voor de totale populatie suïcidepogers? Treedt er een selectie-effect op?
- Wordt de definitie van wat een suïcidepoging uitmaakt, correct gevolgd?
- Wordt er aan patiënten steeds voorgesteld om binnen de week contact op te nemen met de huisarts?

■ Klinisch pad

- Wordt er bij de opvang van suïcidepogers een klinisch pad gevolgd?
Zo ja, is deze werkwijze zwart op wit vastgelegd?
Zo nee, zijn er mondelinge afspraken omtrent de opvang suïcidepogers?
- Welke maatregelen moeten er genomen worden om een dergelijk klinisch pad te ontwikkelen/te verbeteren?

BIJLAGE 6: STRAMIEN FOCUSGROEPEN

Focusgroepen

I. Voorstelling

- voorstelling interviewers (Rita en Sara)
- deelnemers zichzelf laten voorstellen: naam, functie (gemengde groepen van invullers IPEO, kunnen verpleegkundigen spoed en PAAZ zijn, psychiaters, psychologen)
- IPEO's uitdelen

II. Toelichting focusgroep

- doel focusgroep
- werkwijze
- gebruik van dictafoon
- tijdsbestek

III. Vragen

A. **Stand van zaken mbt aantal IPEO's: toegelicht door Sara en gecheckt met IPEO's uitgevoerd in ziekenhuis**

B. **Door wie afgenomen?**

C. **Aantal patiënten bij wie IPEO niet werd afgenomen? Reden?**

D. **Inhoudelijk IPEO 1**

- Heeft bevraging via IPEO 1 meerwaarde vergeleken met reeds bestaande werking? Welke meerwaarde? Meer informatie verzameld?
- Overbodige items? → cf. documentenanalyse
- Informatie die niet kan worden ingevuld op IPEO 1 → cf. documentenanalyse
- Welke items waren moeilijk om in te vullen? Moeilijk om te bevragen?
- Hoe werd IPEO 1 concreet gebruikt? Bij de hand tijdens gesprek? Gesprek aangaan en IPEO nadien invullen?
- Wat als blijkt dat patiënt niet verder kan bevraagd worden (te zwaar geïntoxiceerd bv), wanneer wordt IPEO 1 terug opgenomen en door wie?
- Werd handleiding geraadpleegd? Wetenschappelijke verantwoording?

- Tijdsbesteding?
- Wesov-registratie: ervaren zinvolheid door personeel/ door patiënten?

E. Inhoudelijk IPEO 2

- heeft bevraging via IPEO 2 meerwaarde vergeleken met reeds bestaande werking? Welke meerwaarde?
- Overbodige items? → cf. documentenanalyse
- Welke items waren moeilijk om in te vullen? Moeilijk om te bevragen?
- Hoe werd IPEO 2 concreet gebruikt? Bij de hand tijdens gesprek? Gesprek aangaan en IPEO2 nadien invullen?
- Werde handleiding geraadpleegd? Wetenschappelijke verantwoording?
- Extra tijdsbesteding?

F. Dossieropbouw

- worden gegevens uit IPEO 1 en 2 gebruikt voor dossieropbouw? Communicatie tussen IPEO 1 en verdere zorg?
- Op welke manier gebruikt? Verslag, IPEO als geheel in dossier?

G. Rapportering

- Hoe gebeurt de rapportering op dit moment?
 - o vanuit spoed
 - o na opname
- worden gegevens IPEO gebruikt in communicatie met andere hulpverleners?
 - o Intern (vb IPEO ingevuld door verpleegkundigen/ psychologen... invloed op beleid behandelend geneesheer/ psychiater?)
 - o Extern
- op welke manier gecommuniceerd? Via verslag, mondeling/telefonisch, teamoverleg?

H. Voorstel nazorg

- Heeft gesprek adhv IPEO 1 en/of 2 invloed op bereidheid van patiënten om verdere begeleiding op te nemen?
- Welke invloed heeft bevraging op hulpverlenend contact?
- In hoeverre sturen de aspecten van IPEO 2 (o.a. zorgbehoeften aangegeven door patiënt en omgeving) het behandelingsvoorstel aan?

G. Reacties patiënten/omgeving

- Reacties patiënten op bevraging via IPEO 1/ IPEO 2?
- Reacties familieleden? Ondersteunend, belemmerend?

H. Modaliteit van projectimplementatie

⇒ verifiëren werkwijze bij projectimplementatie

- Waar liggen de sterke punten in deze werkwijze? Waar de zwakke?
- In hoeverre verschilt werkwijze voor en tijdens project?
- Is deze werkwijze ingebouwd in het beleid? Stuur PEO-procedure het beleid aan?
- is deze werkwijze haalbaar/werkbaar op langere termijn? Zo ja, zal deze werkwijze worden verder gezet?
- Risico-inschatting? Voldoende duidelijk hoe?
- Beslissing te voeren beleid: criteria opname PAAZ/ PZ?
- Hoeveel tijd nodig voor IPEO 1 en 2? Is hospitalisatie meestal noodzakelijk? 24 uur/ 48 uur/meer???
- Worden IPEO's afgenomen in aparte ruimte op spoed?
- Stel: overheid wil IPEO in Vlaamse ziekenhuizen implementeren en tot 'standaard procedure' maken. Welke voorstellen kunnen gedaan worden om van IPEO1/2 werkbaar instrument te maken?

BIJLAGE 7: STRAMIEN DOCUMENTENANALYSE

1. Evalueren op volledigheid

- welke items worden systematisch ingevuld?
- Welke niet?
- Is er een verschil qua volledigheid antwoorden bij invulling door spoedvpk (IPEO 1), psy vpk (IPEO 1 en 2), psychiater (IPEO 1 en 2)?
- Wesov-registratie
- Informatie ingevuld waar binnen IPEO geen ruimte voor is?

2. Evalueren op inhoud

- Leveren de vragen de bedoelde informatie op?
- Is er een verschil qua inhoudelijkheid antwoorden bij invulling door spoedvpk, psy vpk, psychiater?
- Item risico-inschatting: cf. motieven, suïcidale ideatie, suïcidale intentie, onoplosbaarheid ervaren problemen, eerdere pogingen, alcohol- en drugmisbruik,
- Item behandelplan: cf. sociale netwerk en steun, aangegeven zorgbehoeften, psychiatrische voorgeschiedenis,

ZIEKENHUIS

Psychosociale Evaluatie en Opvang Suicidepogers
Registratieperiode ... november 2005 – 30 november 2005

Aantal suïcidepogers TOTAAL

--

Aantal suïcidepogers die het ziekenhuis rechtsreeks verlaten vanuit spoedafdeling en geen psychosociale evaluatie/opvang hebben gehad³

--

³ Patiënt kan geen psychosociale opvang/evaluatie hebben gehad omwille van uiteenlopende redenen: patiënt wijst opvang/evaluatie af, personeel kan geen opvang/evaluatie verzekeren omwille van tijdsgebrek, personeelstekort....

Patiënten die vanuit spoedafdeling het ziekenhuis verlaten maar wel geëvalueerd/opgevangen zijn aan de hand van 'IPEO' behoren uiteraard niet tot deze tweede categorie.

BIJLAGE 9: GEGEVENSFORMULIER

Gegevensformulier

Naam ziekenhuis:

IPEO 1 uitgevoerd

Zo ja, naam en functie van de uitvoerder

datum en tijdstip uitvoering/...../..... (DD / MM / YY) (uur)

IPEO 2 uitgevoerd

Zo ja, naam en functie van de uitvoerder

datum/data uitvoering/...../..... (DD / MM / YY)

...../...../..... (DD / MM / YY)

Voorstel tot nazorg besproken met patiënt

Zo ja, welk voorstel?

.....

.....

Flyer verstuurd naar huisarts

Verslag van IPEO 1 en/of 2 verstuurd naar huisarts

Verslag verstuurd naar andere nazorgverstrekkers

Zo ja, welke?

.....

.....

Patiënt gevraagd om deel te nemen aan onderzoek

Zo nee, reden:

Patiënt heeft informed consent getekend

Naam + voornaam patiënt:

Geslacht: M / V Geboortedatum:/...../.....

Telnr./GSM patiënt:

Adres:

Indien doorverwezen → telnr. Paaz/PZ/...../:

.....

.....

Datum opname:/...../..... (DD/MM/YY)

Naam huisarts:

Datum ontslag:/...../..... (DD/MM/YY)

Middel: 0 Intoxicatie

0 Zelfverwonding

0 Andere:

Ernst lichamelijk letsel: 0 Geen

0 Beperkt

0 Ernstig

0 Levensbedreigend

BIJLAGE 10: INFORMED CONSENT



Geachte,

Momenteel loopt in samenwerking tussen [naam ziekenhuis] en de Onderzoeksgroep Gezondheidspsychologie van de Universiteit Hasselt (UHasselt) een onderzoek rond de psychosociale opvang en evaluatie van patiënten die in het ziekenhuis zijn opgenomen vanwege een crisis.

Graag hadden wij hiervoor uw medewerking gevraagd.

Het onderzoek houdt in dat [naam ziekenhuis] de onderzoeker van de UHasselt (Sara De Clerck) ervan op de hoogte brengt wanneer de patiënt uit het ziekenhuis ontslagen werd, door wie en hoe de patiënt werd opgevangen en welke afspraken gemaakt werden voor de vervolgzorg, en dat de onderzoeker drie weken na ontslag telefonisch contact opneemt met de patiënt voor een kort gesprek.

Tijdens dit gesprek worden enkele vragen gesteld over de opname in het ziekenhuis: hoe tevreden is de patiënt over de opvang in het ziekenhuis, welke vervolgzorg is voorgesteld in het ziekenhuis, welke verdere hulpverlening heeft de patiënt gezocht, hoe voelt de patiënt zich.

Dit contact heeft niet 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 de opvang in het ziekenhuis na een crisisopname en de verdere vervolgzorg 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 onderzoekers van de UHasselt en het ziekenhuis.

Toestemmingsformulier

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

- Ik geef hierbij aan het [naam ziekenhuis] de toelating om mijn identificatiegegevens, zijnde naam, leeftijd, telefoonnummer en – indien geen telefoonnummer – adres door te geven aan de onderzoeker.
- Ik geef de toelating aan de onderzoeker om mij éénmalig, telefonisch te contacteren 3 weken na ontslag uit het ziekenhuis voor deze crisisopname.
- Ik geef [naam ziekenhuis] daarenboven de toelating om een beperkt verslag over deze crisisopname door te geven aan de onderzoeker. Dit verslag omvat: datum van opname en ontslag, door wie u werd opgevangen en welk voorstel voor nazorg is gedaan, 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

.....

Geachte,

Momenteel loopt in samenwerking tussen [naam ziekenhuis] en de Onderzoeksgroep Gezondheidspsychologie van de Universiteit Hasselt (UHasselt) een onderzoek rond de psychosociale opvang en evaluatie van patiënten die in het ziekenhuis zijn opgenomen vanwege een crisis.

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

Het onderzoek houdt in dat [naam ziekenhuis] de onderzoeker van UHasselt (Sara De Clerck) ervan op de hoogte brengt wanneer de patiënt uit het ziekenhuis ontslagen werd, door wie en hoe de patiënt werd opgevangen en welke afspraken gemaakt werden voor de vervolgzorg, en dat de onderzoeker drie weken na ontslag telefonisch contact opneemt met de patiënt voor een kort gesprek.

Tijdens dit gesprek worden enkele vragen gesteld over de opname in het ziekenhuis: hoe tevreden is de patiënt over de opvang in het ziekenhuis, welke vervolgzorg is voorgesteld in het ziekenhuis, welke verdere hulpverlening heeft de patiënt gezocht, hoe voelt de patiënt zich.

Dit contact heeft niet 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 de opvang in het ziekenhuis na een crisisopname en de verdere vervolgzorg 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 onderzoekers van de UHasselt en het ziekenhuis.

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 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, leeftijd, telefoonnummer en – indien geen telefoonnummer – adres door te geven aan de onderzoeker.
- Wij geven de toelating aan de onderzoeker om hem/haar éénmalig, telefonisch te contacteren 3 weken na ontslag uit het ziekenhuis voor deze crisisopname.
- Wij geven [naam ziekenhuis] daarenboven de toelating om een beperkt verslag over deze crisisopname door te geven aan de onderzoeker. Dit verslag omvat: datum van opname en ontslag, door wie u werd opgevangen en welk voorstel voor nazorg is gedaan, ernst lichamenlijk letsel, gebruikt middel bij suïcidepoging en de naam van de 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:.....

BIJLAGE 11: STRAMIEN TELEFONISCHE BEVRAGING

Goede(morgen, middag, avond), u spreekt met Sara De Clerck, onderzoeker aan de Universiteit Hasselt.

Ongeveer drie weken geleden bent u in het ziekenhuis opgenomen geweest omwille van een crisis. In het ziekenhuis heeft u toen toegestemd om mee te werken aan een onderzoek. Herinnert u zich dit nog? Dit onderzoek wordt uitgevoerd door de Universiteit van Hasselt, vandaar dat ik u bel. Zou ik u enkele korte vraagjes mogen stellen?

- ✘ Wat vond u van de opvang die u in het ziekenhuis heeft gehad?
- ✘ Meer in het bijzonder: opvang op de spoedafdeling
Opvang op de PAAZ/andere afdeling
- ✘ Hoe tevreden bent u over de opvang in het algemeen (in hoeverre u geholpen bent geweest)?
 - Heel tevreden, matig tevreden, niet tevreden
 - 10/10
- ✘ Welke gesprekken met hulpverleners heeft u gehad tijdens uw opname?
- ✘ Waar bent u niet of minder tevreden over?
- ✘ Welk voorstel voor nazorg heeft men u in het ziekenhuis gedaan?
- ✘ Heeft u dit voorstel opgevolgd?
 - Zo ja, tevreden over nazorg?/10
 - Zo nee, waarom niet?
- ✘ Heeft u na uw ontslag uit het ziekenhuis contact gehad met uw huisarts?
 - Ja → Op wie zijn initiatief is dit contact er gekomen?
 - Hoe verliep dit contact? Tevreden over?
 - Nee → bent u nog van plan contact op te nemen?

BIJLAGE 12: SCHRIFTELIJKE BEVRAGING



Beste,

Een tijdje geleden bent u omwille van een crisis opgenomen geweest in het ziekenhuis. Tijdens deze opname hebben ze U in het ziekenhuis gevraagd of u zou willen meewerken aan een onderzoek dat uitgevoerd wordt door medewerkers van de Universiteit van Hasselt (onderzoeksgroep Gezondheidspsychologie). U heeft toen een formulier ingevuld en ondertekend waarmee u aangaf bereid te zijn om mee te werken aan dit onderzoek. Het onderzoek bestaat uit een éénmalig telefonisch contact (ongeveer drie weken na ontslag uit het ziekenhuis), waarbij mensen gevraagd worden hoe ze de opvang tijdens en na de ziekenhuisopname hebben ervaren. We willen nagaan wat de beste manier is om mensen na een crisis te helpen.

Ik heb u telefonisch niet kunnen bereiken, vandaar deze brief. Mogen we u vriendelijk vragen om enkele vragen te beantwoorden of te laten weten op welk nummer u te bereiken bent? U zou er mij en mijn onderzoeksteam een groot plezier mee doen. Wij zijn er tevens van overtuigd dat uw medewerking ervoor kan zorgen dat we naar de toekomst toe beter weten welke hulp er nodig is, ook op langere termijn. Het gaat telkens om korte vragen waarbij u het bolletje kleurt dat overeenkomt met uw antwoord of een kort antwoord opschrijft.

Indien u schriftelijk wenst te reageren, kan u deze brief terug opsturen door middel van de bijgevoegde enveloppe, waarop u geen postzegel hoeft te kleven. Uw gegevens worden in geen enkel geval doorgegeven en worden behandeld onder volstrekte geheimhouding.

Indien u nog vragen heeft, dan kan u mij steeds bereiken op volgend telefoonnummer:

011/26.86.97

Alvast erg bedankt,

Met vriendelijke groeten,

Sara De Clerck

Onderzoeker Gezondheidspsychologie

Universiteit Hasselt

Vragen

1. Wat vond u van de opvang die u in het algemeen ziekenhuis heeft gehad naar aanleiding van uw recente crisissituatie?

.....
.....

2. Hoe tevreden bent u over de opvang en behandeling in het ziekenhuis? Het gaat hier enkel over uw opname 3 weken geleden.

Omcirkel van 0 (heel ontevreden) tot 10 (heel tevreden).

Heel
ontevreden

Heel
tevreden

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3. Meer in het bijzonder: **opvang op de spoedafdeling**

0 zeer goed

Opmerkingen:

0 goed

.....

0 matig

.....

0 slecht

0 zeer slecht

opvang nadien op de verblijfsafdeling

0 zeer goed

Opmerkingen:

0 goed

.....

0 matig

.....

0 slecht

0 zeer slecht

4. Heeft u hulpverlenende gesprekken gehad tijdens uw opname? (meerdere antwoorden mogelijk)

Gesprek met 0 iemand, maar ik ken zijn of haar functie niet

0 psychiater/psychologe

0 psychologe

0 verpleegkundige

0 spoedarts

0 geen hulpverlenend gesprek

5. Waar bent u niet of minder tevreden over?

.....

6. Heeft u na ontslag uit het ziekenhuis contact gehad met uw huisarts?

- Ja, ongeveer ... week/weken na mijn ontslag uit het ziekenhuis
- Neen

Zo ja, 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

Bent u tevreden over het gesprek met uw huisarts?

- Zeer tevreden
- Tevreden
- Neutraal
- Ontevreden
- Zeer ontevreden

Zo nee, kan u aangeven waarom er geen contact is geweest met uw huisarts? 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,

Bent u nog van plan contact op te nemen met uw huisarts?

- Ja
- Nee

7. Heeft men u in het ziekenhuis een voorstel gedaan om na uw opname contact op te nemen met andere hulpverleners?

- Neen
- Ja, voorstel om contact op te nemen met
 - daghospitalisatie
 - psychiater/psycholoog van het ziekenhuis
 - privé gevestigd psychiater/psycholoog
 - psychotherapeut
 - Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG, DAGG; CAD)
 - OCMW
 - psychiatrisch ziekenhuis
 - zelfhulpgroep
 - andere, namelijk

8. Bent u momenteel in behandeling bij andere hulpverleners dan uw huisarts? Meerdere antwoorden mogelijk.

- Neen, geen enkele vervolgbehandeling
- Ja, ik ben in behandeling in/bij:
 - daghospitalisatie
 - psychiater/psycholoog van het ziekenhuis
 - privé gevestigd psychiater/psycholoog
 - psychotherapeut
 - Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG, DAGG, CAD)
 - OCMW
 - psychiatrisch ziekenhuis
 - zelfhulpgroep
 - andere,

Zo ja, bent u tevreden over deze hulpverlening?

Omcirkel van 0 (heel ontevreden) tot 10 (heel tevreden).

Heel ontevreden												Heel tevreden
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		

Zo nee, waarom heeft u geen verdere hulpverlening gezocht?

- de huisarts volgt mij op
- ik heb geen vertrouwen in andere hulpverlening
- ik vind het niet nodig om andere hulpverlening te zoeken
- ik ben nog aan het overwegen bij wie of waar ik verdere hulp ga zoeken
- andere reden, namelijk

Telefoonnummer waarop we u kunnen bereiken:

Hartelijk bedankt voor uw medewerking!

BIJLAGE 13: KENNIS-, ATTITUDE-, EIGENEFFECTIVITEIT-VRAGENLIJST

IPEO 1 of 2 ingevuld: 0 Ja → Hoeveel keer?		0 1 keer	0 meer dan 1 keer
0 Nee			
Naam:		Datum:	
Functie:	0 spoedpersoneel	0 paaz / psychiatrisch verpleegkundige	
	0 psychiater/psycholoog	0 ander, nl.	
	0 sociaal werker		

Onderstaande vragen handelen over uw mening aangaande zelfmoord. Deze vragen zijn afkomstig van de 'Attitudes Towards Suicide questionnaire' (ATTS) en zijn vertaald en aangepast met toestemming van Dr. Ellinor Salander Renberg. Wilt u a.u.b. de antwoordmogelijkheid aankruisen die het best in overeenstemming is met uw mening? Er zijn geen 'goede' of 'slechte' antwoorden!

	Helemaal niet mee eens	Niet mee eens	Onbeslist	Mee eens	Helemaal mee eens
1. Mensen die zelfmoordgedachten hebben, kunnen altijd geholpen worden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Zelfmoord kan je nooit goedpraten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Zelfmoord plegen is één van de ergste dingen die men zijn familie kan aandoen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. De meeste zelfmoordpogingen gebeuren impulsief.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Zelfmoord is aanvaardbaar als een manier om een einde te maken aan een ongeneeslijke ziekte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Eens een persoon beslist heeft zelfmoord te plegen, kan niemand hem/haar daar van af brengen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Veel zelfmoordpogingen worden ondernomen uit wraak of om iemand anders te straffen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Mensen die zelfmoord plegen, zijn meestal psychisch ziek.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Iedereen heeft de plicht om te verhinderen dat iemand zelfmoord pleegt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Helemaal niet mee eens	Niet mee eens	Onbeslist	Mee eens	Helemaal mee eens
10. Iemand die zelfmoord pleegt heeft daar meestal lang over nagedacht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Het risico bestaat dat je mensen op zelfmoordgedachten brengt door ernaar te vragen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Mensen die dreigen met zelfmoord, ondernemen meestal geen poging.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Zelfmoord is een onderwerp waar je best niet over praat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Eenzaamheid zou voor mij een reden kunnen zijn om zelfmoord te plegen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Iedereen heeft ooit in zijn leven al eens aan zelfmoord gedacht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Er kunnen situaties zijn waarin zelfmoord de enige redelijke oplossing is.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Ik acht mijzelf in staat te zeggen dat ik zelfmoord wil plegen zonder het echt te menen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Zelfmoord kan een opluchting betekenen voor de betrokkenen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Vooral zelfmoord bij jongeren is moeilijk te begrijpen, want ze hebben nog zoveel om voor te leven.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Ik zou zelfmoord overwegen indien ik zou lijden aan een ernstige, ongeneeslijke ziekte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Eens een persoon zelfmoordgedachten heeft gehad, blijft dat terug komen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Helemaal niet mee eens	Niet mee eens	Onbeslist	Mee eens	Helemaal mee eens
22. Zelfmoord gebeurt zonder enige waarschuwing vooraf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. In een gesprek, vermijden de meeste mensen het onderwerp zelfmoord.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Als iemand zelfmoord wil plegen, is dat een private zaak waar wij ons niet mee moeten moeien.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Eenzaamheid ligt meestal aan de basis van zelfmoord.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Een zelfmoordpoging is in essentie een hulpkreet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Algemeen beschouwd, kan ik niet goed begrijpen dat sommige mensen zelfmoord plegen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Familieleden hebben meestal geen idee wat er aan de hand is wanneer een persoon aan zelfmoord denkt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Als iemand die ernstig en ongeneeslijk ziek is, aangeeft te willen sterven, dan moet die persoon hierbij geholpen worden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Ik ben bereid om een persoon die een suicidale crisis doormaakt, te helpen door contact te leggen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Iedereen is in staat zelfmoord te plegen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Ik kan begrijpen dat mensen die aan een ernstige en ongeneeslijke ziekte lijden, zelfmoord willen plegen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Helemaal niet mee eens	Niet mee eens	Onbeslist	Mee eens	Helemaal mee eens
33. Mensen die praten over zelfmoord, doen het niet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Mensen hebben het recht om hun leven te beëindigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. De meeste suïcidepogingen gebeuren n.a.v. een conflict met een dierbare.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Wanneer ikzelf aan een ernstige, ongeneeslijke ziekte zou lijden, zou ik graag geholpen worden om zelfmoord te plegen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Zelfmoord kan voorkomen worden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

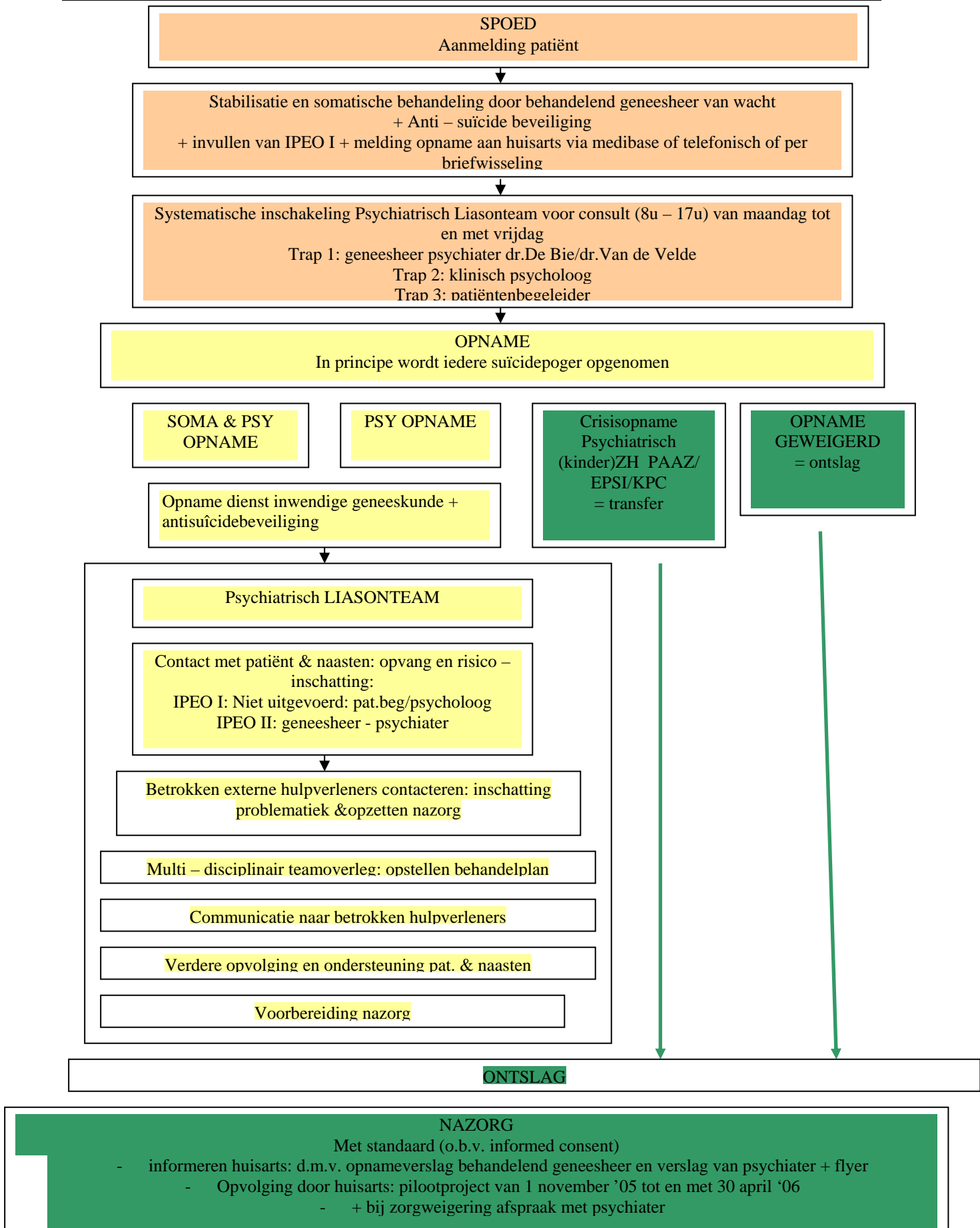
De volgende vragen handelen over de inschatting van uw eigen vaardigheden in de opvang van mensen die een zelfmoordpoging hebben ondernomen. Deze vragen zijn overgenomen uit het handboek 'Measurement of perceived self-efficacy: Psychometric scales for cross-cultural research' (Schwarzer, 1993). Gelieve de antwoordmogelijkheid aan te duiden die het best in overeenstemming is met uw gevoel.

	Helemaal niet waar	Nauwelijks waar	Deels waar	Helemaal waar
1) Ik beschik over de noodzakelijke sociale vaardigheden om de psychische pijn van een suïcidepoging te verzachten.	1	2	3	4
2) Ik vind het gemakkelijk om een suïcidepoging op te vangen.	1	2	3	4
3) Ik ben in staat om passende hulpverlening te bieden aan een suïcidepoging.	1	2	3	4
4) Ik vind het moeilijk om empathisch te reageren op en begrip te tonen voor een suïcidepoging.	1	2	3	4
5) Ik kan iemand beter doen voelen, hoe neerslachtig die persoon ook is.	1	2	3	4
6) Ik voel mij onwennig wanneer ik een suïcidepoging moet opvangen.	1	2	3	4
7) Ik beschik over voldoende inlevingsvermogen om tegemoet te komen aan de hulpbehoeften van een suïcidepoging.	1	2	3	4
8) Ik heb er vertrouwen in dat ik over voldoende vaardigheden beschik om met een suïcidepoging op een correcte manier te communiceren.	1	2	3	4
9) Ik ben niet de geschikte persoon om tegemoet te komen aan de emotionele behoeften van patiënten die zich in een suïcidale crisis bevinden.	1	2	3	4
10) Ik beschik over voldoende communicatievaardigheden om iemand die in een suïcidale crisis zit, moed in te spreken.	1	2	3	4

Hartelijk dank voor uw medewerking!

BIJLAGE 14: ZIEKENHUIS MAAS EN KEMPEN: KLINISCH PAD

Flow chart opvang en doorverwijzing van een SUICIDEOGER ZMK (gebaseerd op procedure AZ Vesalius)



BIJLAGE 15: ZIEKENHUIS MAAS EN KEMPEN: PROJECTAFSPRAKEN

Administratieve afspraken m.b.t. project suïcidepogers

Afspraken m.b.t. de vragenlijsten IPEO I en II : steeds voorzien van patiëntenklever

- 1) Vragenlijsten IPEO I , informed consent + handleiding ligt op spoed, dienst patiëntenbegeleiding en klinisch psycholoog → spoed zal telkens een mail sturen naar Rita Cox met J.Cox in cc als er een suïcidepogers wordt opgenomen (enkel naam en geboortedatum), dit dient als check – list voor haar. IPEO I wordt door spoed vk te msk ingevuld. Pat.begeleiding en psycholoog doen dit op de afdeling inwendige en spoed Bree
- 2) Vragenlijsten IPEO II, informed consent + handleiding zijn in het bezit van de geneesheer – psychiater
- 3) Ingevulde vragenlijsten IPEO I en II worden op naam opgeslagen in het patiëntendossier bij de respectievelijke geneesheren - psychiaters dr.De Bie en dr. Van de Velde

Afspraken met betrekking tot het gegevensformulier t.a.v. de Universiteit Hasselt

- 1) **Gegevensformulier** op naam patiënt t.a.v. Universiteit Hasselt wordt ingevuld bezorgd aan het directiesecretariaat van Bree (Rita Cox). Origineel wordt door Rita Cox opgestuurd naar UHASSELT en kopie wordt in klasseur directiesecretariaat Bree bewaard. ***De medewerkers die IPEO I hebben ingevuld, vullen tevens zo ver als mogelijk het gegevensformulier in. Vervolgens bezorgen ze dit aan de geneesheer – psychiater Dr.De Bie/dr.Van de Velde i.f.v. wie IPEO II invult. De geneesheer – psychiater bezorgt uiteindelijk het volledig ingevuld gegevensformulier via de binnenpost aan Rita Cox. Er dient steeds een patiëntenklever aangebracht te worden.***

Registratieformulier

- 1) Registratieformulier te gebruiken voor de effectieve gebruik van IPEO I en II m.a.w; de periode voor 1 november '05 wordt als voormeting beschouwd. S.Keymis bezorgt dit ingevulde registratieformulier aan Rita Cox. Zij verstuurt deze gegevens naar de Universiteit Hasselt.
- 2) Registratieformulier te gebruiken vanaf 1 november '05 geldt als nameting. Maandelijks de gegevens doorsturen naar Rita Cox. Zij verstuurt de gegevens naar de Universiteit Hasselt

Informed consent

- 1) Geen informed consent nodig voor het invullen van IPEO I en IPEO 2
- 2) Wel informed consent nodig als suïcidepogers wenst gecontacteerd te worden de wetenschappelijke onderzoekers van de Universiteit Hasselt 3 weken na het ontslag (zie tekst informed consent). Indien patiënt informed consent tekent, vul het volledige gegevensformulier aan, vergeet zeker de gegevens zoals telefoon – en gsm – nummer niet. Informed consent wordt met het gegevensformulier mee verstuurd naar de Universiteit Hasselt door Rita Cox

Verslaggeving naar de huisarts toe:

- 1)Na ontslag patiënt wordt een opnameverslag van de behandelend geneesheer en verslag psychiater gestuurd t.a.v. de huisarts.
- 2)Flyer wordt ook steeds meegestuurd met het verslag van de geneesheer - psychiater.

OPNAMEPROCEDURE SUICIDEOGERS

1. Aankomst van de patiënt op spoed.

Belangrijk gegeven:

- Goede bereikbaarheid van de spoedgevallendienst
- Goede signalisatie
- Veilige parkeermogelijkheid

Kortom: zorgen voor een veilige/snelle aankomst van de patiënt!

Mogelijkheden:

- Via ambulance/MUG; aandachtspunten: veiligheid patiënt + comfort patiënt
- Via eigen vervoer; aandachtspunten: rolstoelen ter beschikking aan de ingang van de spoedgevallendienst + indien nodig hulp bieden bij het uitstappen van de patiënt

Administratie: Inschrijving van de patiënt:

- Correcte gegevens patiënt/geneesheer (juiste medisch dossier)
- Snel adequaat handelen in 't kader van patiëntveiligheid
- Patiënten verwezen via de huisarts worden ingeschreven op de verwezen geneesheer
- Niet verwezen patiënten worden ingeschreven op anaesthesie

2. Patiënttoewijzing

Als de patiënt is ingeschreven, verschijnen de patiëntgegevens op het ERMIS-scherm:

- Coördinator spoed schat urgentiegraad in
- Urgentie of patiënt komt via ambulance/MUG: onmiddellijke toewijzing aan verantwoordelijke verpleegkundige, de patiënt wordt onmiddellijk geïnstalleerd in een patiëntenbox; onmiddellijke eerste opvang door anaesthesie
- Niet-urgent: patiënt wordt begeleid naar de gesprekskamer op de spoedgevallendienst
- Er wordt niet gewerkt met first in/first out

Aandachtspunten:

- Patiënt wordt zo snel mogelijk geholpen, dit i.f.v. de urgentiegraad/drukke/ruimte
- Patiënt wordt veilig en comfortabel geïnstalleerd
- Indien mogelijk: correcte, duidelijke communicatie met de patiënt
- Zorgen voor privacy van de patiënt
- Proberen de wachttijden zo minimaal mogelijk te houden

- Juiste, volledige informatiedoorstroming
- Correct en volledig invullen van patiëntendossier

3. Onderzoeken/Behandeling

Urgentie: Patiënt komt met de ambulance/MUG: directe toewijzing van patiënt aan de verantwoordelijke verpleegkundige, de patiënt wordt onmiddellijk geïnstalleerd in een patiëntenbox, onmiddellijke eerste opvang en eerste klinische bevindingen door de urgentiearts. De eerste vereiste medische zorgen worden onmiddellijk toegediend. Als de patiënt medisch wordt vrijgegeven (cfr. spoedprotocol intoxicaties) wordt de psychiater in consult geroepen.

Niet-urgent: Patiënt wordt door de spoedverpleegkundige naar de gesprekskamer begeleid; de coördinator van spoed belt de psychiater van wacht/assistent-psychiatrie. De psychiater wordt dus in consult geroepen en doet het anamnesegeprek, vervolgens wordt door de geneesheer beslist of de patiënt al dan niet wordt opgenomen.

Geneesheer beslist tot opname: ofwel opname op de PAAZ ofwel opname op TEPSI:

- Coördinator spoed verwittigt de afdeling zodat de patiënt afgehaald kan worden
- De psychiater/assistent-psychiatrie verwittigt de desbetreffende afdeling, de verpleegkundige wordt uitvoerig gebriefd en de eerste behandelings- en beleidsafspraken worden vastgelegd.
- Een eerste intakeformulier wordt verstuurd naar de huisarts
- Patiënt wordt door een psychiatrisch verpleegkundige van de betreffende afdeling afgehaald op spoed en naar de afdeling begeleid.

Geneesheer beslist: patiënt mag naar huis

- Er wordt steeds een aangepaste nazorg voorgesteld en/of afgesproken
- Huisarts wordt schriftelijk en/of telefonisch op de hoogte gebracht

Patiënt wenst niet opgenomen te worden:

- Er wordt een aangepaste nazorg voorgesteld en/of afgesproken
- Indien mogelijk ter ondersteuning inschakeling/betrokkenheid van het systeem van de patiënt
- Huisarts wordt schriftelijk en/of telefonisch op de hoogte gebracht

PROJECT 'PSYCHOSOCIALE EVALUATIE EN OPVANG VAN SUICIDEOGERS'

Praktische afspraken en richtlijnen.

De in te vullen bundel bestaat uit:

- IPEO 1
- Formulier Sociodemografische gegevens betreffende de patiënt en de suïcidepoging
- IPEO 2
- Gegevensformulier
- Flyer voor de huisarts
- Informed Consent

Bedoeling is dat ELKE suïcidepoging gescreend wordt!

De in te vullen bundels samen met de voorgeadresseerde en gefrankeerde briefomslagen worden gestockeerd op de dienst Spoedgevallen, bureel Medisch Diensthoofd (zelfde lade als boek Registratie Spoed).

Wat te doen indien patiënt met suïcidepoging een verder opname weigert en vanuit spoed naar huis gaat?

- IPEO 1 + Formulier Sociodemografische gegevens + Gegevensformulier worden **DIRECT** ingevuld door psychiater van wacht of psychiater-assistent
- Informed Consent laten invullen en ondertekenen door de patiënt
- Formulier Sociodemografische gegevens uitscheuren en deponeren in doos briefingslokaal F0
- IPEO 1 + Gegevensformulier + Informed Consent **DIRECT** opsturen
- Huisarts verwittigen **binnen de 24 uur**
- Bijgevoegde flyer samen met korte ontslagbrief **binnen de 3 dagen** versturen naar de huisarts
- Patiënt op de hoogte brengen dat de huisarts geïnformeerd wordt en dat hij/zij binnen de week verwacht wordt bij hem/haar.

Indien patiënt wel wordt opgenomen op EPSI/F0 gaat de bundel mee naar de afdeling en wordt bewaard in het verpleegdossier

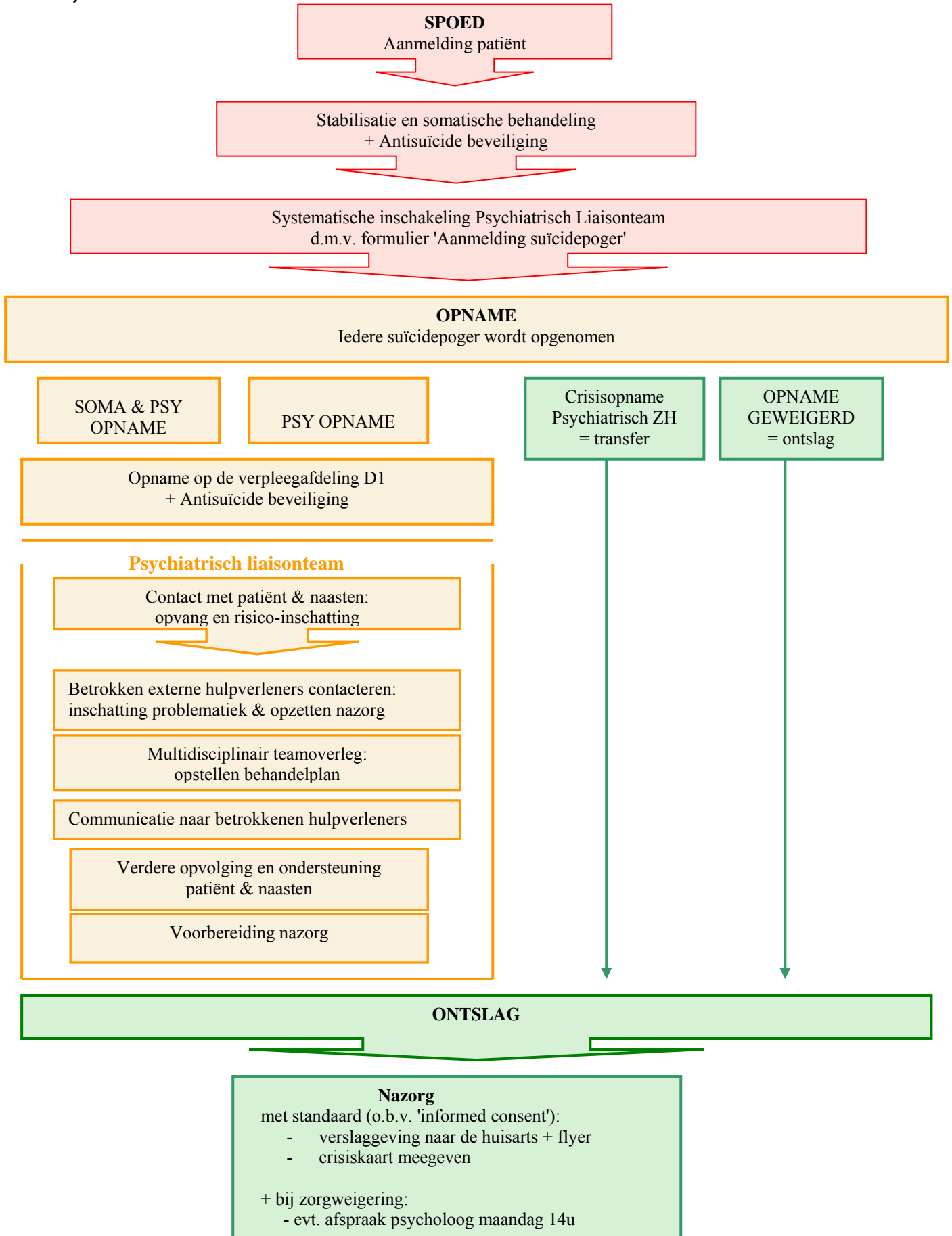
- IPEO 1 wordt ingevuld op spoed door psychiater van wacht of door assistent-psychiater
- Formulier Sociodemografische gegevens wordt ingevuld door psychiater van wacht of assistent-psychiater, uit de bundel gescheurd en gedeponeerd in de doos briefingslokaal F0
- IPEO 2 wordt ingevuld door psychiater of assistent met uitzondering van de volgende items:
 1. Alcoholgebruik

2. Druggebruik
3. Sociaal netwerk en steun
4. Zorgbehoeften aangegeven door de patiënt en de omgeving

Deze 4 items worden samen met 't Informed Consent ingevuld door de verpleegkundigen

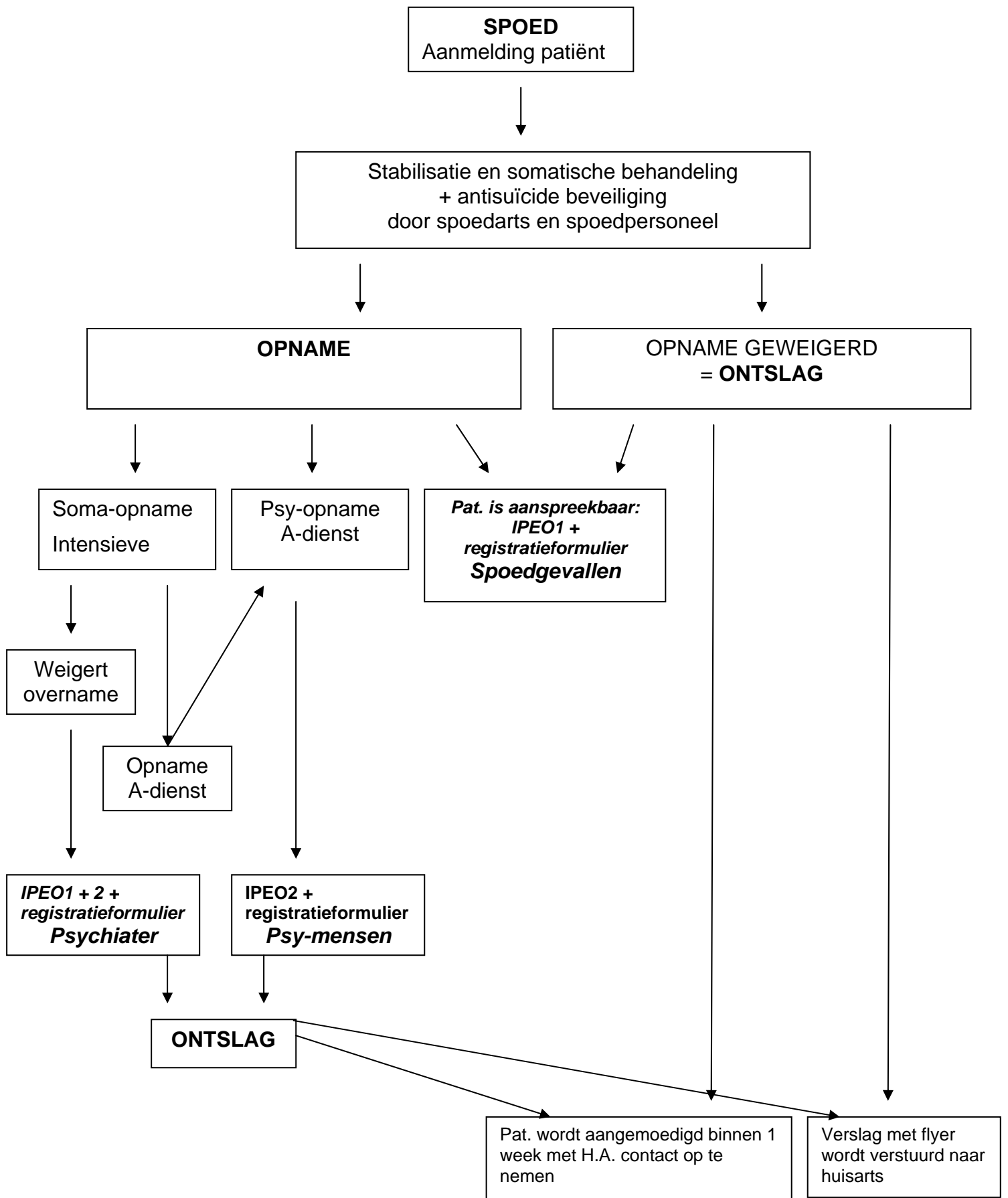
- Gegevensformulier: wordt ingevuld door de psychiater of de assistent
- Bij ontslag van de patiënt wordt de volledig ingevulde bundel samen met het Informed Consent verstuurd in de daarvoor bestemde briefomslag
- Tevens wordt bij ontslag van de patiënt de flyer verstuurd naar de huisarts

BIJLAGE 18: AZ VESALIUS: KLINISCH PAD



BIJLAGE 19: SINT-FRANCISKUSZIEKENHUIS: KLINISCH PAD TIJDENS PROJECTDUUR

PROCEDURE OPNAME SUÏCIDEPOGER



BIJLAGE 20: VIRGA JESSEZIEKENHUIS: PROJECTAFSPRAKEN

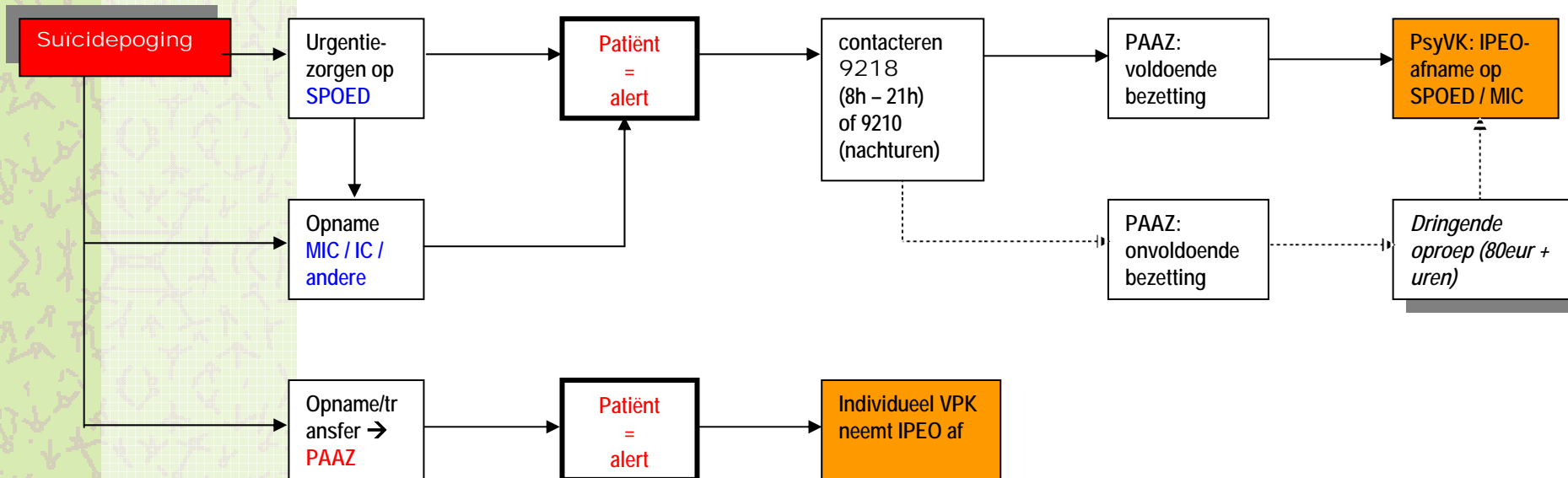
Onderzoek Suicide (IPEO)

(van december 2005 tot juni 2006)

- ✦ 'opname/behandeling' van een suïcidepoging melden op het nummer **9218** (8h → 21h), na 21h op nummer **9210**
- ✦ psychiatrisch verpleegkundige consulteert (tss 9h & 22h) de patiënt om de **IPEO-registratie** in te vullen (ca. 60 min)
- ✦ **voorwaarden:**
 - patiënt ondernam een suïcidepoging
 - patiënt is **aanspreekbaar / alert**
- ✦ bij opname op **PAAZ** gebeurt de IPEO-registratie tijdens de hospitalisatie

Organisatie IPEO-afname

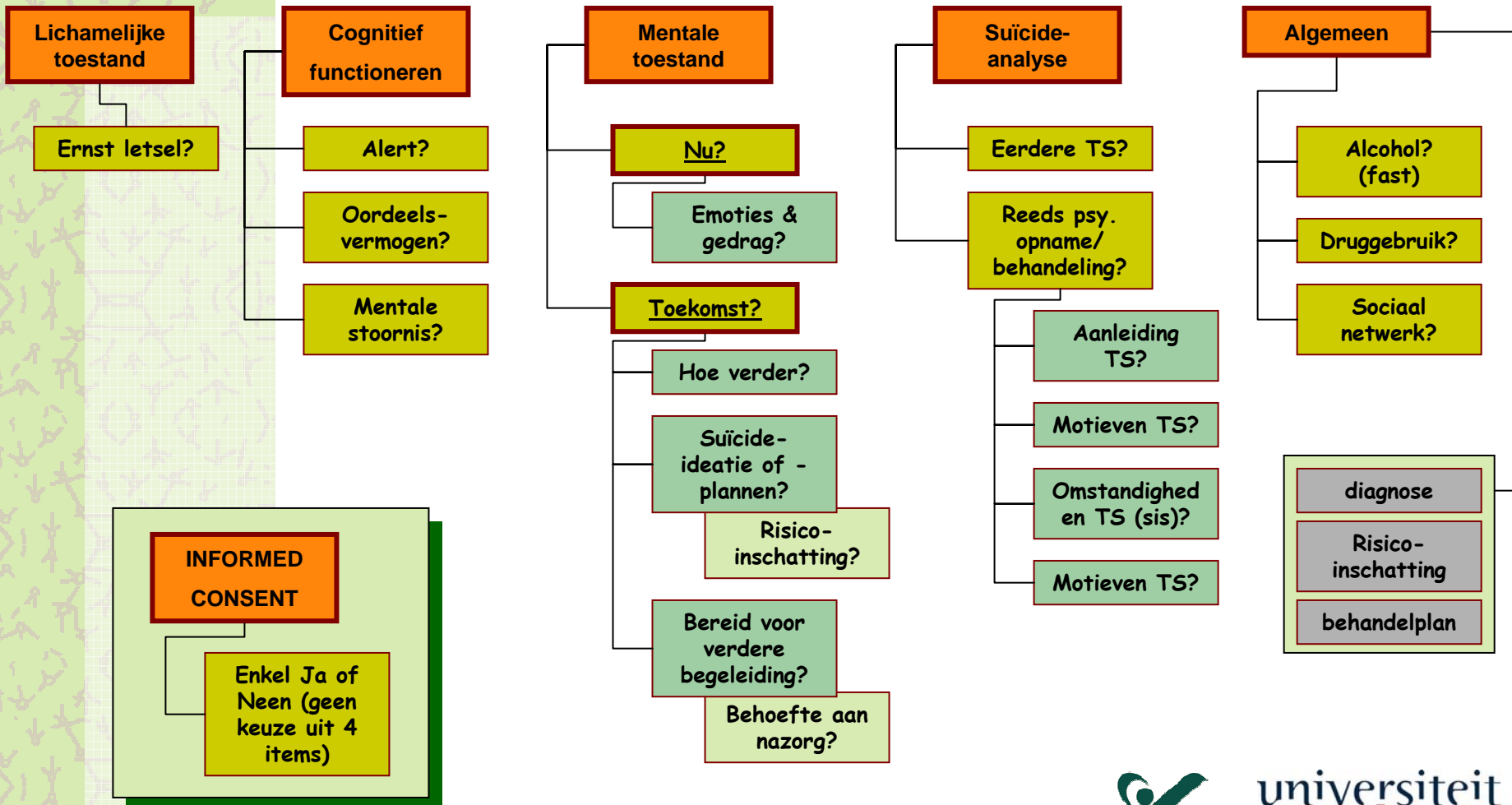
(van december 2005 tot juni 2006)



IPEO: informed consent

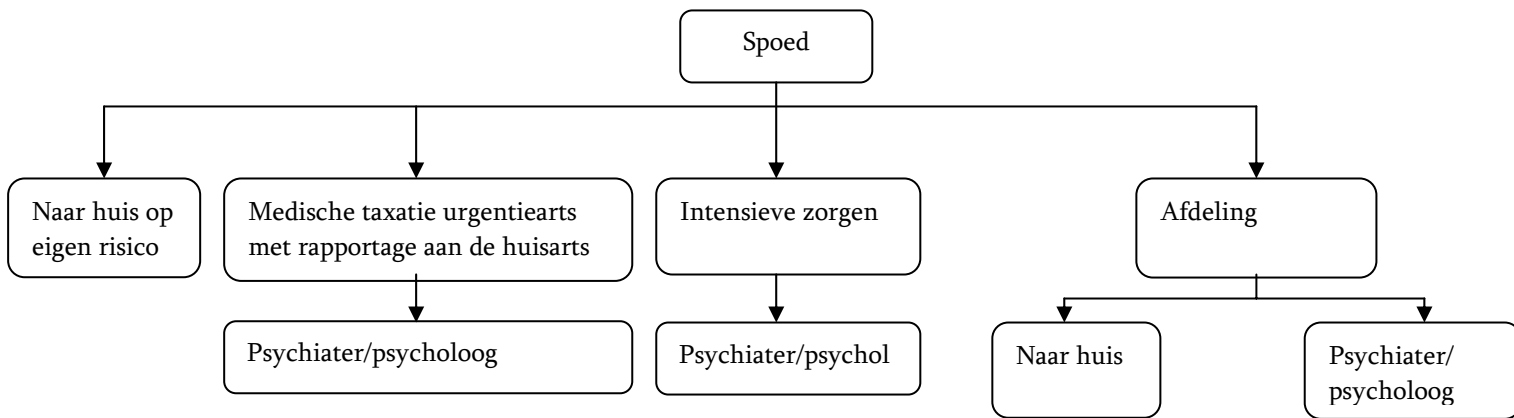
- ✦ Omdat de afname van een IPEO méér is dan het afnemen van een standaard-enquête, vind je op de volgende pagina een schema mbt de te bevragen items
- ✦ Het moment van ondertekening van het informed consent kan je best zelf inschatten, persoonlijk stel ik voor om eerst het gesprek rond de IPEO 1 te voeren en dan het informed consent ter sprake te brengen

IPEO: te bevragen items



BIJLAGE 21: ZIEKENHUIS SALVATOR: KLINISCH PAD VOOR EN TIJDENS PROJECT

Opvang van suïcidepogers – oud traject



Opvang van suïcidepogers – nieuw traject

