

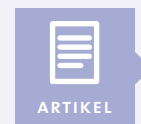
Datagestuurd leren van suïcidale incidenten met KEHR SUICIDE: GGz Eindhoven als praktijkvoorbeeld

M.H. DE GROOT, R.T. KLEPPE, E. POLS, R.F.P. DE WINTER, A.J.F.M. KERKHOF

- ACHTERGROND** Om verbeteringen in de zorg voor suïcidale patiënten in ggz-instellingen te onderbouwen zijn specifieke en systematische gegevens nodig over hulpverlenersgedrag jegens patiënten die waren betrokken bij suïcidale incidenten.
- METHODE** Exploratief observationeel onderzoek naar de relatie tussen patiënt- en hulpverlenerskenmerken en gedrag van hulpverleners die gedurende één jaar bij GGz Eindhoven betrokken waren bij alle suïcides (n = 26) en suïcidepogingen met ernstig letsel (n = 24). Patiënt- en hulpverlenerskenmerken en hulpverlenersgedrag werden geïnventariseerd met de KEHR SUICIDE-vragenlijst (Kwalitatieve Evaluatie van het Handelen rond Suïcide) die werd ingevuld door 163 hulpverleners. Relaties tussen patiënt- en hulpverlenerskenmerken en hulpverlenersgedrag werden berekend via logistische-regressiemodellen.
- RESULTAAT** Hulpverleners vertoonden minder richtlijnconform gedrag als patiënten een psychotische stoornis, een ontwikkelingsstoornis, een stoornis in het gebruik van middelen hadden of bij een ontbrekende as 1-diagnose. Richtlijnconform gedrag was geassocieerd met de mate waarin hulpverleners de incidenten hadden verwacht.
- CONCLUSIE** Richtlijnconform gedrag van hulpverleners ten aanzien van suïcidale patiënten hangt in GGz Eindhoven samen met de as 1-diagnose van deze patiënten. Er zijn nog verbeteringen mogelijk in de mate waarin hulpverleners bij suïcidale patiënten richtlijnconform gedrag toepassen. De toepassing van KEHR SUICIDE kan ggz-instellingen helpen om de richting van hun suïcidepreventiebeleid te bepalen en deze te evalueren. De uitkomsten bieden de mogelijkheid om hypothesen te formuleren die in vervolgonderzoek kunnen worden getoetst.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 60(2018)9, 581-591

TREFWOORDEN evalueren, KEHR, kwaliteitsverbetering, suïcide, suïcidepogingen



ARTIKEL



Multidisciplinaire evaluatie van suïcides hangt samen met afname van suïcide in ggz-instellingen (While e.a. 2012), wat suggereert dat leren van suïcides mogelijk is (Huisman e.a. 2009). Om eventuele praktijkaanpassingen te kunnen onderbouwen, zijn specifieke en systematische gegevens nodig over hoe hulpverleners hebben gehandeld. Alleen dan kan worden verwacht dat aanpassingen leiden tot de beoogde verbeteringen.

Het toetsingskader voor de omgang met suïcidale patiënten is de multidisciplinaire richtlijn voor diagnostiek en

behandeling van suïcidaal gedrag (hierna: richtlijn) (Van Hemert e.a. 2012). De gangbare methoden om suïcidale incidenten te evalueren (GGz Nederland 2011) zijn niet gebaseerd op de richtlijn. KEHR SUICIDE (Kwalitatieve Evaluatie van het Handelen rond Suïcide), een vragenlijst die na een suïcidaal incident systematisch richtlijnconform hulpverlenersgedrag in kaart brengt, is dit wel (De Groot e.a. 2016). De KEHR-vragenlijst werd ontwikkeld in de periode waarin via een clustergerandomiseerde trial het effect van een met e-learning ondersteund train-de-trainermodel

op de implementatie van de richtlijn in de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg werd onderzocht (De Beurs e.a. 2013). We veronderstellen dat de score op de KEHR-vragenlijst een afgeleide maat is voor de kwaliteit van de zorg voor de suïcidale patiënt.

De toepassing van KEHR SUICIDE levert concrete ideeën op over mogelijke verbeteracties. In een proefonderzoek bleek bijvoorbeeld dat in de zorg voor suïcidale patiënten nauwelijks was samengewerkt met naasten van de patiënt en dat in de ambulante setting vaker dan in de klinische setting gecontroleerd was of de patiënt beschikte over middelen om suïcide te plegen (De Groot e.a. 2016). Dit leidde tot beleid om de samenwerking met familieleden te verbeteren en tot aanscherpen van de veiligheidsmaatregelen in de klinische setting.

In dit artikel beschrijven wij een onderzoek naar de relaties tussen richtlijnconform hulpverlenersgedrag en kenmerken van patiënten en hulpverleners die betrokken waren bij suïcidale incidenten. De gegevens werden gedurende een jaar in GGz Eindhoven verzameld met de KEHR-vragenlijst. We verwachtten dat dit zou helpen om het gedrag van hulpverleners tegenover suïcidale patiënten concreet en bespreekbaar te maken, met als doel 'schulddenken' te vervangen door 'systeemdenken' (Leistikow 2013). Ook verwachtten we te ontdekken welke patronen zich in de instelling aftekenden rond suïcidale incidenten. GGz Eindhoven laat hiermee zien hoe zij door de toepassing van KEHR SUICIDE vormgeeft aan het leren van suïcidale incidenten.

Als nevenopbrengst zet GGz Eindhoven een referentiekader neer zodat de eigen en andere instellingen die suïcidale incidenten evalueren met KEHR SUICIDE - of de intentie hebben dit te doen - hun uitkomsten hiermee kunnen vergelijken. Dit bevordert de openheid over factoren die samenhangen met (ernstige) suïcidale incidenten in ggz-populaties en -instellingen. Ten slotte willen we laten zien wat met de data uit de KEHR-vragenlijst zichtbaar kan worden gemaakt en hoe met de uitkomsten sturing kan worden gegeven aan de implementatie van de richtlijn in ggz-instellingen.

METHODE

Exploratief observationeel onderzoek naar het handelen van hulpverleners rond suïcidale incidenten en naar relaties tussen patiëntkenmerken, hulpverlenerskenmerken en -gedrag rond suïcidale incidenten bij GGz Eindhoven die plaatsvonden vanaf 27 augustus 2015 tot en met 28 augustus 2016. Wat onder 'suïcide' en 'suïcidepogingen met ernstig letsel' (afgekort: suïcidepogingen) werd verstaan (Van Hemert e.a. 2012) werd voorafgaand aan dit onderzoek niet omschreven. De instelling bepaalde welke incidenten werden gedefinieerd als suïcide of suïcidepo-

AUTEURS

MARIEKE DE GROOT, psychiatrisch verpleegkundige/senior onderzoeker, afd. Klinische psychologie, Vrije Universiteit, Amsterdam.

ROELOF KLEPPE, psychiater en geneesheer-directeur, GGz Eindhoven en de Kempen.

ESTHER POLS, gezondheidswetenschapper en onderzoeker/beleidsmedewerker, GGz Eindhoven.

REMCO DE WINTER, psychiater, Parnassia Groep, senior onderzoeker, Vrije Universiteit, Amsterdam.

AD KERKHOF, hoogleraar Klinische psychologie, afd. Klinische psychologie, Vrije Universiteit, Amsterdam.

CORRESPONDENTIEADRES

Dr. M.H. de Groot, Vrije Universiteit, afd. Klinische Psychologie, Van der Boechorststraat 1, 1081 BT Amsterdam.
E-mail: mariekedegroot@ziggo.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 13-2-2018.

ging. Data werden verzameld via www.mijnkehr.nl waarin op last van de geneesheer-directeur (RK) door de beheerder van mijnkehr.nl (MdG) een incident werd aangemaakt. Vervolgens werd door de secretaresse van de geneesheer-directeur (die hiervoor geautoriseerd werd) via mijnkehr.nl de KEHR-vragenlijsten onder de betrokken hulpverleners digitaal verspreid. Teamleiders bepaalden wie van de betrokkenen de KEHR-vragenlijsten ontvingen. Uitkomsten werden opgeslagen in een Excel-bestand dat na de dataverzamelingsperiode door de beheerder vanaf www.mijnkehr.nl werd geüpload. De identiteit van patiënten en hulpverleners bleef onbekend voor de onderzoekers.

Kenmerken van patiënten en hulpverleners

Patiënt- en behandelkenmerken werden in www.mijnkehr.nl geregistreerd door de hoofdbehandelaar of de geneesheer-directeur (zie **TABEL 1**). Voor de indeling van stoornissen op as 1 en as 2 werd uitgegaan van de DSM-IV-TR (American Psychiatric Association 2004). Via zelfrapportage werden geslacht, aantal jaren werkervaring (1: < 5 jaar; 2: 5-10 jaar; 3: > 10 jaar) en functie van respondenten in het team geïnventariseerd. Functies werden onderverdeeld in 'behandelaars' (psychiaters, artsen in opleiding tot psychiater, artsen, psychologen, psychotherapeuten, verpleegkundig specialisten), 'verpleegkundigen' (inclusief sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen), 'andere functies binnen het team' (bijv. maatschappelijk werkers) en 'functies buiten het team' (bijv. huisartsen of nabestaanden).

De mate waarin de respondent het incident als onverwacht had ervaren, werd gescoord op een 5-puntslikerterschaal (1 = totaal onverwacht; 5 = totaal verwacht). Kennis van de richtlijn, of de respondent richtlijntraining had gevolgd en of de respondent van mening was dat deze training iets had toegevoegd aan zijn of haar kennis en vaardigheden werd gescoord als 1 = ja; 0 = nee.

Richtlijnconform hulpverlenersgedrag

De KEHR-vragenlijst inventariseert richtlijnconform hulpverlenersgedrag aan de hand van domeinen die zijn afgeleid van richtlijnthema's. Per domein wordt de respondent een aantal gedragingen voorgelegd en gevraagd of hij/zij die in de diagnostische en/of behandelfase had laten zien (1 = ja; 0 = nee). De totaalscore op de KEHR-vragenlijst varieert van 0-45; hoe hoger de score, hoe meer de respondent richtlijnaanbevelingen volgde.

Databewerking en -analyse

Domein- en totaalscores op de KEHR-vragenlijst werden berekend door de 'ja'-scores op te tellen. Scores waren scheef verdeeld; van de domein- en totaalscores werd de mediaanscore berekend; scores groter of gelijk aan de mediaan kregen '1'; scores kleiner dan de mediaan '0'.

Categoriale variabelen werden getransformeerd tot dummy-variabelen; één categorie werd de referentiecategorie en kreeg een oddsratio (OR) = 1. Voor de as 1-diagnose was dit 'stemmingsstoornis', voor de as 2-diagnose 'uitgestelde/geen as 2-diagnose', voor functie was dit 'behandelaar'.

Met beschrijvende statistiek werden kenmerken van patiënten en respondenten geanalyseerd. In de analyses werd geen onderscheid gemaakt tussen suïcides of suïcidepogingen omdat er geen verschillen waren tussen de kenmerken van respondenten die over suïcides rapporteerden en respondenten die suïcidepogingen rapporteerden. Met logistische-regressiemodellen werden eerst de relaties berekend tussen de dichotome totaal- respectievelijk domeinscores (de afhankelijke variabelen) en patiëntkenmerken (de onafhankelijke variabelen). Dit waren: as 1-diagnose, as 2-diagnose, Bopz-maatregel van kracht (1 = ja; 0 = nee), psychiatrische voorgeschiedenis (1 = ja; 0 = nee), geslacht en leeftijd van de patiënt.

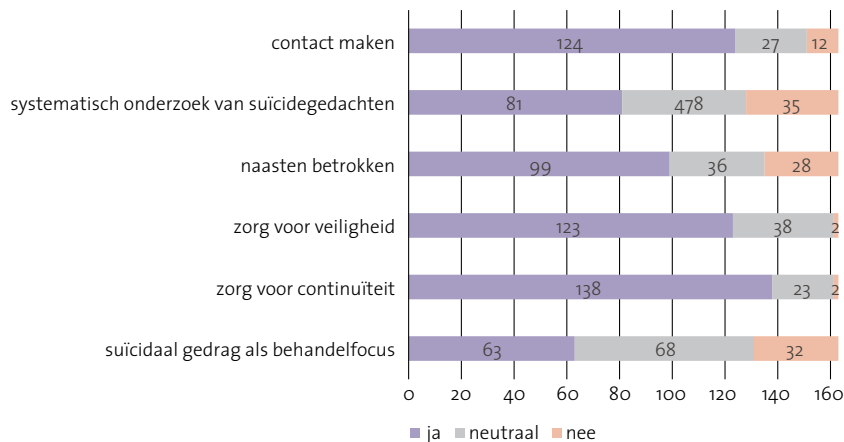
Vervolgens werden met logistische-regressiemodellen relaties tussen richtlijnconform handelen en respondentkenmerken berekend. Respondentkenmerken waren geslacht, aantal jaren werkervaring, functie, behandelsetting (1 = klinisch; 0 = ambulantly), kennis van de richtlijn, training gevolgd, het idee dat training helpt (1 = ja; 0 = nee), en mate waarin het incident werd verwacht. Verondersteld werd dat waarnemingen binnen één incident afhankelijk van elkaar waren (Vermunt e.a. 2006). Uitkomsten uit de

TABEL 1 Kenmerken van patiënten (n = 50) bij GGZ Eindhoven die in de onderzochte periode betrokken waren bij suïcides (n = 26) en suïcidepogingen met ernstig letsel en/of de intentie te overlijden (n = 24)

Kenmerk	n (%) [*]
geslacht man	24 (48)
Gem. leeftijd in j (SD)	43,2 (16,8)
uitersten in j	16-76
≤ 35 j	18 (36)
36-65 j	27 (54)
> 65 j	5 (10)
As 1-diagnose¹	46 (90)
stemmingsstoornis	10 (20)
angststoornis	5 (10)
psychotische stoornis	10 (20)
stoornis in gebruik middelen	5 (10)
organische stoornis	3 (6)
ontwikkelingsstoornis	6 (11)
aanpassingsstoornis	2 (4)
somatoforme stoornis	1 (2)
geen as 1-diagnose	4 (8)
onbekend	5 (10)
As 2-diagnose¹	37 (73)
cluster B-persoonlijkeitsstoornis	12 (23)
cluster C-persoonlijkeitsstoornis	2 (4)
persoonlijkeitsstoornis NAO	12 (23)
geen/uitgestelde as 2-diagnose	20 (39)
onbekend	5 (10)
patiënt had een psychiatrische voorgeschiedenis	41 (80)
Behandelsetting	
ambulant	21 (42)
klinisch	28 (56)
onbekend	1 (2)
Bopz-maatregel	
inbewaringstelling (ibs)	3 (6)
rechterlijke machtiging (RM)	8 (16)
geen maatregel	39 (78)

* In absolute aantallen (%) tenzij anders aangegeven.

¹ Indeling volgens de DSM-IV-TR (American Psychiatric Association 2004)

FIGUUR 1 Scores (n = 163) op de subschaal 'Aandacht voor thema's uit de richtlijn' van de KEHR-vragenlijst

regressieanalyses werden daarom gecorrigeerd voor clustering van uitkomsten binnen respondenten die bij hetzelfde incident waren betrokken; dit reduceert het risico op type I-fouten. Relaties zijn weergegeven als oddsratio's (OR) en 95%-betrouwbaarheidsintervallen (95%-BI). Ter voorkoming van kanskapitalisatie werd bonferronicorrectie toegepast. Voor de relaties tussen richtlijnconform hulpverlenersgedrag en hulpverlenerskenmerken gold hierdoor $p \leq 0,006$ als statistisch significant en voor die tussen richtlijnconform hulpverlenersgedrag en patiëntkenmerken $p \leq 0,008$. De analyses werden uitgevoerd met SPSS 22.0 en STATA 8.0.

RESULTATEN

In het verzorgingsgebied van GGZ Eindhoven waren er 90 suïcides in 2015 (CBS 2016); ten minste 26/90 (29%) van de overledenen ontvingen ten tijde van de suïcide geestelijke

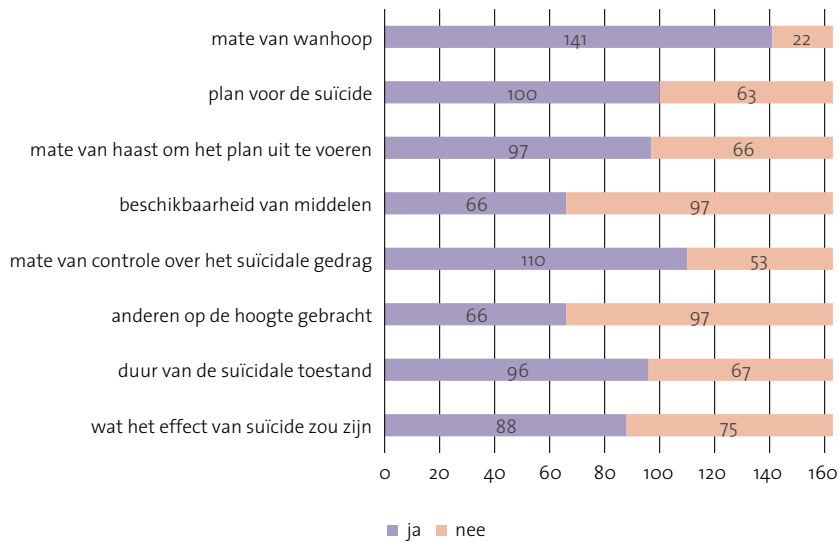
gezondheidszorg. Van de 50 incidenten vonden 38 (76%) plaats in het voorjaar en de vroege zomer. Op 31 december 2015 waren bij GGZ Eindhoven 16.818 patiënten ingeschreven. Alle incidenten (n = 50) die in de onderzochte periode bij de geneesheer-directeur werden gemeld, waaronder alle 26 suïcides en 24 suïcidepogingen met ernstig letsel, werden via www.mijnkehr.nl geëvalueerd. Over de 50 incidenten werden 163 vragenlijsten ingevuld; het aantal respondenten per incident varieerde van 1 tot 7 (gemiddelde 2,9; SD: 1,4). Onbekend bleef hoeveel vragenlijsten waren verspreid en hoeveel niet werden ingevuld.

TABEL 2 toont de min-maxscores van de zeven domeinen. **FIGUUR 1** t/m **7** tonen hoe respondenten scoorden op de verschillende domeinen waaruit de KEHR-vragenlijst is opgebouwd.

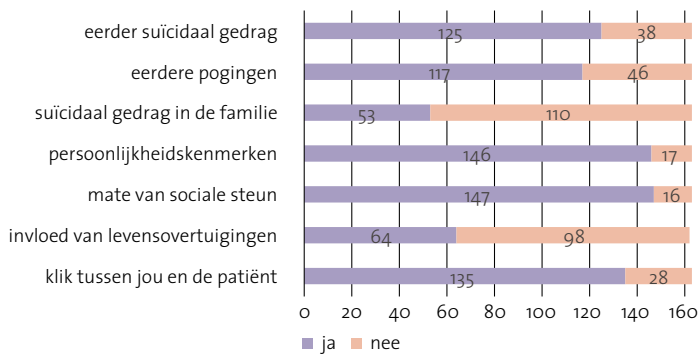
TABEL 2 Totaal- en domeinscores op de KEHR-vragenlijst van respondenten (n = 163) in het kader van de evaluatie van suïcides en suïcidepogingen met ernstig letsel (n = 50) in 2015-2016 bij GGZ Eindhoven

Domein	Thema (minimale-maximale score)	Gem. (SD)	Mediaan	Score \geq mediaan n (%)
	Totaalscore (0-45)	28,0 (10,1)	29	85 (52)
I	Aandacht voor richtlijnthema's (0-6)	3,9 (1,7)	4	102 (63)
II	Contact maken (0-8)	4,7 (2,8)	5	96 (59)
III	Duurzame kwetsbaarheids- en beschermende factoren (0-7)	4,8 (1,8)	5	112 (69)
IV	Stressfactoren (0-8)	6,2 (2,1)	7	91 (56)
V	Toekomstperspectief onderzoeken (0-4)	3,3 (1,2)	4	113 (69)
VI	Naasten betrekken (0-7)	2,8 (2,7)	2	88 (54)
VII	Veiligheid & continuïteit (0-5)	2,4 (1,4)	3	119 (73)

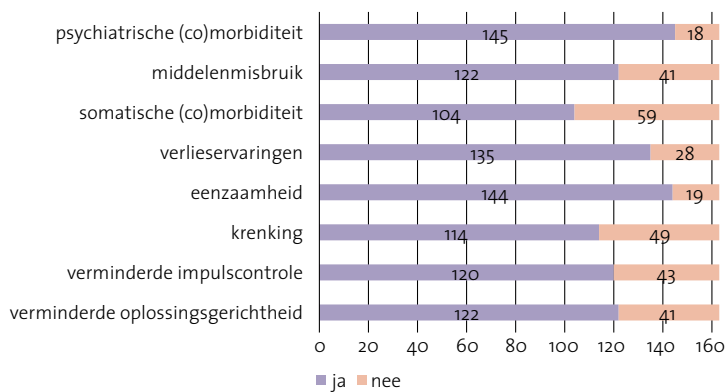
FIGUUR 2 Scores (n = 163) op de subschaal 'Contact maken'



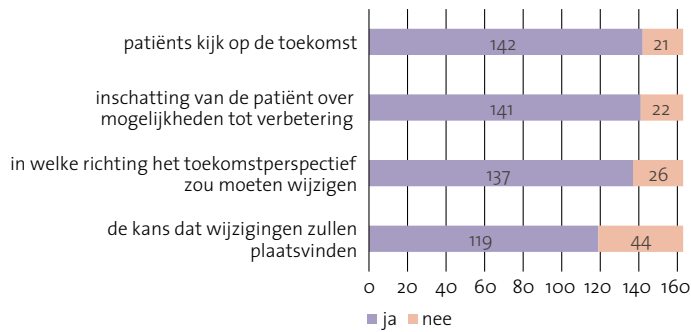
FIGUUR 3 Scores (n = 163) op de subschaal 'Duurzame kwetsbaarheids- en beschermende factoren inventariseren'



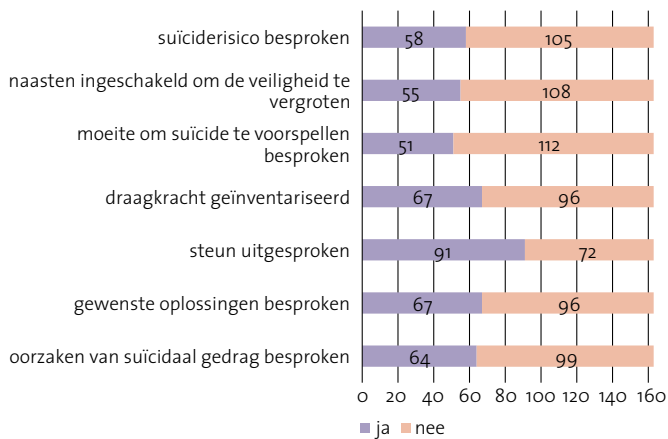
FIGUUR 4 Scores (n = 163) op de subschaal 'Stressfactoren inventariseren'



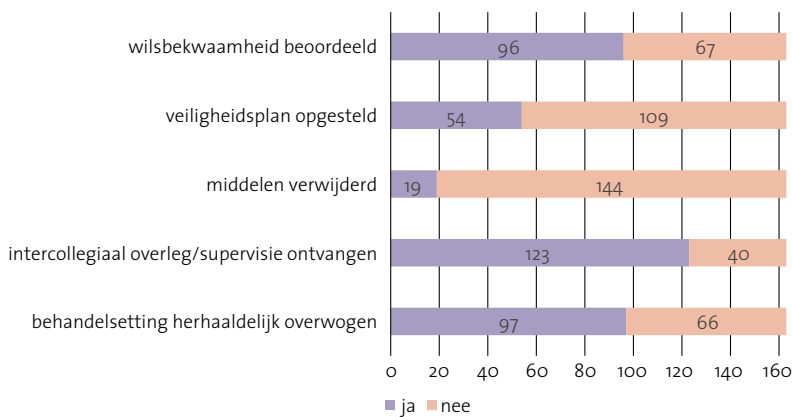
FIGUUR 5 Scores (n = 163) op de subschaal 'Toekomstperspectief inventariseren'



FIGUUR 6 Scores (n = 163) op de subschaal 'Naasten betrekken'



FIGUUR 7 Scores (n = 163) op de subschaal 'Veiligheid en continuïteit organiseren'



Patiënt- en respondentkenmerken

Van de respondenten waren 76/163 (47%) man, 23 (14%) hadden minder dan 5 jaar en 62% had meer dan 10 jaar werkervaring. Respondenten waren hoofdbehandelaars (52%), 36% had een verpleegkundige functie, 11% een

andere functie binnen het team en 2% een functie buiten het team. 57% had het incident ervaren als onverwacht en 20% ervoer het incident als verwacht. Van de respondenten was 82% op de hoogte van het bestaan van de richtlijn, 72% had training in richtlijntoepassing gevolgd en 91%

had het idee dat deze training van toevoegde waarde was.

TABEL 1 toont de kenmerken van de patiënten die bij de incidenten waren betrokken. Bij 6/26 suicides (23%) had de patiënt een Bopz-maatregel (wet Bijzondere opnemingen psychiatrische ziekenhuizen; Wet Bopz).

FIGUUR 1 toont de scores op de subschaal 'Aandacht voor thema's uit de richtlijn' (zie De Groot e.a. 2016) en laat zien dat circa 80% aangaf dat zij aandacht hadden besteed aan 'contact maken', 'zorg voor veiligheid' en 'zorg voor continuïteit'; 63/163 (39%) respondenten namen het suïcidale gedrag als behandelfocus, 81/163 (50%) deden systematisch onderzoek naar de suïcidegedachten en 99/163 (61%) betrokken naasten bij de diagnostiek en de behandeling. Het aantal ja-scores op het domein 'naasten betrekken' was laag ten opzichte van de overige domeinen. Een minderheid (55/163; 34%) sprak bijvoorbeeld met naasten over het suïciderisico van de patiënt en over de oorzaken van het suïcidale gedrag (64/163; 39%) (**FIGUUR 6**). Opvallend is verder dat 66/163 respondenten (40%) nagingen of de patiënt beschikte over middelen om suïcide mee te plegen (**FIGUUR 2**), 64/163 (39%) of levensbeschouwelijke aspecten een rol speelden in het suïcidale gedrag en 53/163 (33%) of suïcidaal gedrag in de familie voorkwam (**FIGUUR 3**). **TABEL 2** toont de domein- en totaalscores op de KEHR-vragenlijst.

Relaties tussen patiëntkenmerken en richtlijnconform gedrag

Richtlijnconform gedrag werd minder vaak gezien bij patiënten met een psychotische stoornis (OR: 0,1; 95%-BI: 0,0-0,5), een stoornis in het gebruik van middelen (OR: 0,0; 95%-BI: 0,0-0,3) en een ontwikkelingsstoornis (OR: 0,1; 95%-BI: 0,0-0,4) dan bij patiënten zonder as 1-diagnose of met andere as 1-diagnosen. Bij patiënten met een stoornis in het gebruik van middelen maakten hulpverleners minder vaak contact over de suïcidegedachten (OR: 0,1; 95%-BI: 0,0-0,4). Naasten werden minder vaak betrokken als de patiënt een Bopz-maatregel had (OR: 0,3; 95%-BI: 0,1-0,7).

Relaties tussen hulpverlenerskenmerken en richtlijnconform gedrag

Hoe sterker hulpverleners aangaven dat zij het incident hadden verwacht, hoe meer richtlijnconform gedrag zij hadden vertoond (OR: 2,3; 95%-BI: 1,4-3,9). Zij hadden bijvoorbeeld uitgebreider contact gemaakt over de suïcidegedachten (OR: 2,7; 95%-BI: 1,2-5,4) en vaker systematisch onderzoek gedaan naar de suïcidale toestand (OR: 1,7; 95%-BI: 1,1-2,7). Ook inventariseerden ze vaker kwetsbaarheids- en beschermende factoren voor suïcide (OR: 3,4; 95%-BI: 1,6-7,2) en zorgden vaker voor veiligheid en continuïteit (OR: 2,1; 95%-BI: 1,2-3,6). De mate waarin naasten werden betrokken, hing samen met de functie in het team; verpleegkundigen deden dit vaker (OR: 3,4; 95%-BI: 1,5-7,8).

DISCUSSIE

Patiëntenkenmerken

Bij GGz Eindhoven vertoonden in 2015-2016 hulpverleners bij patiënten met een psychotische stoornis, een stoornis in het gebruik van middelen, een ontwikkelingsstoornis minder vaak richtlijnconform gedrag dan bij patiënten met een andere as 1-diagnose of zonder een as 2-diagnose.

De meeste suïcidale incidenten vonden plaats in het voorjaar en de vroege zomer, in overeenstemming met eerdere bevindingen (Coimbra e.a. 2016; Woo e.a. 2012).

Kenmerken van patiënten die betrokken waren bij de suïcidale incidenten komen wat betreft geslacht en de gemiddelde leeftijd overeen met eerdere bevindingen (Coimbra e.a. 2016; De Winter e.a. 2017; Hawton & Van Heeringen 2009; Huisman 2010; Woo e.a. 2012). Echter, bij GGz Eindhoven was 37% van de suïcidanten jonger dan 31 jaar tegenover 12% van de Nederlandse populatie suïcidanten in 2015 ($p < 0,001$) (CBS 2015) en de 12% in de pilot (De Groot e.a. 2016).

Mogelijk hangt dit samen met de bevolkingssamenstelling in het verzorgingsgebied van GGz Eindhoven (het noordelijk deel van Zuidoost-Brabant) waar in 2015 33,2% van de bevolking jonger was dan 31 jaar tegenover 27,7% landelijk (CBS, 2015). De bevinding gaf aanleiding om in GGz Eindhoven specifieke aandacht te besteden aan suïcidepreventie onder jonge(re) patiënten.

Het percentage personen dat op het moment van de suïcide geestelijke gezondheidszorg ontving (30%) was lager dan in de pilot (37%) (De Groot e.a. 2016) en lager dan landelijk tussen 2007 en 2012 (40%) (Huisman 2010; ministerie van vws 2013). Mogelijk wordt dit verschil verklaard doordat in de regio Eindhoven meer ggz-aanbieders zijn. Een andere mogelijkheid is dat suïcidale personen in het verzorgingsgebied minder dan elders geneigd zijn om hulp te zoeken; dit laatste zou een reden zijn om de ketenzorg in de regio te versterken (Hermans e.a. 2010).

Het aantal respondenten per incident kwam overeen met de pilot, net als de bevinding dat onder respondenten alle disciplines vertegenwoordigd waren, behalve naastbetrokkenen (De Groot e.a. 2016). Dit is in lijn met de bevinding in de pilot en de observatie dat het in ggz-instellingen nog niet gebruikelijk is om naasten te betrekken bij de diagnostiek en behandeling van suïcidale patiënten (Van Hemert e.a. 2012).

De oorzaak van de geringe betrokkenheid van naasten bij de diagnostiek en de behandeling van suïcidale patiënten is onduidelijk. Klinische observaties suggereren dat dit te maken heeft met gewoonten, opvattingen over privacy van patiënten, of hulpverleners zijn terughoudend omdat ze niet goed weten hoe ze dit moeten aanpakken. De

geneigdheid blijkt geringer bij patiënten met een Bopz-maatregel; vervolgonderzoek is nodig om hier licht op te werpen.

Diagnostische kenmerken van patiënten kwamen overeen met de literatuur (Lonnqvist e.a. 1995; Kessler e.a. 2005) hoewel vergelijkingen tussen populaties suïcidanten moeilijk te interpreteren zijn, omdat vrijwel altijd sprake is van psychiatrische comorbiditeit (Hawton & Van Heeringen 2009), zoals ook in de onderzochte patiëntenpopulatie.

Kenmerken hulpverleners en hulpverlening

De mate waarin hulpverleners het incident hadden verwacht, was geassocieerd met meer richtlijnconform gedrag. Dit kan worden verklaard doordat bij een vermoeden van een hoog suïciderisico hulpverleners meer richtlijnconform gaan handelen. Het zou echter ook kunnen dat richtlijnconform gedrag leidt tot een hoger bewustzijn van suïciderisico's. Richtlijnconform handelen wordt in de PITSTOP-training (De Groot e.a. 2015) getraind; alle hulpverleners van GGz Eindhoven waren verplicht deze te volgen en dit lijkt te hebben geleid tot richtlijnconform handelen, zoals eerder werd gezien (De Beurs e.a. 2015).

Het betrof vaker dan landelijk (56% vs. 25%) patiënten in een klinische setting (Dishoek e.a. 2009) en vaker patiënten met een Bopz-maatregel (25% vs. 8%) (Huisman e.a. 2009).

Respondenten die werkten met patiënten met een psychose en/of een verslaving en/of patiënten met een ontwikkelingsstoornis besteedden minder aandacht aan richtlijnthema's dan medewerkers die met andere patiëntengroepen werkten. Mogelijk matcht de PITSTOP-training minder goed met de kennisbehoeften van deze hulpverleners. Mogelijk is gezien de aard van de problematiek van deze patiënten bij deze hulpverleners meer sprake van demoralisering (Van Luyn 2010): het verschijnsel dat hulpverleners door gewenning aan (chronische) suïcidale condities minder gevoelig worden voor een acuut verhoogd risico ('acuut-op-chronisch' suïciderisico; Van Luyn & Kaasenbrood 2010; Van Hemert e.a. 2012).

Meer aandacht in de PITSTOP-training voor het omgaan met chronische suïcidale condities zou zinvol kunnen zijn. Onderzoek kan licht werpen op de vraag of richtlijnconform gedrag van deze specifieke groep hulpverleners hierdoor verbetert.

Een minderheid van de respondenten ging na of de patiënt beschikte over middelen om suïcide mee te plegen (FIGUUR 2), of levensbeschouwelijke aspecten een rol speelden in het suïcidale gedrag en of suïcidaal gedrag in de familie voorkwam (FIGUUR 3), terwijl deze aspecten geassocieerd zijn met een verhoogd suïciderisico (Roy e.a. 1983; Mann e.a. 2005; Wu e.a. 2015). Extra aandacht voor deze aspecten

zou het diagnostisch proces en de veiligheid voor suïcidale patiënten bij GGz Eindhoven kunnen verbeteren (Waserman e.a. 2012).

Beperkingen

In deze evaluatie is een klein aantal incidenten bekeken en data werden verkregen via zelfrapportage. Motieven van teamleiders om betrokkenen al dan niet aan te wijzen als respondenten zijn onbekend. Noch is bekend of sprake is geweest van non-respons en in welke mate. Mogelijk is hierdoor bias opgetreden.

De vragenlijst is niet gevalideerd; onduidelijk is of het instrument daadwerkelijk richtlijnconform gedrag meet. Richtlijnconform hulpverlenersgedrag is meer dan gedrag in de diagnostische en behandelfase. Attitudes zijn in de vragenlijst niet geoperationaliseerd, terwijl die in de literatuur worden gezien als een belangrijk aspect in de bejegening van suïcidale patiënten.

Verder is niet duidelijk of bias is opgetreden doordat de criteria voor het includeren van suïcidepogingen vooraf niet zijn bepaald. Onbekend is hoeveel (ernstige) pogingen plaatsvonden buiten het zicht van hulpverleners en/of niet werden gemeld bij de geneesheer-directeur. Hierdoor is niet bekend hoeveel incidenten ten onrechte niet in het onderzoek zijn meegenomen.

De verklaarde variantie van de associatiemodellen ligt tussen 10 en 17%; dit suggereert dat richtlijnconform gedrag behalve door de variabelen die in dit onderzoek zijn meegenomen ook door andere, onbekende variabelen wordt verklaard. Doordat de interactie tussen suïcidale patiënten en hulpverleners complex is, kunnen de in dit onderzoek gevonden associaties deels het resultaat zijn van *confounding* en/of zijn beïnvloed door variatie in de prevalentie van variabelen in verschillende (lokale) contexten (Neeleman & Lewis 1999). De bevindingen komen echter overeen met wat we observeren tijdens de PITSTOP-trainingen (De Groot e.a. 2015).

Onbekend is of respondenten geneigd waren sociaal wenselijk te antwoorden en/of zich bewust werden dat hun hulpverlenersgedrag door het invullen van de KEHR-vragenlijst strijdig was met het beeld dat ze van zichzelf hadden (Aronson 1969). Bovendien krijgen handelingen speciale betekenis nadat een suïcide heeft plaatsgevonden. Suggesties over causale relaties moeten als hypothesen worden beschouwd en ze dienen in vervolgonderzoek te worden getoetst.

Vervolgstappen

GGz Eindhoven is een lerende organisatie, omschreven als 'een organisatie die wordt geschapen en versterkt door het praktiseren van elkaar versterkende elementen: persoonlijk meesterschap, teamleren, gedeelde visie, explicitering

van mentale modellen en systeemdenken' (De Caluwé & Vermaak 2006). Door het gebruik van KEHR is het hulpverlenersgedrag jegens patiënten die waren betrokken bij suïcidale incidenten in GGz Eindhoven zichtbaar gemaakt. Duiding van deze bevindingen reikt verder dan we in dit artikel kunnen bespreken en gebeurde vooral binnen de organisatie zelf. GGz Eindhoven heeft op basis van deze evaluatie vijf speerpunten voor het komende jaar geformuleerd en is voornemens om incidenten met KEHR SUICIDE te blijven evalueren om te toetsen of aanpassingen de gewenste uitkomsten opleveren.

De ambitie is om in meer ggz-instellingen met KEHR SUICIDE data te verzamelen over hulpverlenersgedrag en deze te koppelen aan meer of andere patiëntkenmerken. Naast het in kaart brengen van hulpverlenersgedrag ten opzichte van suïcidale patiënten, wordt het wellicht mogelijk om in de toekomst specifiekere preventiestrategieën te ontwikkelen. KEHR SUICIDE is na registratie tegen geringe gebruikerskosten toegankelijk voor alle ggz-instellingen in het Nederlandse taalgebied.

LITERATUUR

- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders (DSM-IV-TR). Washington: American Psychiatric Association; 2004.
- Aronson E. The theory of cognitive dissonance: A current perspective. *Advances in experimental social psychology*. New York: Academic Press; 1969.
- Beurs D de, de Groot M, Bosmans J, de Keijser J, Mokkenstorm J, Verwey B, e.a. Reducing patients' suicide ideation through training mental health teams in the application of the Dutch multidisciplinary practice guideline on assessment and treatment of suicidal behavior: study protocol of a randomized controlled trial. *Trials* 2013; 14: 372.
- Beurs DP de, de Groot MH, de Keijser J, Mokkenstorm J, van Duijn E, de Winter RF, e.a. The effect of an e-learning supported Train-the-Trainer programme on implementation of suicide guidelines in mental health care *J Affect Disord* 2015; 175: 446-53.
- Brown GK, ten Have T, Henriques GR, Xie SX, Hollander JE, Beck AT. Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts A randomised controlled trial. *JAMA* 2005; 294: 563-70.
- Caluwé L de, Vermaak H (red). *Leren veranderen* (2e ed). Doetinchem: Vakmedianet Management; 2006.
- Centraal Bureau voor de Statistiek <http://statlineCBS.nl>.
- Coimbra D, Pereira E, Silva A, De Sousa-Rodrigues CF, Barbosa F, e.a. Do suicide attempts occur more frequently in the spring too? A systematic review and rhythmic analysis. *J Affect Disord* 2016; 196: 125-37.
- Dishoeck A, Lingsma H, van der Kolk M, Steyerberg E, Robben PB, Mackenbach J. Haalbaarheidsstudie naar de kwantificering van gezondheidseffecten van toezicht gehouden door de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Rotterdam: Erasmus MC afd. Maatschappelijke Gezondheidszorg; 2009.
- GGZ Nederland. Handreiking uniforme meldingsroute bij suïcides en suïcidepogingen met ernstig letsel Veilige zorg, ieders zorg. GGZ Patiëntveiligheidsprogramma 2008-2011. Amersfoort: GGZ Nederland; 2011.
- Groot MH de, de Beurs DP, de Keijser J, Kerkhof AJ. An e-learning supported train-the-trainer program to implement a suicide practice guideline. Rationale, content and dissemination in Dutch mental health care. *Internet Interv* 2015; doi: 10.1016/j.invent.2015.04.004.
- Groot MH de, de Winter RF, van der Plas W, Kerkhof AJ. KEHR SUICIDE: Kwalitatieve evaluatie van het handelen rond suïcide Datagestuurd evalueren en leren van suïcides Resultaten van een pilot studie. *Tijdschr Psychiatr* 2016; 58: 351-60.
- Hawton K, Van Heeringen K. Suicide. *Lancet* 2009; 393: 1372-81.
- Hemert A van, Kerkhof A, de Keijser J, Verwey B, van Boven C, Hummelen J, e.a. Multidisciplinaire richtlijn voor diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag Utrecht: De Tijdstroom; 2012.

CONCLUSIE

Bij GGz Eindhoven vonden we een relatie tussen de as 1-diagnose van patiënten en richtlijnconform gedrag van hulpverleners. Daarnaast vonden we een associatie tussen richtlijnconform gedrag en de mate waarin hulpverleners het suïcidale incident hadden verwacht.

Er zijn nog verbeteringen mogelijk in het handelen rond suïcidaal gedrag. Veel aspecten die samenhangen met het al dan niet volgen van de richtlijn zijn onbekend en dit bemoeilijkt de interpretatie van de bevindingen. De uitkomsten bieden de mogelijkheid om hypothesen te formuleren die in vervolgonderzoek kunnen worden getoetst. De toepassing van KEHR SUICIDE kan ggz-instellingen helpen om de richting van hun suïcidepreventiebeleid te bepalen en dit te evalueren.

NOOT

KEHR SUICIDE is toegankelijk via: <https://www.mijnkehr.nl/>.

- Hermans M, van Wetten H, Sinnema H. Kwaliteitsdocument ketenzorg. Utrecht: Trimbos-instituut; 2010.
- Huber CG, Schneeberger AR, Kowalinski E, Fröhlich D, Von Felten S, Walter M, e.a. Suicide risk and absconding in psychiatric hospitals with and without open door policies: a 15-year, observational study. *Lancet Psychiatry* 2016; 3: 842-9.
- Huisman A. Learning from suicides. Towards an improved supervision procedure of suicides in mental health care in the Netherlands. Amsterdam: Vrije Universiteit; 2010.
- Huisman A, Robben PB, Kerkhof AJ. An examination of the Dutch Health Care Inspectorate's supervision system for suicides of mental health care users. *Psychiatr Serv* 2009; 60: 80-5.
- Jobs DA, Wong SA, Conrad AK, Drozd JF, Neal-Walden T. The collaborative assessment and management of suicidality versus treatment as usual: a retrospective study with suicidal outpatients. *Suicide Life Threat Behav* 2005; 35: 483-97.
- Kessler RC, Berglund P, Borges G, Nock M, Wang. Trends in suicide ideation, plans, gestures, and attempts in the United States, 1990-1992 to 2001-2003. *JAMA* 2005; 293: 2487-95.
- Leistikow IP. Voorkomen is beter. *Leren van calamiteiten in de zorg*. Leusden: Diagnosis Uitgevers; 2013.
- Lönnqvist JK, Enriksson MM, Isometsä ET, Marttunen MJ, Heikkinen ME, Aro HM, e.a. Mental disorders and suicide prevention. *Psychiatry Clin Neurosci* 1995; 49 (Suppl 1): S111-6.
- Luyn B van, Kaasenbrood A. Suïcidaliteit in de acute en sociale psychiatrie. In: Kerkhof A, van Luyn B (red). *Suïcidepreventie in de praktijk*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum; 2010. p 217-34.
- Luyn B van. Behandeling van suïcidaliteit bij persoonlijkheidsstoornissen. In: Kerkhof A, van Luyn B (red). *Suïcidepreventie in de praktijk*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum; 2010. p 187-98.
- Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, e.a. Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA* 2005; 294: 2064-74.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn & Sport. Besluit WOB verzoek overzicht suïdecijfers ggz-instellingen 2007-2012. Den Haag: ministerie VWS; 2013 <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/wob-verzoeken/2013/10/18/besluit-wob-verzoek-overzicht-suïdecijfers-ggz-instellingen-2007-2012>.
- Neeleman J, Lewis G. Suicide, religion and socio-economic conditions - an ecological study in 26 countries, 1990. *J Epidemiol Community Health* 1999; 53: 204-10.
- Qin P, Agerbo E, Mortensen PB. Suicide risk in relation to socioeconomic, demographic, psychiatric, and familial factors: a national register-based study of all suicides in Denmark, 1981-1997. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 765-72.
- Roy A. A family history of suicide. *Arch Gen Psychiatry* 1983; 40: 971-4.
- Shea S. Psychiatric interviewing, the art of understanding. Philadelphia: Saunders; 1998.
- Stringer B, van Meijel B, Koekoek B, Kerkhof AJ, Beekman AM. Collaborative care for patients with severe borderline and NOS personality disorders: A comparative multiple case study on processes and outcomes. *BMC Psychiatry* 2012; 11: 102 doi: 10.1186/1471-244X-11-102.
- Vermunt J, Bijmolt T, Paas L. Multi-niveau latent klasse analyse: met een toepassing bij het simultaan clusteren van landen en consumenten. In: Bronner AE, Dekker P, de Leeuw E, Paas L, de Ruyter K, Smidts A, e.a. (red). *Ontwikkelingen in marktonderzoek, Jaarboek*. Haarlem: Spaar en Hout; 2006. p 161-73.
- Wasserman D, Rihmer Z, Rujescu, D, Sarchiapone, M, Sokolowski, M, Titelman, e.a. The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention. *Eur Psychiatry* 2012; 27: 129-42.
- While D, Bickley H, Roscoe A, Windfuhr K, Rahman S, Shaw, e.a. Implementation of mental health service recommendations in England and Wales and suicide rates, 1997-2006: a cross-sectional and before-and-after observational study. *Lancet* 2012; 379: 1005-12.
- Winter RF de, de Groot MH, van Dassen ML, Deen MH, de Beurs D. Het vóorkomen van suïcidaal gedrag en suïcidepogingen bij de psychiatrische crisisdienst. *Tijdschr Psychiatr* 2017; 59: 140-9.
- Woo JM, Okusaga O, Postolache TT. Seasonality of suicidal behavior. *Int J Environ Res Public Health* 2012; 9: 531-47.
- Wu A, Wang JY, Jia CX. Religion and completed suicide: a meta-analysis. *PLoS One* 2015; doi: 10.1371/journal.pone0131715.

SUMMARY

Data-guided learning from suicidal incidents by using KEHR SUICIDE. A practice example in a Dutch mental health care facility

M.H. DE GROOT, R.T. KLEPPE, E. POLS, R.F.P. DE WINTER, A.J.F.M. KERKHOF

- BACKGROUND** Specific and systematic data on health care providers' behaviour is needed to further improve the care provided to suicidal patients in mental health care facilities.
- METHOD** Explorative observational study of all suicidal incidents (n=50) that occurred in a Dutch mental health care facility over a one year period. Incidents were evaluated using KEHR SUICIDE, a questionnaire that assesses to what extent health care providers' conduct was compliant to the suicide practice guideline in the context of patients' suicidal behaviour. Associations between health care providers' and patients' features and guideline compliant behaviours of health care providers were calculated by logistic regression models.
- RESULTS** Health care providers showed less guideline compliant behaviour when the patient had a psychotic, substance abuse or development disorder or had no axis 1 disorder. A positive association was found between guideline compliant behaviour and the extent to which the incident had been expected.
- CONCLUSION** Guideline compliant behaviour of mental health care providers appears to be related to the axis 1 disorder of patients in a Dutch mental health care facility. Still, the application of guideline compliant behaviour concerning suicide incidents shows room for improvement. KEHR SUICIDE is shown to be a helpful tool for multidisciplinary evaluation of suicidal incidents as it provides specific, ready-made information by which mental health care facilities can guide, examine and adjust suicide prevention policy. The outcomes provide hypotheses that may be examined in future research.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 60(2018)9, 581-591

KEY WORDS evaluation, KEHR, quality improvement, suicide, suicide attempt