

# Ervaringen van psychiaters in opleiding in Vlaanderen met suïcide van patiënten<sup>1</sup>

E. DE HEYN, G. PIETERS, S. JOOS, V. DE GUCHT

**ACHTERGROND** Uit onderzoek blijkt dat een groot aantal psychiaters in de loop van hun opleiding en daarna geconfronteerd worden met suïcide van patiënten. Hierover zijn in Vlaanderen geen onderzoeksgegevens beschikbaar.

**DOEL** De frequentie en de impact van ervaringen van arts-assistenten in opleiding tot psychiater met suïcide van patiënten in kaart brengen en nagaan of zij enige opleiding hebben genoten betreffende het inschatten van het suïciderisico en over de klinische en beleidsmatige aspecten die in overweging moeten worden genomen na de zelfmoord van een patiënt.

**METHODE** In maart 2001 werd een vragenlijst opgestuurd naar alle 163 arts-assistenten in opleiding tot psychiater in Vlaanderen. De vragenlijst vroeg naar ervaringen met suïcide van patiënten en naar de opleiding die ze hadden genoten betreffende zelfmoord van patiënten. Tevens bevatte de vragenlijst een Nederlandstalige versie van de Impact of Event Scale om de impact van de suïcide te meten.

**RESULTATEN** In totaal antwoordden 114 assistenten, 70%. Van de respondenten gaf 69,3 % aan tijdens de opleiding een suïcide van een patiënt te hebben meegemaakt. Bij 15,2 % had dat een aspect van hun persoonlijke leven in negatieve zin beïnvloed en bij 17,7 % had dat een negatieve invloed op professioneel gebied gehad. Slechts 9,6 % van de assistenten kreeg enig onderricht over het te volgen beleid na de zelfmoord van een patiënt.

**CONCLUSIE** Dit onderzoek bevestigt buitenlandse bevindingen dat het meemaken van de zelfmoord van een patiënt geen zeldzaam gebeuren is in het verloop van de opleiding tot psychiater. In vergelijking met buitenlandse gegevens is de impact aan de lage kant. Slechts een kleine minderheid kreeg onderricht over welke procedure te volgen na de suïcide van een patiënt.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 46(2004)9, 579-587]

**TREFWOORDEN** impact, opleiding, psychiatrie, suïcide

De laatste jaren wordt veel aandacht besteed aan stressfactoren op het werk. Een suïcide van een patiënt is voor elke hulpverlener in de psychiatrie een van de grootste stressfactoren. Chemtob e.a. (1988) deden onderzoek hiernaar bij 643 psychiaters in de Verenigde Staten. Zij verkregen een respons van 46%, waarvan 51% reeds de suïcide van een patiënt had meegemaakt. De helft meldde gedurende de weken na de suïcide een stressniveau op de retrospectief ingevulde Impact of Event Scale (IES;

Horowitz e.a. 1979) te ervaren die vergelijkbaar was met stressniveaus ervaren bij het recent overlijden van een ouder. Bij een onderzoek van Alexander e.a. (2000) in Schotland had 68% van de psychiaters suïcide van een patiënt die bij hen in behandeling was, meegemaakt. Drieëndertig procent gaf aan hierna gekampt te hebben met slaapproblemen, een gedrukte stemming of prikkelbaarheid en 15% overwoog een vervroegde pensionering ten gevolge van een zelfmoord. Collega's en familie of

vrienden boden het meeste hulp bij de verwerking van het gebeuren, evenals teambesprekingen. Uit het onderzoek van Chemtob e.a. (1988) bleek dat jongere en minder ervaren psychiaters meer last hadden van schuldgevoel, verminderd zelfvertrouwen en het zich terugtrekken uit sociale contacten. Hieruit kunnen we veronderstellen dat de zelfmoord van een patiënt een nog grotere invloed zal hebben op psychiaters in opleiding.

Verskillende onderzoeken bij psychiaters in opleiding in de Verenigde Staten (Brown 1987), het Verenigd Koninkrijk (Courtenay & Stephens 2001; Dewar e.a.2000; Yousaf e.a.2002) en Australië (Kozłowska e.a. 1997), bevestigden niet alleen de hoge prevalentiecijfers van ervaring met suïcide, maar ook de impact op professioneel en persoonlijk gebied. De prevalentiecijfers van ervaring met suïcide van patiënten varieerden tussen 33 (Brown 1987) en 68% (Kozłowska e.a.1997).

Onderzoeken naar de impact van de suïcide van een patiënt verschillen van elkaar in twee opzichten. Ten eerste in de schalen en vragenlijsten die gebruikt werden om de impact te meten, en ten tweede in het tijdstip waarop de impact werd gemeten. Bij een aantal onderzoeken mat men de impact zowel retrospectief in de periode vlak na de suïcide als op het moment van het onderzoek zelf (Chemtob e.a.1988; Yousaf e.a. 2002). Bij andere onderzoeken werd de impact óf vlak na de suïcide gemeten (retrospectief) (Courtenay & Stephens 2001; Kozłowska e.a. 1997), óf op het moment van het onderzoek. Ondanks deze verschillen was de gemiddelde impact toch aanzienlijk, met scores van matig tot hoog zowel op het moment van de zelfmoord als op het moment van het invullen van de vragenlijsten (Yousaf e.a.2002).

Dewar e.a.(2000) deden ook onderzoek naar de training in verband met suïcide die psychiaters in opleiding in Schotland kregen. Zesennegentig procent had opleiding gekregen in risico-inschatting van suïcide, 28% had enige opleiding gehad in het post-incidentbeleid van suïcide.

Het doel van dit onderzoek is het in kaart brengen van de frequentie en de impact van ervaringen van arts-assistenten in opleiding tot psy-

chiaters in Vlaanderen met suïcide van patiënten en nagaan of zij enig onderricht hebben genoten in het inschatten van het suïciderisico en in de klinische en beleidsmatige aspecten die in overweging genomen moeten worden na de zelfmoord van een patiënt. De verkregen cijfers in verband met prevalentie en impact van suïcide werden vergeleken met die uit de hierboven besproken onderzoeken.

## METHODE

**Deelnemers** In april 2001 werd een vragenlijst verstuurd naar alle arts-assistenten in opleiding tot psychiater (zowel kinder- als volwassenenpsychiatrie) in Vlaanderen (n = 163). De adressen werden verkregen via de Vereniging van Vlaamse Assistenten Psychiatrie en de betreffende universitaire diensten. Eind mei 2001 werd een tweede zending gestuurd naar de assistenten die tot dan toe niet hadden gereageerd. Alle assistenten ontvingen naast de vragenlijst een toelichtingsbrief en een gefrankeerde retourenvelop die voorzien was van een nummer verbonden aan de adresgegevens om een tweede zending mogelijk te maken. Om de anonieme verwerking van de gegevens te garanderen, werden de ingevulde vragenlijsten uit de enveloppen verwijderd door een administratief medewerkster, die ook zorgde voor een tweede mailing naar de non-respondenten.

**Instrumenten** De vragenlijst van Dewar e.a. (2000) werd vertaald en enigszins aangepast aan de situatie in Vlaanderen, maar de inhoud werd grotendeels behouden om de resultaten te kunnen vergelijken met het Schotse onderzoek.

De vragenlijst besloeg 13 bladzijden en bestond uit 4 delen: een eerste deel waarin naar persoonlijke gegevens werd gevraagd; een tweede deel waarin werd gevraagd naar de persoonlijke opinie in verband met voorspelbaarheid en de preventiemogelijkheden van suïcide, en naar het onderricht dat men had gekregen in verband met zelfmoord; een derde deel met vragen over de kenmerken en de impact van de meest pijnlijke suïcide die men

had meegemaakt. Daarbij werd gebruikgemaakt van een Nederlandstalige versie van de IES (Horowitz e.a. 1979; Brom e.a. 1986) om de resterende emotionele impact te meten. De IES bestaat uit 15 vragen over vermijding en intrusieve symptomen van posttraumatische stress met een totaalscore tussen 0 tot 75. De klinisch significante afkappunten voor de vermijdings – en intrusiesubscala zijn respectievelijk 12 en 10. Een totaalscore van 20 of meer wordt beschouwd als klinisch significant. In het laatste deel van de vragenlijst konden de respondenten vrij commentaar kwijt.

**Verwerking** Voor de statistische analyse werd gebruikgemaakt van SPSS 9.0 voor Windows. Om de verbanden tussen de bestudeerde variabelen weer te geven werden  $\chi^2$ -toetsen gebruikt, gezien het nominale meetniveau van de meeste variabelen. Het significantieniveau werd vastgesteld op 5%.

RESULTATEN

**Respons** Na de eerste zending stuurden 80 assistenten de ingevulde vragenlijst terug, na de tweede zending antwoordden nog 34 meer, resulterend in een totaal van 114 respondenten – 70%.

**Persoonlijke gegevens** Achtenvijftig procent van de respondenten was vrouw. Drieënzeventig procent specialiseerde in volwassenenpsychiatrie, 27% in kinderpsychiatrie. Twintig procent van de ingevulde vragenlijsten kwam van eerstejaars, 21% van tweedejaars-, 19% van derdejaars-, 17% van vierdejaars-, 20% van vijfdejaars- en 3% van zesdejaarsassistenten.

Algemene opvatting en opleiding met betrekking

tot suïcide Op de vraag hoe voorspelbaar men in het algemeen suïcide van patiënten vond, antwoordde 4,4% met ‘helemaal niet’, 72,8% met ‘in beperkte mate’ en 22,8% met ‘in grote mate’. Wat betreft het voorkómen vond 1,8% dat suïcide van patiënten over het algemeen niet voorkomen kon worden, 69,9% dat dat ‘in beperkte mate’ kon en 28,3% dat het in ‘in grote mate’ kon.

Van de respondenten vermeldde 43,9% enig onderricht in het inschatten van het risico van suïcide te hebben gehad; 80% vond deze opleiding matig tot zeer nuttig, 20% beperkt nuttig. Slechts 9,6% vermeldde enig onderricht te hebben gekregen over zaken die ná de suïcide van een patiënt in overweging moeten worden genomen. Hierbij moeten we nog opmerken dat een aantal van hen in het vrije commentaar op het eind van de vragenlijst aangaf dit onderwijs tijdens stage in het buitenland te hebben gehad, vooral in Nederland en in Groot-Brittannië. Slechts bij 3 respondenten was in deze training ook informatie over het effect van suïcide op het personeel inbegrepen.

Vierenveertig procent van de respondenten kreeg reeds te maken met de suïcide van een eigen patiënt, 57% was van nabij betrokken bij de suïcide van een patiënt die niet hoofdzakelijk door hem of haar werd behandeld. In totaal waren 79 van de 114 respondenten (69,3 %) op directe en/of indirecte wijze betrokken bij de zelfmoord van een patiënt. Het totaal aantal meegemaakte suïcides varieerde van 1 tot 9. Het gemiddeld aantal suïcides was 1,8 (standaarddeviatie (SD) 1,9). Reeds tijdens het eerste jaar is de kans 0,30 dat de psychiater in opleiding met een suïcide geconfronteerd wordt. Na 2 jaar opleiding neemt deze kans toe tot 0,47. Na 5 jaar is deze kans reeds 0,69.

TABEL 1 Kans op confrontatie met suïcide van een patiënt bij Vlaamse arts-assistenten in opleiding tot psychiater (N = 114)

Aantal jaren in opleiding	Aantal artsen	0 suïcides meegemaakt	1 of meer suïcides meegemaakt	Cumulatieve kans
1	23	16	7	0,30
2	24	9	15	0,47
3	22	1	21	0,62
4	19	4	15	0,66
5	23	4	19	0,69
6	3	1	2	0,69

*De meest pijnlijke suïcide* Aan de assistenten die al 1 of meerdere suïcides hebben meegemaakt, werd gevraagd om stil te staan bij de meest pijnlijke suïcide. De betrokken patiënten waren voornamelijk jonge volwassenen, 70% tussen 15 en 40 jaar oud. Zevenenvijftig procent was man. Bij 46% was een stemmingsstoornis gediagnosticeerd, 23% had een psychotische stoornis. Van 40% was bekend dat ze reeds eerder suïcidepogingen hadden ondernomen. Op het moment van suïcide was 68,4% voltijds gehospitaliseerd, 10,1% kreeg dagbehandeling en 21,5% ambulante behandeling. Van de voltijds gehospitaliseerden was 12,7% gedwongen opgenomen, verbleef 20% op een gesloten afdeling en stond 55% onder verhoogde observatie. Bij de gehospitaliseerde patiënten gebeurde de suïcide bij 46% op de afdeling; bij 14,8% elders in het ziekenhuis. Het tijdstip van deze meest pijnlijke suïcide varieerde van enkele dagen tot 58 maanden vóór het invullen van de vragenlijst, met een gemiddeld tijdsinterval van 20 maanden. De methoden van suïcide waren: verhangings 40%, springen 19%, auto-intoxicatie 13%, verdrinking 9%, snij/steekwonden 4%, CO-intoxicatie 2,5%, vuurwapen 1% en overig 11,5%. Het lijk van de patiënt werd door 29% van de betrokken assistenten zelf gezien.

Op de vraag in welke mate men vond dat deze specifieke suïcide te voorspellen was, antwoordde 10,1% met 'helemaal niet', 51,9% met 'in beperkte mate', en 32,9% met 'in grote mate'. Men meende in 13,9% van de gevallen dat deze suïcide 'helemaal niet' te voorkomen was, in 65,8% 'in beperkte mate', en in 12,7% 'in grote mate'.

*Waarom werd deze suïcide als het meest pijnlijk ervaren?* Hierbij vermelden we de meest voorkomende en meest treffende vermeldingen. Voor sommigen was het de enige suïcide. Voor anderen, die meer dan één zelfmoord hadden meegemaakt, was het vaak de eerste, die het meeste invloed had gehad. Anderen vermeldden overigens ook wel dat volgende suïcides even pijnlijk werden ervaren en er dus geen gewenning optrad. Sommige artsen die betrokken waren bij de reanima-

tiepoging, vermeldden dit als pijnlijk element. Voor sommigen was de confrontatie met het lijk traumatisch. Belangrijke elementen die frequent werden genoemd, waren de graad van contact met de patiënt en de duur van de behandeling, en het gevoel een goede arts-patiëntrelatie te hebben gehad of juist een zeer moeilijk contact. Een suïcide van een patiënt die men zelf behandelde, had een grotere impact. Jonge leeftijd, hogere intelligentie en aspecten van de gezinssituatie van de patiënt bleken naast invoelbaarheid van de problematiek belangrijke factoren. Frequent werd vermeld dat het gebeuren erg onverwacht was, of dat de suïcide ondanks extra waakzaamheid toch had kunnen gebeuren. Vele assistenten kampten nadien met schuldgevoelens en zetten vragen bij hun eigen competentie. Verschillende assistenten vermeldden dat de suïcide tijdens hun verlof was gebeurd. Verder bleken ook sommige gebeurtenissen na de zelfmoord en het gebrek aan steun in de werkomgeving een belangrijke invloed te hebben. Vaak hadden de assistenten zelf de familieleden van patiënt opgevangen. Vele assistenten vermeldden als pijnlijk element dat er na het gebeuren geen of te weinig nabespreking was, vooral niet in de vorm van een teambespreking of een gesprek met de supervisor. Enkel waren betrokken in een proces wegens aansprakelijkheid.

*Gevolgen van de suïcide* Slechts 5% van de assistenten die een suïcide hadden meegemaakt, waren zich nadien bewust van enige verslaggeving in de pers hierover. Drie van de 4 assistenten bij wie dat het geval was, vonden deze verslaggeving pijnlijk. Vierenvijftig procent was helemaal niet verontrust door de mogelijkheid van gerechtsvervolging, 29% in beperkte mate. In 76% van de gevallen werden de assistenten niet betrokken in een gerechtelijk onderzoek. Voor 2,5% had dit onderzoek een negatieve tot zeer negatieve impact. Bij 4 respondenten was er sprake van interne disciplinaire maatregelen. Slechts 2 respondenten werden gerechtelijk vervolgd. Wanneer het gebeuren later werd besproken in teamvergadering

of op instellingsniveau (psychologische autopsie), werd dit meestal als positief ervaren, hoewel het voor 5% ook een negatieve invloed had. Velen vermeldden echter dat bespreking op een teamvergadering (24%) of op instellingsniveau (45,6%) voor hen niet van toepassing was. Dit geeft aan dat bespreking achteraf toch vaak niet gebeurt, of dat de assistent hierbij niet wordt betrokken. De begrafenis werd bijgewoond door 17% en men ervoer dit grotendeels als positief. Bijna niemand was ten gevolge van de suïcide afwezig op het werk.

De meeste assistenten bespraken het gebeuren met hun supervisor (83,5%), collega-assistenten (72%), hun partner (80%), hun eigen vriendenkring (58%). Familie, vrienden en collega-assistenten hadden bijna altijd een positieve, steunende invloed. Supervisors hadden in 15% een zeer positieve en in 28% een positieve invloed op het verwerken van het gebeuren, en in 11% een negatieve en 4% een zeer negatieve invloed.

*Effecten op persoonlijk en professioneel gebied*  
Een negatieve impact van de suïcide op het persoonlijke leven werd door 15,2% gerapporteerd. Men vermeldde klachten van slapeloosheid, gedrukte stemming, eetlustvermindering en verminderd zelfvertrouwen, evenals schuldgevoelens en flashbacks. Een negatieve impact op het professionele leven werd gerapporteerd door 17,7%: faalangst, onzekerheid in verband met het inschatten van suïcidaliteit en een overdreven voorzichtigheid; enkelen twijfelden aan hun beroepskeuze. Bij 52% van de assistenten die een suïcide hadden meegemaakt, leidde deze ervaring tot aanpassing van hun beleid met betrekking tot de behandeling van suïcidale patiënten. Vele assistenten vermeldden na het gebeuren de mogelijkheid van suïcide te overwegen bij elke patiënt en frequenter naar suïcidaliteit te vragen. Anderen gingen na het gebeuren meer informatie opzoeken over preventiemogelijkheden en risico-inschatting.

*Resterende impact* Er is getracht de resterende impact van de als meest pijnlijk ervaren suïcide te bepalen aan de hand van de Nederlandstalige versie van de IES. Er werd aan alle assistenten die een suïcide hadden meegemaakt, gevraagd om aan te geven in welke mate elk van de 15 items voor hen van toepassing was gedurende de 7 dagen voor het invullen van de vragenlijst.

Hierbij had 7% een klinische significante score op de vermijdingssubscala en 12% op de intrusiesubscala. Wanneer de scores op beide subschalen bij elkaar werden geteld, haalde 18,5% een 'klinisch niveau' (afkapwaarde = 20)

Geen van de potentiële determinanten die werden onderzocht (onder meer aantal jaren ervaring, patiënt al dan niet in eigen behandeling, tijd verstreken sinds de suïcide, suïcidemethode, het al dan niet gezien hebben van het lijk en voorspelbaarheid en de preventiemogelijkheden van de specifieke suïcide) was significant gerelateerd met de vermijdingsscore. De score op de intrusiesubscala was wel significant gerelateerd met het feit of de patiënt onder eigen behandeling was van de assistent ( $\chi^2 = 5,09$ ;  $df = 1$ ;  $p < 0,05$ ) en de ervaren mogelijkheid om de specifieke suïcide te hebben kunnen voorkomen ( $\chi^2 = 19,24$ ;  $df = 1$ ;  $p < 0,001$ )

Zoals verwacht bleek de groep van respondenten uit de volwassenenpsychiatrie significant meer suïcides te hebben meegemaakt (gemiddeld 2,2; SD 1,9) in vergelijking met de groep uit kinderpsychiatrie (gemiddeld 1,3; SD 1,3;  $t = 2,33$ ;  $df = 104$ ;  $p = 0,022$ ).

Er blijkt geen verband tussen het geslacht van de respondent en de impact van de suïcide, zowel onmiddellijk na het gebeuren als op het moment van het invullen van de vragenlijst, of bij wie men steun zoekt na de suïcide. Verder was er geen duidelijk verband tussen het al dan niet steun gevonden hebben bij supervisor en partner en familie en de impact op persoonlijk of professioneel gebied. Ook was er geen significant verband tussen het aantal jaren ervaring en de algemene opvattingen over voorspelbaarheid en preventiemogelijkheden van suïcide, noch met de opvattingen hierover betreffende de meest pijnlijke suïcide. Of

de respondent al dan niet onderwijs had gekregen over risicotaxatie had geen verband met de impact van de suïcide of met de algemene opvatting over suïcide.

Er is getracht na te gaan welke factoren een mogelijk verband hadden met het veranderen van het klinisch beleid na een suïcide. Respondenten die na de suïcide een nadelige impact vermeldden op hun persoonlijk leven, waren meer geneigd om hun beleid aan te passen ( $\chi^2 = 5,610$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0,018$ ). Dit verband konden we niet terugvinden bij mensen die een professionele impact vermeldden. Ook bij personen die op het moment van ondervraging nog een klinische impact hadden volgens de IES, bestond er een sterke tendens tot meer verandering in beleid zonder echter statistische significantie te bereiken ( $\chi^2 = 4,797$ ;  $df = 2$ ;  $p = 0,091$ ). Ook de algemene opvatting over voorspelbaarheid van suïcide houdt verband met het veranderen van beleid ( $\chi^2 = 9,529$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0,002$ ). Wanneer men als algemene opvatting heeft dat suïcide niet of weinig voorspelbaar is, is men meer geneigd zijn klinisch beleid te veranderen na een suïcide. Dit verband gaat echter niet op voor de algemene opvatting over preventiemogelijkheden en voor de opvatting over preventiemogelijkheden en voorspelbaarheid van de specifieke suïcide.

*Vrij commentaar* Hier vermelden we de commentaren die het meest voorkwamen of frappant waren.

Vele assistenten onderstreepten het belang van steun door supervisor en collega's na een suïcide, evenals een nabespreking in het team met als doel emoties en meningen te kunnen uiten. Vooral het uitwisselen van eigen ervaringen met suïcide met supervisor of collega's bleek steeds als erg steunend ervaren. Heel wat assistenten voelden zich er na de suïcide alleen voor staan als ze zowel de familie van patiënt als medepatiënten en teamgenoten moesten opvangen zonder steun van hun supervisor. Enkelen vermeldden dat er na het gebeuren helemaal geen bespreking was geweest met team en/of supervisor, of dat ze op deze bespreking niet werden uitgenodigd. De assistent

voelde zich gesteund wanneer de supervisor actief betrokken was na de suïcide, bijvoorbeeld door samen met de assistent een gesprek te hebben met de familie van patiënt. Sommigen wilden een nabespreking over de casus, zoals een psychologische autopsie, om uit het gebeurde te kunnen leren.

Ook was er vraag naar informatie, bijvoorbeeld over gerechtelijk onderzoek en/of vervolging na een suïcide. Velen stelden de vraag naar een of andere vorm van protocol, zodat men weet wat te doen, wie te verwittigen en dergelijke, wanneer men een gesuïcideerde patiënt aantreft op de afdeling. Enkelen stelden het belang van een protocol ter discussie en legden meer de nadruk op klinische intuïtie en ervaring. Velen wilden ook graag weten hoe om te gaan met patiënten die een appèl doen door te dreigen met suïcide en hoe om te gaan met medepatiënten wanneer de suïcide op een afdeling gebeurt.

Verder werd het belang van contact met nabestaanden benadrukt. Ook contact met de behandelend huisarts en eventuele andere hulpverleners werd door de respondenten als steunend ervaren.

## DISCUSSIE

De resultaten van deze enquête tonen aan dat 69% van de assistenten die de vragenlijst retourneerden tijdens hun opleiding reeds geconfronteerd werden met de suïcide van een patiënt. Als ervan uit wordt gegaan dat alle niet-respondenten nog niet met een suïcide werden geconfronteerd, dan zou toch nog 48% van de assistenten reeds een suïcide hebben meegemaakt.

Wanneer we de resultaten vergelijken met die uit het onderzoek van Dewar e.a. (2000), dan blijkt dat de respons iets lager is dan die van Dewar e.a. (70% versus 81%), maar het aantal respondenten van vergelijkbare grootteorde (114 versus 103). Er is wel een belangrijk verschil in het aantal jaren ervaring in de psychiatrie (van 1 tot 6 jaar ervaring hier ten opzichte van 3 tot 13 jaar ervaring in het Schotse onderzoek). Ondanks dit verschil in aantal jaren ervaring tussen de beide onderzoeksgroepen, werden de assistenten in Vlaanderen niet minder

geconfronteerd met suïcide: 43,9% ten opzichte van 47% rapporteerde de suïcide van een patiënt die onder hun behandeling was, en 57% ten opzichte van 40% was van dichtbij betrokken bij de suïcide van een patiënt die niet door hen werd behandeld.

Opmerkelijk is dat de assistenten in Vlaanderen blijkbaar minder onderricht kregen over suïcide, zowel over de inschatting van het risico van suïcide (43,9% versus 96%) als over aspecten en praktische zaken die in overweging moeten worden genomen na de suïcide van een patiënt (9,6% versus 28%). Uit het vrije commentaar van de assistenten aan het einde van de vragenlijst blijkt dat er een grote vraag bestaat naar dergelijk onderwijs. Aan onderwijs over risico-inschatting is er de laatste jaren wel aandacht gegeven, wat blijkt uit het hogere percentage onderricht hierover (60%) als men uitsluitend de eerste- en tweedejaarsassistenten bekijkt.

In vergelijking met Schotland rapporteerden de assistenten in Vlaanderen minder negatief effect op hun persoonlijk leven (15,2% versus 31%) en op professioneel gebied (17,7% versus 39%), hoewel dezelfde methodologie werd gebruikt. We vonden in het betreffende artikel van Dewar e.a. echter geen gegevens terug over het tijdsinterval tussen de suïcide en het invullen van de vragenlijst. Heel wat assistenten die geen negatieve impact op hun professioneel leven aangaven, vermeldden in het vrije commentaar wel dat ze na de suïcide minder zelfverzekerd waren geweest bij het inschatten van suïcidaliteit, en gedurende een bepaalde tijd eerder defensief reageerden met sneller nemen van preventieve maatregelen zoals opname op een gesloten afdeling bij het uitgaan van suïcidaliteit. Anderzijds vermeldde men na het gebeuren meer alert te zijn op suïcidaliteit en suïcidaliteit ook sneller bespreekbaar te stellen bij de patiënt. Tevens zei men eerder het medicatiebeleid aan te passen bij suïcidale patiënten of meer aandacht te besteden aan de uitbouw van een steunend netwerk bij ambulante patiënten.

De scores op de IES lagen in de lijn van de beperkte impact die werd aangegeven door de res-

pondenten op hun persoonlijk leven. Wanneer we de scores op de IES vergelijken met die uit het onderzoek van Yousaf e.a. (2002), dan liggen de scores in de Vlaamse groep lager met 18,5 % klinisch significante scores ten opzichte van 29% bij de respondenten van Yousaf e.a. De scores van de subschalen kunnen niet vergeleken worden, omdat die in het artikel van Yousaf e.a. alleen vermeld worden voor de retrospectief ingevulde IES onmiddellijk na de suïcide. Het gemiddelde tijdsinterval tussen suïcide en invullen van de vragenlijst was 20 maanden voor dit onderzoek ten opzichte van 27 maanden in het onderzoek van Yousaf, wat duidelijk geen verklaring biedt voor het verschil in impact. In het onderzoek van Yousaf werd wel gevraagd retrospectief de IES in te vullen voor de tijd onmiddellijk na de suïcide evenals op het moment van invullen van de vragenlijst. Mogelijk houdt het retrospectief invullen van de IES een bias in die nog een invloed kan hebben op de score op de IES op het moment van het invullen van de vragenlijst.

De literatuur over het postsuïcidemanagement is beperkt. Hodelet & Hughson (2001) geven in hun artikel aanbevelingen over wat een arts moet doen na een suïcide van een patiënt, vooral wanneer het een gehospitaliseerde patiënt betreft. Naast de initiële verplichtingen, zoals een bespreking met familie, de politie op de hoogte stellen, een teambespreking en een bespreking met team en medepatiënten, verslaggeving in het dossier en naar de ambulante behandelaars toe, benadrukken ze ook het belang van steun zoeken voor zichzelf. Psychiaters blijken naast de steun van eigen partner en familie het meest gebaat te zijn met formele en informele gesprekken over de suïcide met collega's. Ook beklemtonen ze het nut van de 'psychologische autopsie', die het team kan helpen om de suïcide te zien in zijn context. Hierbij is het van belang dit pas enige tijd na het gebeuren te doen en zorgvuldig de extremen van schuldinductie en witwassen te vermijden.

## CONCLUSIE

Dit onderzoek bevestigt buitenlandse bevindingen dat het meemaken van de zelfmoord van een patiënt geen zeldzaam gebeuren is in het verloop van de opleiding tot psychiater. Van de assistenten die de vragenlijst retourneerden, had 69,3% zo'n suïcide meegemaakt. Vierenveertig procent werd geconfronteerd met de suïcide van een eigen patiënt en 57% was van dichtbij betrokken bij de zelfmoord van een patiënt die niet hoofdzakelijk door hen werd behandeld. In vergelijking met andere onderzoeken lijkt de impact van het gebeuren bij assistenten in Vlaanderen minder uitgesproken. Ondanks de vergelijkbare cijfers in frequentie kregen assistenten in Vlaanderen minder onderwijs over dit onderwerp dan hun collega's in het buitenland.

Meer aandacht voor suïcide en de impact ervan in de opleiding lijkt dus wenselijk. Daarbij zijn een veilig werkklimaat en een actieve houding van arts-assistent en supervisor belangrijk (Kolt-hof e.a. 2000).

## NOOT

1 Dit artikel is een bewerking van: Pieters, G., de Gucht, V., Joos, G. & de Heyn, E. (2003). Frequency and impact of patient suicide on psychiatric trainees. *European Psychiatry*, 18, 345-349; en wordt met toestemming van Elsevier gepubliceerd.

## LITERATUUR

- Alexander, D.A., Klein, S., Gray, N.M., e.a. (2000). Suicide by patients: questionnaire study of its effect on consultant psychiatrists. *British Medical Journal*, 320, 1571-1574.
- Brom, D., Kleber, R.J., & Defares, P.B. (1986). *Traumatische ervaringen en psychotherapie*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Brown, H.N. (1987). Patient suicide during residency training: incidence, implications and program response. *Journal of Psychiatric Education*, 11, 201-216.
- Chemtob, C.M., Hamada, R.S., Bauer, G., e.a. (1988). Patients' suicides: frequency and impact on psychiatrists. *American Journal of Psychiatry*, 145, 224-228.
- Courtenay, K.P., & Stephens, J.P. (2001). The experience of patient

suicide among trainees in psychiatry. *Psychiatric Bulletin*, 25, 51-52.

- Dewar I., Eagles, J., Klein, S., e.a. (2000). Psychiatric trainees' experiences of, and reactions to, patient suicide. *Psychiatric Bulletin*, 24, 20-23.
- Hodelet, N., & Hughson, M. (2001). What to do when a patient commits suicide. *Psychiatric Bulletin*, 25, 43-45.
- Horowitz, M.J., Wilner, N., & Alvarez, W. (1979). Impact of Event Scale: a measure of subjective stress. *Psychosomatic medicine*, 41, 209-218.
- Kolthof, H.J., Schutter, N., & Hoencamp, E. (2000). Hoe kunnen psychiateren in opleiding omgaan met de emotionele aspecten van agressie en suïcide? *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 42, 117-120.
- Kozłowska, K., Nunn, K., & Cousens, P. (1997). Adverse experiences in psychiatric training. Part 2. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 31, 641-652.
- Yousaf, F., Hawthorne, M., & Sedgwick, P. (2002). Impact of patient suicide on psychiatric trainees. *Psychiatric Bulletin*, 26, 53-55.

## AUTEURS

E. DE HEYN is arts-assistent in opleiding tot psychiater en was ten tijde van dit onderzoek werkzaam bij CGG Vlaams-Brabant Oost, Universitair CGG Leuven-volwassenen. Nu is zij verbonden aan CGG Vlaams-Brabant Oost, Aarschot.

G. PIETERS is psychiater en is verantwoordelijke geneesheer CGGZ Vlaams-Brabant-Oost, vestigingsplaats UCGC Leuven, volwassenen, en diensthoofd gedragstherapie, UC Sint-Jozef te Kortenberg.

S. JOOS is psycholoog en werkzaam als diensthoofd klinische psychologie en paramedisch coördinator, UC Sint-Jozef te Kortenberg.

V.M.J. DE GUCHT is psycholoog en werkzaam als onderzoeker bij de dienst Klinische Psychologie, UC Sint-Jozef, Kortenberg en zij is universitair docent bij de sectie Klinische en Gezondheidspsychologie, faculteit Sociale Wetenschappen van de Universiteit Leiden.

Correspondentieadres: dr. G. Pieters, Universitair Centrum Geestelijke Gezondheidszorg Leuven, Vital Decosterstraat 86, 3000 Leuven.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 26-3-2004.



## SUMMARY

Trainee psychiatrists' encounters with suicide: a report from Flanders – E. de Heyn, G. Pieterss, S. Joos, V.M.J. de Gucht –

**BACKGROUND** Research shows that a large number of psychiatrists are confronted with the suicide of a patient during their training period and later while practising their profession. So far there are no data available concerning this subject in Flanders.

**AIM** To conduct a systematic inquiry into the frequency with which trainee psychiatrists encounter suicide of a patient and into the impact that suicide makes on them; also to find out whether the trainees had followed any courses dealing with the assessment of the risk of suicide and with the clinical and policy matters that have to be considered after a patient has committed suicide.

**METHOD** In March 2001 a questionnaire was sent to all 163 psychiatric trainees in Flanders. The questionnaire was designed to elicit information about trainees' encounters with patient suicide and about the instruction they had received in connection with patient suicide. The questionnaire included a Dutch version of the Impact of Event Scale, so that the impact of suicide could be measured.

**RESULTS** Data were collected for 114 trainees, representing a 70% response rate. Of the respondents 69.3% had experienced the suicide of a patient during their training, 15.2% replied that the suicide had had a negative effect on their personal life and 17.7% reported that the suicide had had a negative effect on their professional life. Only 9.6% had received some training in post-suicide clinical and policy procedures.

**CONCLUSION** The study confirms earlier data from other countries namely that the suicide of a patient is a fairly common occurrence during a psychiatrist's training. The impact of suicide on trainees in Flanders is somewhat lower than that on trainees in other countries. Only a very small number of trainees in Flanders received instruction about the clinical and policy procedures that need to be followed upon the suicide of a patient.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 46(2004)9, 579-587]

**KEY WORDS** impact, psychiatry, suicide, training

