

# **Tevredenheid van suïcidepogers met hun behandeling op de PAAZ: een vergelijking met andere patiënten**

*door A.Ph. Visser, A.J.F.M. Kerkhof, W. Van Maldegem en A. Seinen*

Gepubliceerd in 1996, no. 4:

## **Samenvatting**

**Om een indruk te krijgen van de mate van tevredenheid van patiënten die waren opgenomen in verband met een suïcidepoging, werd een vragenlijstonderzoek gehouden. Het betreft 107 patiënten van een viertal PAAZ'en, van wie 29 werden opgenomen voor een suïcidepoging. De tevredenheid is onderzocht ten aanzien van de ontvangen emotionele steun, de sfeer op de afdeling, allerlei verblijfsaspecten en de behandeling in het algemeen. Biografische kenmerken blijken de tevredenheid van de patiënten niet te beïnvloeden. De resultaten wijzen wel uit dat suïcidepogers minder tevreden zijn over de behandeling. Tevredenheid blijkt samen te hangen met de afstemming van de behandeling op de ervaren persoonlijke problemen. Het verschil in tevredenheid tussen suïcidepogers en ander patiënten lijkt echter niet terug te voeren op verschillen in psychopathologie. Geconcludeerd wordt dat informatie aan stafleden van de PAAZ over de houding van suïcidepogers ten opzichte van de behandeling wellicht een middel is om de kwaliteit van zorg en wellicht de preventie van suïcide te bevorderen.**

## **Inleiding**

Tot aan 1985 was er een sterke toename van het aantal ziekenhuisopnames wegens suïcidepogingen (Gezondheidsraad 1986). Daarna is dit aantal gestabiliseerd en zelfs enigszins gedaald tot ongeveer 7000 opnames van meer dan 24 uur in 1991 (Van Egmond en Diekstra 1993). Vanuit internationaal perspectief is het aantal suïcidepogingen in Nederland betrekkelijk laag en behoort het tot de laagste van Europa (Platt e.a. 1992). Ook valt op dat in vergelijking met het buitenland de opvang van suïcidepogers in Nederlandse ziekenhuizen betrekkelijk goed is georganiseerd (Bille Brahe 1993).

De opvang van suïcidepogers in algemene ziekenhuizen vormt een mogelijke manier om verdere suïcide(pogingen) te voorkomen. Een goede psychologische en psychiatrische hulpverlening op de PAAZ die aansluit bij de problemen waar suïcidepogers mee kampen, zou kunnen bijdragen aan het terugdringen van morbiditeit en mortaliteit door suïcidaal gedrag. Het Centraal Begeleidingsorgaan voor de intercollegiale toetsing (CBO) heeft daartoe een aantal aanbevelingen gegeven in een protocol dat werd verspreid onder alle algemene ziekenhuizen in Nederland (Hengeveld, Kerkhof en Van Rooijen 1992). In het Academisch Ziekenhuis Utrecht is een Speciaal Opvang project voor Suïcidepogers (SOS; Van Rooijen) ontwikkeld om de effectiviteit van een dergelijk adequate opvang te toetsen.

Suïcidepogers worden op een PAAZ opgenomen om hen tot rust te laten komen, de ingenomen medicijnen te laten uitwerken, verder dia- gnostisch onderzoek te verrichten en een optimale behandeling in te stellen. Op de afdeling kunnen ze betrekkelijk rustig nadenken over wat er is gebeurd en overwegen wat er zou moeten veranderen om een volgende poging te voorkomen. De terugkeer naar de thuissituatie kan voorbereid worden door bijvoorbeeld relatie/gezinsgesprekken te starten. Bij voortdurende suïcideverlangens zullen de patiënten extra in de gaten gehouden moeten worden. Een vaste begeleider kan worden toegewezen om een vertrouwensrelatie te bevorderen. Suïcidepogers worden in het algemeen overigens niet anders behandeld dan de andere PAAZ-patiënten, behalve uiteraard wanneer er sprake is van voortdurend suïciderisico. In de praktijk worden de meeste patiënten na een suïcidepoging alleen op de eerste-hulpafdeling van een algemeen ziekenhuis gezien en meestal niet opgenomen op een PAAZ. Enerzijds betreft dit de suïcidepogers die reeds lang bekend zijn in het psychiatrische behandelcircuit en meestal al vele suïcidepogingen hebben ondernomen. Deze groep van overwegend recidivisten gaat veelal na het ontslag uit het ziekenhuis (terug) naar het psychiatrisch circuit. Het recidiverisico in deze groep is vrij groot (Kerkhof 1985). Anderzijds is er een vrij grote groep suïcidepogers die naar het oordeel van de behandelaren zonder bezwaar weer terug naar huis kan omdat de kans op herhaling vrij klein wordt geacht en de aard van de problematiek zodanig is dat men denkt dat de persoon er zelf, eventueel met ambulante hulp, wel weer uit kan komen. Het recidiverisico in deze laatste groep blijkt inderdaad vrij klein te zijn (Kerkhof 1985, 1988).

Bij suïcidepogers die wel op een PAAZ worden opgenomen, is het vaak nog niet duidelijk welke hulp het beste is. Ook de prognose is vaak nog onduidelijk. Juist op een PAAZ kan men een begin maken met pogingen om te voorkomen dat een 'first-ever' (iemand die voor het eerst van zijn leven een poging deed) een recidivist gaat worden, of dat iemand na een tweede poging zich zal gaan ontwikkelen tot een chronische recidivist. Het aanbieden van een correcte en attente verzorging, een klimaat waarin de suïcidepoging niet wordt veroordeeld, maar waar begrip wordt getoond voor de problemen en de aanleiding, en de goede nazorg wordt voorbereid, lijkt van groot belang. De sfeer op een afdeling kan van doorslaggevend betekenis zijn voor het accepteren van aansluitende nazorg. In tegenstelling tot wat velen denken blijkt dat suïcidepogers, bij een strategische aanpak, hiervoor wel degelijk te motiveren zijn (Möller 1982).

Een adequate psychosociale begeleiding op een PAAZ zou een bijdrage kunnen leveren aan secundaire en tertiaire preventie. Het is derhalve van belang om de beleving van suïcidepogers van het therapeutisch klimaat op een PAAZ te bestuderen. Dit levert wellicht aangrijpingspunten op voor verbeteringen. In verschillende studies is gewezen op negatieve houdingen en emoties die het professioneel handelen beïnvloeden en die er soms toe leiden dat suïcidepogingen als aandachttrekkerij, hysterisch gedrag, of als minder serieus te nemen worden bestempeld (Hawton en Catalan 1982; Möller e.a. 1982; Jacobs 1983; Goldney en Bottril 1980; Ghodse 1986; Ramon 1980; Kerkhof 1985). In de meeste vergelijkende onderzoeken blijken suïcidepogers minder tevreden over hun behandeling dan andere categorieën patiënten. Slechts in één studie werd dit verschil in tevredenheid tussen suïcidepogers en andere patiënten niet aangetroffen (Treloar en Pinfold 1993). In alle studies kwamen als centrale begrippen naar voren: het gevoel serieus genomen te worden, begrip te ondervinden voor de aanleiding van de pogingen, een attente en correcte behandeling, dat wil zeggen zonder morele veroordeling voor wat er gebeurd is.

Dit zijn belangrijke aspecten van het klimaat van een afdeling, hoewel het ook zou kunnen betekenen dat suïcidepogers geneigd zijn ontevreden te oordelen door bijvoorbeeld hun depressieve stemming of persoonlijkheidsstructuur. Verder dient in ogenschouw genomen te worden dat personeelsleden van afdelingen psychiatrie lang niet altijd getraind zijn in opvang van suïcidepogers. Er zijn aanwijzingen dat de houding van verpleegkundigen en andere ziekenhuismedewerkers tegenover suïcidepogers soms problematisch is en uitmondt in vermijdings- en soms zelfs bestraffend gedrag (Kerkhof 1985). Ook

dit zou tot verschillen in begeleiding van suïcidepogers en van andere PAAZ- patiënten kunnen leiden. Het speciale opvangproject voor suïcidepogers (Van Rooijen, AZU) zou dan ook tot hogere tevredenheid bij de patiënten kunnen leiden.

Er kan dus een verband zijn tussen de houding van hulpverleners in ziekenhuizen en de kans op recidive, waarschijnlijk niet rechtstreeks, maar via de motivatie om verdere hulpverlening aan te gaan. Pierce (1986) toonde aan dat patiënten die de hulpverleners van het ziekenhuis sympathiek vonden, een kleinere kans op toekomstig zelfdestructief gedrag hadden. Kerkhof (1985, 1988) vond dat suïcidepogers zich in ernstige mate stoorden aan ziekenhuismedewerkers die zich niet betrokken toonden bij hun emotionele ontreding. Bovendien bleek recidive na ontslag uit het ziekenhuis hoger in de groep die betrekkelijk ontevreden was over de bejegening in het ziekenhuis. Dit alles vormt uiteraard nog geen bewijs voor een relatie tussen behandelingsklimaat en toekomstig recidiverend suïcidaal gedrag. We moeten er rekening mee houden dat de psychiatrische aandoeningen en persoonlijkheidspathologie van de groep suïcidepogers mogelijk anders zijn dan die van de overige patiënten en een bijdrage kan leveren aan de negatievere oordeelsvorming.

In een onderzoek onder patiënten opgenomen op de PAAZ van vier algemene ziekenhuizen zijn de volgende vraagstellingen bestudeerd: (1) Is de tevredenheid van suïcidepogers over de bejegening verschillend van de patiënten die om andere redenen op de PAAZ zijn opgenomen? (2) Is er een relatie tussen de tevredenheid van suïcidepogers met de ontvangen bejegening en hun algemene houding tegenover de behandeling, de opname en de afdeling? De hypothese die ten grondslag ligt aan beide vraagstellingen, luidt dat suïcidepogers negatiever oordelen over hun behandeling op de PAAZ dan andere patiënten.

### **Materiaal en methode**

Het onderzoek werd uitgevoerd op de psychiatrische afdelingen van vier algemene ziekenhuizen. Elf willekeurige ziekenhuizen in de Randstad werden uitgenodigd aan de studie deel te nemen. Er waren geen voorwaarden verbonden aan deelname. Zes afdelingen konden niet deelnemen in verband met praktische redenen (hoge werklast, reorganisatie, ontwikkelingen in de gezondheidszorg). Eén afdeling weigerde medewerking omdat het invullen van de vragenlijst een negatieve invloed zou kunnen hebben op de aanpassing van de patiënten.

Gedurende drie maanden werden 163 patiënten ontslagen; 107 van hen (65%) vulden de vragenlijst in. Redenen om niet aan het onderzoek deel te nemen waren: plotseling ontslag, geen terugkeer na weekendverlof, zeer korte opname en weigering om vragenlijst in te vullen. Er zijn op grond van mededelingen van de verpleegkundigen geen aanwijzingen dat er een verschil was tussen suïcidepogers en de overige patiënten wat betreft het aantal non-respondenten, het ontslag tegen medisch advies in en het aantal personen dat in het weekend met ontslag ging. De response op de vier afdelingen was respectievelijk: 100%, 85%, 56% en 33%. De bereidheid van verpleegkundigen om de patiënten te motiveren een vragenlijst in te vullen, bleek per afdeling te verschillen. Deze verschillende responsepercentages zouden tot een patiënten- selectie hebben kunnen leiden. Het is daarom niet goed mogelijk om verschillen tussen de vier afdelingen te bestuderen. De vier deelnemende PAAZ'en waren wel vergelijkbaar wat betreft opnamecapaciteit, opnames per jaar per bed, percentage suïcidepogers en behandelingsbeleid. De patiënten kregen de vragenlijst van de verpleegkundigen op de dag voor het vertrek uit het ziekenhuis. De vragenlijst is gebaseerd op eerder tevredenheidsonderzoek onder ziekenhuispatiënten (Visser 1984), suïcidepogers in psychiatrische ziekenhuizen (Kerkhof 1985) en suïcidepogers opgenomen op een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis (Visser en Kerkhof 1989). Deze vragenlijst is op psychometrische eigenschappen onderzocht (Seinen en Van Maldegem 1989) en voor dit onderzoek verkort tot de veertien meest algemene en belangrijke vragen. De vragen met de hoogste item-totaalcorrelaties werden daartoe

gekozen. Er zijn tien specifieke vragen gesteld over de tevredenheid met het verblijf, de emotionele steun en de sfeer op de afdeling. Vier algemene vragen betreffen houding inzake de acceptatie van de opname en het verblijf, de benadering van de persoonlijke problemen tijdens de behandeling, het kunnen aanbevelen van de afdeling bij vrienden en familie en de ervaren duur van het verblijf. De vragenlijst omvatte verder vragen over enkele sociodemografische kenmerken, zoals: geslacht, leeftijd, burgerlijke status, opleiding, reden en duur van de opname, eerder verblijf op de afdeling en aard van de verwijzing na het ontslag.

## **Resultaten**

Van de 107 patiënten gaven 29 (27%) aan dat zij in het ziekenhuis waren opgenomen in verband met een suïcidepoging; voor 73 patiënten (68%) betrof dit een andere reden; in 5 gevallen (5%) ontbreekt deze informatie. Suïcidepogers waren jonger, werden vaker naar de PAAZ verwezen vanuit andere afdelingen van het ziekenhuis (en minder vaak vanuit de GGZ) en kregen minder nazorg (zie tabel 1). Uit de resultaten blijkt dat de tevredenheid van de patiënten slechts zwak of geheel niet wordt beïnvloed door de genoemde sociodemografische kenmerken in tabel 1. Om deze reden wordt in de verdere bespreking van de resultaten hiermee geen rekening gehouden.

*Tevredenheidsdimensies* - Door middel van factoranalyse over de specifieke tevredenheidsvragen is gezocht naar dimensies die aan de tevredenheid ten grondslag zouden kunnen liggen. Dit bracht drie factoren aan het licht (eigenwaarden 1.0 (4.2, 1.5 en 1.2), die gezamenlijk 49.4% van de variantie van de factorstructuur beschrijven (resp. 29.9%, 10.9% en 8.6%). Deze drie tevredenheidsdimensies zijn:

- *emotionele steun* gegeven door de sociotherapeut en de arts, het gevoel dat de problemen niet serieus genomen werden (vier vragen; alpha-coëfficiënt = .73; n = 104);

- *sfeer op de afdeling*: contacten met de medepatienten, het klimaat, zich niet op gemak voelen op de afdeling (drie vragen; alpha-coëfficiënt = .65; n = 104);

- *verblijf in het algemeen*: de maaltijden, de privacy en de faciliteiten voor de familie (drie vragen; alpha-coëfficiënt = .54; n = 103).

Om tevens een totaalbeeld van de tevredenheid te kunnen vaststellen is ook een somscore van deze tien vragen samengesteld (alpha-coëfficiënt = .75; n = 98). De vier overige vragen hadden betrekking op de beoordeling van de behandeling in het algemeen: aansluiting van de behandeling bij de problemen, de aanvaarding van de opname, het kunnen aanbevelen van de afdeling bij familie en vrienden, en de beoordeling van de duur van de opname. Alle vragen en antwoordmogelijkheden staan weergegeven in de bijlage.

*Vergelijking suïcidepogers met andere patiënten* - Het verschil in tevredenheid tussen suïcidepogers en andere patiënten staat weergegeven in tabel 2. De resultaten tonen aan dat de suïcidepogers minder tevreden zijn over de bejegening dan de overige patiënten. De suïcidepogers beklagden zich meer over het gebrek aan emotionele steun en over het verblijf in het algemeen. Ten aanzien van de evaluatie van de sfeer op de afdeling doen zich geen significante verschillen voor.

**Tabel 2: Verschil in tevredenheid van suïcidepogers en andere patiënten\*\***

Tevredenheid over	Suïcidepogers			Andere patiënten		
	gem.	sd	n	gem.	sd	n
1. Emotionele steun	3.2*	0.6	28	3.5	0.4	71
2. Afdelingssfeer	2.8	0.6	29	2.9	0.7	70
3. Verblijf	2.4*	0.7	29	2.8	0.6	69
<b>Totaalscore</b>	<b>2.8*</b>	<b>0.5</b>	<b>28</b>	<b>3.1</b>	<b>0.4</b>	<b>65</b>

\* F-toets;  $p \leq .05$ ; de schaalscores hebben een theoretische range van 1-5 doordat per schaal door het aantal oorspronkelijke items is gedeeld; hoe hoger de score, hoe meer tevreden de patiënten zijn

\*\* Het aantal patiënten is  $< 73$  en  $< 29$  door ontbrekende waarden op incidentele vragen

De klachten van de suïcidepogers worden in tabel 3 beschreven. Het blijkt dat de meeste kritiek door de suïcidepogers wordt geuit over de privacy en de maaltijden (resp. 31% en 17%). Omdat patiënten vaak terughoudend zijn in het expliciet uitspreken van hun kritiek (Visser 1988), kan het antwoord 'niet goed, niet slecht' ook als een uiting van ontevredenheid worden opgevat. De meerderheid van de suïcidepogers (50%) is ontevreden over de maaltijden (55%) en de opvang van partner/familie/vrienden (52%), op de voet gevolgd door het gebrek aan privacy (48%) en het feit dat men zich op de afdeling niet op zijn gemak voelde (41%). Daar staat tegenover dat de meerderheid van de suïcidepogers (60%) zich nadrukkelijk positief uitsprekt over: de aandacht door de sociotherapeut (72%) en de psychiater (64%), de contacten met de medepatienten (62%), de sfeer in het algemeen en het gevoel dat men niet in de kou stond (79%).

*Samenhang met algemene mening over de zorg* - De ontevredenheid van de suïcidepogers is in verband gebracht met hun mening over de onderstaande vier algemene aspecten van de behandeling; het percentage tussen ( ) duidt de mate van kritiek aan:

- (a) de behandeling sluit niet aan bij hun problemen (volgens 39% niet het geval);
- (b) de aanvaarding van de opname (24% (zeer) mee oneens);
- (c) het niet kunnen aanbevelen van de afdeling bij vrienden/familie (48%);
- (d) de duur van het verblijf (te kort: 19%; te lang: 30%).

In tabel 4 staan de correlatiecoëfficiënten vermeld tussen de houding van de suïcidepogers ten opzichte van deze vier aspecten van de behandeling en de eerder besproken drie indicatoren van de tevredenheid. Deze correlaties worden tevens vergeleken met die van de andere patiënten.

De resultaten tonen aan dat een grotere tevredenheid van de suïcidepogers gepaard gaat met de perceptie dat de behandeling meer aansluit bij de problemen in verband met de suïcidepogingen. Dit verband treedt met name op als men positief over het verblijf in het algemeen oordeelt (de maaltijden, privacy en faciliteiten voor de familie). Ook blijkt dat een positief oordeel over de behandeling ertoe leidt dat men de afdeling bij anderen kan aanbevelen. Dit is met name het geval als men positief oordeelt over de ontvangen emotionele steun en de sfeer in het algemeen prettig vindt. Dit is overigens ook het geval voor de groep patiënten die niet in verband met een suïcidepoging is opgenomen op de

PAAZ.

Tabel 3: Klachten van de suïcidepogers (n = 28/29; in %)

Vragen	++	??	--
1. Belangstelling voor de problemen door:			
a. sociotherapeut	72	21	7
b. psychiater	64	25	11
2. Serieus genomen worden	62	35	3
3. In de kou laten staan	79	10	10
4. Contact met medepatiënten	62	38	--
5. Steer in het algemeen	69	31	--
6. Op je gemak voelen op de afdeling	59	34	7
7. Privacy	52	17	31
8. Opvang familie, vrienden, partner	48	48	4
9. Maaltijden	45	38	17

++ = zeer goed en/of goed; ?? = niet goed, niet slecht; -- = slecht en/of zeer slecht

Tabel 4: De samenhang tussen tevredenheid van patiënten en hun houding tegenover de opname en de behandeling

Tevredenheids-dimensies	Behandeling sluit aan bij problemen	Eens met opname	Duur goed	Afdeling aan te bevelen
1. Emotionele steun	.27 (.69*)	.01 (.30*)	.22 (.15)	.56* (.63*)
2. Steer	.25 (.51*)	-.07 (.39*)	.28 (.08)	.50* (.54*)
3. Verblijf	.50* (.24)	.20 (.03)	.08 (-.10)	.19 (.36*)
Totaalscore	.48* (.62*)	.07 (.38*)	.26 (.09)	.58* (.69*)

\* Pearson correlatiecoëfficiënten;  $p \leq .05$ ; tussen ( ) de correlaties voor de groep niet-suïcidepogers; tweezijdige toetsing; aantal suïcidepatiënten: n = 28 of n = 29; overige patiënten: n = 71 of n = 69

## Conclusie

De preventie van herhaalde suïcidepogingen is een belangrijke taak van de geestelijke gezondheidszorg. Om aan deze verwachting te kunnen voldoen is het van belang dat de hulpverleners op de hoogte zijn van de beoordeling van de behandeling en de verzorging door suïcidepogers. In een onderzoek is daartoe de tevredenheid van suïcidepogers met hun behandeling op de PAAZ in kaart gebracht en vergeleken met de oordelen van andere patiënten. Het is een verkennend onderzoek met enkele methodologische beperkingen. Er is sprake van een non-response van 35%, terwijl er bovendien ontbrekende waarden (5-8%) ontstonden doordat de patiënten zelfstandig de vragenlijsten invulden. Overigens steekt deze uitval niet ongunstig af in vergelijking met onderzoek onder andere groepen patiënten (Visser 1988). Er zijn ook geen aanwijzingen, althans afgaand op indrukken van de

verpleegkundigen die de vragenlijst verspreidden, dat er sprake zou zijn van een differentiële non-response en dus van selectiebias, maar geheel uit te sluiten is dit niet. Er deden meer suïcidepogers aan het onderzoek mee dan op grond van inschattingen verwacht kon worden (Seine en Van Maldegem 1989). Ook willen we benadrukken dat vervolgonderzoek op grotere schaal verder uitsluitsel dient te geven over de op enkele punten tegenvallende betrouwbaarheid van de subschalen.

Uit de resultaten van de studie blijkt dat suïcidepogers die op een PAAZ verblijven minder tevreden zijn over de ontvangen emotionele steun en het verblijf in het algemeen dan andere patiënten. Deze lagere tevredenheid heeft implicaties voor de houding ten opzichte van de behandeling en zal vermoedelijk ook een rol spelen bij het moeilijke proces om de patiënt te motiveren voor een vervolgbehandeling. Deze ontevredenheid kan niet uitsluitend worden toegeschreven aan de voor deze groep vaak kenmerkend geachte negatieve beeldvorming, maar lijkt ook samen te hangen met de beoordeling van het algemene begeleidingsklimaat op de afdelingen. In het algemeen geldt, gebaseerd op onderzoek onder andere categorieën patiënten, dat persoonlijkheidskenmerken, aanwezige psychopathologie en klinische indicatoren slechts in beperkte mate van invloed zijn op de evaluatie van zorg (Visser 1984; Van Wijk en Visser 1992). Het ontbrak overigens in ons onderzoek voor veel patiënten aan feitelijke gegevens over de psychopathologie. Wel bleek dat de beide steekproeven slechts verschilden op enkele sociodemografische en behandelingskenmerken, terwijl deze kenmerken geen samenhang vertoonden met de tevredenheidsgegevens.

Onze indruk is dat het oordeel van suïcidepogers over de kwaliteit van hun behandeling op een PAAZ voor een deel afhankelijk is van het therapeutisch klimaat op een afdeling, en dat dit klimaat verbeterd kan worden wanneer men zich richt op de behoeften van deze specifieke groep patiënten. Terugkoppeling naar psychiaters, verpleegkundigen en maatschappelijk werkers van de ervaren kwaliteit van de behandeling door de patiënten op een psychiatrische afdeling van een academisch ziekenhuis bleek in een eerder onderzoek positieve invloed te hebben op de evaluatie van de zorg (Visser en Kerkhof 1989). De hier beschreven studie beperkt zich tot een eenmalige meting van de beleving van de behandeling door suïcidepogers. Dergelijke gegevens zijn relevant om inzicht te krijgen in de knelpunten in de bejegening en benadering van deze patiënten. Met weinig inspanning en kosten is deze informatie te verzamelen. Het is een eerste stap in de richting van kwaliteitsbewaking. De vragenlijst (zie bijlage) is standaard af te nemen bij PAAZ-patiënten voordat zij de afdeling verlaten; op gezette tijden kunnen dan de resultaten in teamvergadering besproken worden.

Bovendien zou deze vragenlijst behulpzaam kunnen zijn bij de evaluatie van speciale opvangprojecten voor suïcidepogers. Het valt voor toekomstig onderzoek aan te bevelen indicaties over de psychopathologie bij de gegevens op te nemen, zodat een nadere uitspraak over de invloed daarvan op de tevredenheid mogelijk is.

In praktische termen kan men aan dit onderzoek verder de aanbeveling verbinden dat het zinvol zou zijn om stafleden van een PAAZ bijscholing te geven in de achtergronden, aanleidingen en motieven van suïcidaal gedrag. Hoe meer men zich kan verplaatsen in de wereld van de suïcidepogers, hoe beter de kwaliteit van de opvang in de ogen van deze groep patiënten. Men kan zich hierop voorbereiden door bij- en nascholing. Een begin hiertoe kan zijn het gebruik maken van feedback die via vragenlijstonderzoek is verkregen.

## **Literatuur**

**Bille Brahe, U. (1993), *Facts and Figures WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide***

. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.

Egmond, M. van, en R.F.W. Diekstra (1993), *Over de epidemiologie van suïcidepogingen in Nederland, 1979-1991*. Rapport vakgroep Klinische, Gezondheids- en Persoonlijkheidspsychologie, Rijksuniversiteit Leiden.

Gezondheidsraad (1986), *Advies inzake suïcide*. Rijswijk.

Ghodse, A.H. (1986), Attitudes of health care professionals towards patients who take overdoses. *International Journal of Social Psychology*, 32, 58-63.

Goldney, R., en A. Bottrill (1980), Attitudes towards people who attempt suicide. *Medical Journal of Australia*, 2, 717-720.

Hawton, K., en J. Catalan (1982), *Attempted suicide. A Practical Guide to its nature and management*. Oxford University Press, Oxford.

Hengeveld, M.W., A.J.F.M. Kerkhof en E. van Rooijen (1992), Opvang van suïcidepogers in algemene ziekenhuizen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 136, 376-381.

Jacobs, D. (1983), Evaluation and care of suicidal behaviour in emergency settings. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 12, 295-310.

Kerkhof, A.J.F.M. (1985), *Suïcide en de geestelijke gezondheidszorg*. Swets & Zeitlinger, Lisse.

Kerkhof, A.J.F.M., T. Wieggers, P. Silverster e.a. (1988), *Hulpverlening na suïcidepogingen*. DSWO Press, Leiden.

Möller, H.J., A. Torhorst en C. Wächtler (1982), Versorgung von Patienten nach Selbstmordversuch: Aufgaben, Probleme und Verbesserungsmöglichkeiten. *Psychiatrische Praxis*, 9, 106-112.

Platt, S., U. Bille Brahe, A.J.F.M. Kerkhof e.a. (1992), Parasuicide in Europe: the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. I. Introduction and preliminary analysis for 1989. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 85, 96-104.

Pierce, D. (1986), Deliberate self-harm: How do patients view their treatment? *British Journal of Psychiatry*, 149, 624-626.

Ramon, S. (1980), Attitudes of doctors and nurses to self-poisoning patients. *Social Science and Medicine*, 14A, 317-324.

Seinen, A., en W. Van Maldegem (1989), *Opvang, behandeling en nazorg van suïcidepogers en andere patiënten op PAAZ-afdelingen*. Doctoraalscriptie. Vakgroep Klinische, Gezondheids- en Persoonlijkheidspsychologie, Universiteit van Leiden, Leiden.

Treloar, A.J., en T.J. Pinfold (1993), Deliberate self-harm: An assessment of patient's attitudes to the care they receive. *Crisis, the Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 14, 83-89.



Visser, A.Ph., en A.J.F.M. Kerkhof (1989), Suicide attempters' attitudes towards short term treatment on a psychiatric ward of a university hospital. In: N. Kreitman en S.D. Platt (red.), *Current research on suicide and parasuicide*. Edinburgh University Press, Edinburgh, p. 133-145.

Visser, A.Ph. (red.) (1988), *Onderzoek naar de tevredenheid van ziekenhuispatiënten*. De Tijdstroom, Lochem.

Wijk, A.A. van, en A.Ph. Visser (1992), Oordelen van patinten over deeltijdbehandeling op een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis. *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg*, 70, 463-468.

### **Summary: Satisfaction of suicide attempters with the**

treatment on psychiatric wards of general hospitals:

A comparison with other patients

**In order to get an impression of the satisfaction of suicide attempters a questionnaire study was conducted among 107 in-patients on the psychiatric wards of four general hospitals. Twenty nine of these patients were admitted for suicide attempts. Their satisfaction with the emotional support, the ward atmosphere, and their stay in general was studied. Biographic characteristics seem not substantially to influence the satisfaction. The results showed, however, more complaints among the suicide attempters. Their dissatisfaction was related to a lack of correspondence between their experienced personal problems and the treatment received. Differences in satisfaction between suicide attempters and other patients seems not to be explained by the differences in psychopathology. Information about suicide attempters' attitudes towards their treatment in hospitals may possibly provide an important means to improve the quality of care and the prevention of suicide.**

De auteurs zijn respectievelijk sociaal-psycholoog, senior onderzoeker, Helen Dowling Instituut, Rotterdam; klinisch psycholoog, universitair hoofddocent, vakgroep Klinische, Gezondheids- en Persoonlijkheidspsychologie, Rijksuniversiteit, Leiden; psycholoog, Instituut Kralingen, RIAGG RNO, Rotterdam; en psycholoog, Delta Ziekenhuis, Poortugaal. Correspondentieadres: Dr. A.Ph. Visser, HDI, Postbus 25309, 3001 HH Rotterdam.

Het artikel werd voor publikatie geaccepteerd op 16-7-1995.