

Richtlijnen voor de opvang van suïcidepogers in Nederlandse ggz-instellingen

B. VERWEY, J.A. VAN WAARDE, I.A.L.M. VAN ROOIJ, G. GERRITSEN, F.G. ZITMAN

ACHTERGROND Suïcidepogingen komen regelmatig voor, ook in ggz-instellingen. De World Health Organization pleit voor ontwikkeling en implementatie van richtlijnen voor de opvang van suïcidepogers in ggz-instellingen.

DOEL De aanwezigheid, inhoud en kwaliteit vaststellen van richtlijnen voor de opvang van suïcidepogers binnen ggz-instellingen in Nederland en deze richtlijnen vergelijken met soortgelijke richtlijnen van ziekenhuizen.

METHODE Alle ggz-instellingen in Nederland werden geënkquêteerd. Criteria ter beoordeling van de inhoud van beschikbare richtlijnen werden ontleend aan de literatuur. De kwaliteit van de richtlijnen werd daarnaast beoordeeld met de Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation (AGREE).

RESULTATEN De respons bedroeg 79,2%. Van 38 ggz-instellingen werden 12 richtlijnen verkregen. Een vergelijking met de inhoud en kwaliteit van dergelijke richtlijnen in ziekenhuizen toonde diverse verschillen, waarbij de richtlijnen van ggz-instellingen over het algemeen beter scoorden.

CONCLUSIE Richtlijnen waren slechts in een beperkt aantal van de ggz-instellingen aanwezig. Grotendeels waren zij inhoudelijk adequaat te noemen, maar sommige ggz-richtlijnen misten enkele belangrijke aspecten. De kwaliteit van de ggz-richtlijnen was beperkt, maar beter dan die van de ziekenhuizen.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 49(2007)3, 157-165]

TREFWOORDEN ggz-instellingen, richtlijnen, suïcidepoging

Jaarlijks overlijden in Nederland ruim 1500 mensen door suïcide (Centraal Bureau voor de Statistiek, Hoogenboezem & Garssen 2005, dat zijn er ongeveer 9 per 100.000 inwoners. Ongeveer 15.000 suïcidepogingen vinden jaarlijks plaats. Herhaling treedt op bij minstens 23% van de suïcidepogers (Bille-Brahe e.a. 1997; Owens e.a. 2002). Minstens 1% van de suïcidepogers pleegt binnen een jaar suïcide en minstens 2% binnen 10 jaar (Hawton & Fagg 1988; Hawton e.a. 2003; Suokas e.a. 2001). Bij langere follow-up werden hogere percentages

gevonden (Suominen e.a. 2004).

De World Health Organization (WHO) pleit ervoor dat psychiatrische instellingen richtlijnen opstellen en implementeren voor de opvang van suïcidepogers (World Health Organization 2000). Ongeveer vijftien jaar geleden is een begin gemaakt met het ontwikkelen van een dergelijke richtlijn in Nederland (Centraal Begeleidingsinstituut voor de Intercollegiale Toetsing 1991). Een breed samengestelde werkgroep maakte destijds 'een aanzet tot een protocol voor de opvang van

suïcidepogers' in het algemeen ziekenhuis. Deze 'handreiking' voor hulpverleners 'bij de integrale zorg aan suïcidepogers' is voor zover bekend niet verder ontwikkeld of getoetst. Een richtlijn voor opvang van suïcidepogers in ggz-instellingen is door de beroepsgroep nog niet ontwikkeld, ondanks aandacht voor de opvang van suïcidepogers en behandeling van suïcidaliteit (Van Heeringen & Kerkhof 2000; Hengeveld e.a. 1992; Kerkhof e.a. 1988). Suggesties voor de behandeling van suïcidaliteit in de multidisciplinaire richtlijnen 'angst', 'depressie' en 'schizofrenie' ontbreken.

In de Verenigde Staten, het Verenigd Koninkrijk en Australië werden de laatste jaren door de beroepsgroep wel voorstellen gedaan ten aanzien van de opvang van suïcidepogers en werden officiële richtlijnen gepubliceerd (American Psychiatric Association 2003; Boyce e.a. 2003; Goldberg 1987; Hirschfeld & Russell 1997; Isacson & Rich 2001; Lonnqvist & Suokas 1992; Packman e.a. 2004; Royal College of Psychiatrists 2004; Simon 2002). Onderzoek naar de naleving van dergelijke richtlijnen is beperkt. Wel werd aangetoond dat een psychiatrische beoordeling het risico op herhaling van een poging tot of suïcide zelf vermindert (Hickey e.a. 2001; Suokas & Lonnqvist 1991). Bij het schaarse onderzoek naar de implementatie en uitvoering van richtlijnen of aanbevelingen voor de opvang van suïcidepogers bleek dat dit nogal eens te wensen overliet, ook in Nederland (Barr e.a. 2005; Hawton & James 1995; Hengeveld e.a. 1988; Hulstén e.a. 2000; Owens & House 1994; Verwey e.a. 1997).

Recent is onderzocht of de Nederlandse academische en algemene ziekenhuizen een eigen richtlijn voor de (eerste) opvang van suïcidepogers hebben. Ook werden de beschikbare richtlijnen onderzocht op inhoud en kwaliteit (Verwey e.a. 2006). Omdat suïcidepogers ook binnen ggz-instellingen worden gezien (ambulant, in de crisisdienst, binnen de instelling) is ook in ggz-instellingen de beschikbaarheid, inhoud en kwaliteit van dergelijke richtlijnen onderzocht. De resultaten daarvan worden in dit artikel beschreven. Waar mogelijk is een vergelijking gemaakt tussen resultaten van dit onderzoek bij ggz-instellingen

en de resultaten van het onderzoek bij de ziekenhuizen.

METHODE

In 2005 werd een korte vragenlijst met antwoordenvelop gestuurd naar de eerste geneeskundigen van alle ggz-instellingen (n = 48). Adressen werden verkregen van ggz Nederland, de brancheorganisatie waar alle ggz-instellingen in Nederland lid van zijn. Alleen de leden die een geïntegreerde ggz-instelling of een Riagg beheerden werden geselecteerd voor het onderzoek. Er werden vier vragen gesteld: 'Beschikt uw ggz-instelling over een richtlijn voor de opvang van suïcidepogers?' (ja/nee); 'Indien aanwezig, wanneer is de richtlijn opgesteld?' (jaartal); 'Indien aanwezig, wanneer is de richtlijn voor het laatst geactualiseerd?' (jaartal); 'Indien aanwezig, wordt de naleving van de richtlijn getoetst?' (ja, eenmalig; ja, regelmatig; nee). Gevraagd werd de antwoorden terug te sturen samen met een afschrift van de eventueel aanwezige richtlijn. Na vier weken werden alle non-responders gebeld met de vraag als nog mee te werken aan het onderzoek.

Meetinstrumenten

Inhoud van richtlijnen Criteria voor de inhoud van de richtlijnen voor de opvang van suïcidepogers werden ontleend aan de richtlijnen van de American Psychiatric Association (APA) (American Psychiatric Association 2003), de Royal College of Psychiatrists (Royal College of Psychiatrists 2004) en het Centraal Begeleidingsinstituut voor de Intercollegiale Toetsing (1991). Aandachtspunten die in alle drie richtlijnen als belangrijk voor de opvang werden beschreven werden als criterium geformuleerd. De in figuur 1 genoemde criteria konden worden geoperationaliseerd en daarbij werd een criterium als aanwezig gezien indien de richtlijn daarvoor enige instructie gaf.

FIGUUR 1 Criteria voor de inhoud van de richtlijnen van Nederlandse ggz-instellingen betreffende de opvang van suïcidepogers

De beschikbaarheid van een 24 uur dienende deskundige (psychiater of andere ggz-hulpverlener) ten behoeve van de suïcidepogers. Het garanderen van de veiligheid van de patiënt na de poging.
De beschrijving van de eerste somatische opvang van de suïcidepogers (bijvoorbeeld: controle van de vitale functies, inschakelen somatisch specialist, et cetera).
Het uitvoeren van een psychiatrische consultatie, waarbij specifiek de taken van de psychiater of aangewezen hulpverlener worden beschreven, zoals: <ul style="list-style-type: none"> – het uitvoeren van een psychiatrisch onderzoek – het vaststellen van de mate van suïcidaliteit – het opsporen van risicofactoren voor suïcide of recidivepoging – het verkrijgen van informatie over stressoren die aanleiding hebben gegeven tot de suïcidepoging
De bejegening van de patiënt.
Het hanteren van een niet-coöperatieve of weigerachtige patiënt.
Het verwerven van informatie van anderen (heteroanamnese).
Het betrekken van betekenisvolle anderen (partner, familie, betrokkenen) bij de opvang.
Het organiseren van behandeling en/of verdere nazorg.
De regionale afspraken met instanties betreffende de nazorg.

Kwaliteit van richtlijnen Voor de evaluatie van de methodologische kwaliteit van de richtlijnen werd gebruikgemaakt van het instrument *Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation* (AGREE) (AGREE Collaboration 2001). Dit instrument bestaat uit 23 items, georganiseerd in 6 domeinen en bij validatie varieerde Cronbachs

alfa tussen 0,64 en 0,88 (AGREE Collaboration 2003). Het instrument is gebruikt bij de evaluatie van de kwaliteit van richtlijnen voor diagnose en behandeling van longkanker (Harpole e.a. 2003), richtlijnen voor de behandeling van depressies in het algemeen ziekenhuis (Voellinger e.a. 2003), en richtlijnen voor psychiatrische behandelingen in Europa (Stiegler e.a. 2005). De opbouw van de AGREE staat in figuur 2.

De laatste items (22-23) werden niet gescoord omdat dit domein bij de in dit onderzoek geëvalueerde richtlijnen als irrelevant werd beschouwd.

In dit onderzoek scoorden drie beoordelaars (B.V., J.v.W. en G.G.) onafhankelijk de AGREE. Voor de beoordeling van de gestandaardiseerde scores zie tabel 1. Om de overeenkomst tussen de beoordelaars vast te stellen werd de kappa berekend. De beoordelaars gaven voor iedere richtlijn een advies: 'sterk aanbevolen', 'aanbevolen (met aanpassingen en verbeteringen)' en 'niet aanbevolen'.

Respons, beschikbaarheid van richtlijnen, jaartal, herziening en toetsing (tabel 2) Achtendertig van de 48 ggz-instellingen (79,2%) reageerden. Dertien van de 38 (34,2%) ggz-instellingen lieten weten een richtlijn te gebruiken en 12 stelden deze ter beschikking. Vier (33,3%) richtlijnen werden eenmalig getoetst op naleving, de rest niet. De respons van de ggz-instellingen op dit onderzoek was significant lager dan die van de zieken-

FIGUUR 2 De Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation (AGREE)

Onderwerp en doel (items 1-3)	Betreft het doel van de richtlijn, de specifieke klinische vragen waarop de richtlijn een antwoord geeft en de patiëntenpopulatie waarop de richtlijn van toepassing is.
Betrokkenheid van belanghebbenden (items 4-7)	Richt zich op de mate waarin de richtlijn de opvattingen van de beoogde gebruikers weerspiegelt. Er wordt gekeken of alle relevante professionals hebben meegewerkt aan de totstandkoming van de richtlijn.
Methodologie (items 8-14)	Scoort het proces waarin bewijsmateriaal is verzameld en de gebruikte methoden om aanbevelingen op te stellen en te herzien.
Helderheid en presentatie (items 15-18)	Scoort of de aanbevelingen specifiek en eenduidig zijn, of de verschillende opties duidelijk worden gepresenteerd, of de kernaanbevelingen gemakkelijk te vinden zijn en of de richtlijn is voorzien van instrumenten voor toepassing.
Toepassing (items 19-21)	Scoort of mogelijke organisatorische, gedragsmatige en financiële consequenties van het toepassen van de richtlijn geëvalueerd worden.
Onafhankelijkheid van de opstellers (items 22-23)	Betreft de onafhankelijkheid van de aanbevelingen en erkenning van mogelijke conflicterende belangen van leden van de werkgroep.

TABEL 1 Richtlijnen voor een algemeen oordeel over een richtlijn bij gebruik van de Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation (AGREE)		
Algemeen oordeel	De richtlijn scoort*	Consequentie voor de praktijk
Sterk aan te bevelen	hoog (3 of 4) op meerderheid van de items en meeste domeinscores scoren > 60%	Richtlijn heeft hoge kwaliteit en kan zonder meer worden aanbevolen voor gebruik in de praktijk
Aan te bevelen (onder voorwaarden of met veranderingen)	hoog (3 of 4) of laag (1 of 2) op vergelijkbaar aantal items en meeste domeinscores scoren > 30% en < 60%	Richtlijn heeft matige kwaliteit, wellicht door onvoldoende of gebrek aan informatie over sommige items. Indien bijgesteld kan de richtlijn geschikt zijn voor gebruik in de praktijk, vooral als er geen andere richtlijnen beschikbaar zijn
Niet aan te bevelen	laag (1 of 2) op meerderheid van de items en meeste domeinscores scoren < 30%	Richtlijn heeft lage kwaliteit en ernstige tekortkomingen en dient niet te worden aanbevolen voor gebruik in de praktijk

* De beoordelaars geven per item een score tussen 1 en 4, die respectievelijk 'zeer oneens' dan wel 'zeer eens' representeert. Domeinscores worden berekend door alle scores van alle beoordelaars van de individuele items in een domein op te tellen en als volgt te standaardiseren:

$$\frac{\text{verkregen score} - \text{minimaal mogelijke score}}{\text{maximaal mogelijke score} - \text{minimaal mogelijke score}} \times 100\%$$

huizen, maar qua beschikbaarheid, herziening en toetsing waren er geen significante verschillen. Richtlijnen van ziekenhuizen waren significant vaker ouder dan 5 jaar.

Criteria gerelateerd aan de inhoud van de richtlijnen (tabel 3) In de richtlijnen van de ggz-instellingen werd, vergeleken met de ziekenhuizen, significant vaker vermeld dat psychiatrische diagnostiek moet plaatsvinden, evenals inschatting van de suïcidaliteit, vaststelling van stressoren bij de patiënt die aanleiding gaven tot de poging, en inventarisatie van de risicofactoren. Het criterium 'betrekken van betekenisvolle anderen bij de opvang' kwam significant vaker voor in de ggz-richtlijnen dan in die van de ziekenhuizen.

Scores in vijf van de zes domeinen van het AGREE-instrument (tabel 4) Geen enkele richtlijn was voor implementatie getest binnen de doelgroep. Geen van de richtlijnen beschreef een systematisch literatuuronderzoek als basis van de richtlijnontwikkeling. Alleen de gemiddelde score van de ggz-richtlijnen op het domein 'onderwerp en doel' was significant hoger vergeleken met die van de ziekenhuizen.

Algemene beoordeling Het merendeel van de drie beoordelaars was het erover eens dat één richtlijn 'sterk aanbevolen' werd voor gebruik, dat tien richtlijnen 'aanbevolen (met aanpassingen en verbeteringen)' werden en één 'niet aanbevolen' ($\kappa = 0,23$). Het aantal aanbevolen richtlijnen was significant hoger dan dat bij de ziekenhuizen.

TABEL 2 Respons en antwoorden op een enquête over de beschikbaarheid, datering, herziening en toetsing van richtlijnen voor de opvang van suïcidepogers in ggz-instellingen, vergeleken met die van algemene en academische ziekenhuizen (Verwey e.a. 2006)			
	Ggz-instellingen n (%)	Ziekenhuizen n (%)	p*
Aangeschreven	48	97	
Respons	38 (79,2)	88 (90,7)	0,05
Aantal dat aangeeft richtlijnen te gebruiken	13 (34,2)	34 (38,5)	0,64
Aantal daadwerkelijk ingestuurde richtlijnen	12 (31,6)	27 (30,7)	0,92
Richtlijnen niet ouder dan 5 jaar	10 (83,3)	9 (33,3)	0,004
Herzien van richtlijnen vindt wel plaats	2 (16,7)	10 (37,0)	0,20
Toetsing van richtlijnen vindt wel plaats	4 (33,3)	10 (37,0)	0,82

* chi-kwadraattoets

TABEL 3 Criteria gericht op de inhoud van richtlijnen voor de opvang van suïcidepogers in Nederlandse ggz-instellingen (n = 12), vergeleken met richtlijnen in Nederlandse academische en algemene ziekenhuizen (n = 27) (Verwey e.a. 2006)

Criterion	Aantal ggz-richtlijnen waarin enige beschrijving gevonden werd van dit criterium (%)	Aantal richtlijnen in ziekenhuizen waarin enige beschrijving gevonden werd van dit criterium (%)	p
24 uren beschikbaarheid deskundige	8 (66,7%)	20 (74,1%)	0,71*
Veiligheidsinstructies	7 (58,3%)	13 (48,1%)	0,56**
Eerste medische opvang	6 (50,0%)	15 (55,6%)	0,75**
Psychiatrische consultatie door ter zake deskundige	10 (83,3%)	19 (70,4%)	0,69*
Psychiatrische diagnostiek na suïcidepoging	9 (75,0%)	10 (37,0%)	0,03**
Vaststelling mate van suïcidaliteit	10 (83,3%)	12 (44,4%)	0,02**
Opsporen risicofactoren	9 (75,0%)	11 (40,7%)	0,05**
Verzamelen informatie over stressoren die aanleiding geven tot suïcidepoging	9 (75,0%)	10 (37,0%)	0,03**
Bejegening patiënt	5 (41,7%)	13 (48,1%)	0,71**
Hanteren van niet-coöperatieve of weigerachtige patiënten	6 (50,0%)	17 (63,0%)	0,50*
Verkrijgen heteroanamnestische gegevens	8 (66,7%)	15 (55,6%)	0,73*
Betrekken betekenisvolle anderen	11 (91,7%)	15 (55,6%)	0,03*
Organiseren van nazorg en/of verdere behandeling	8 (66,7%)	16 (59,3%)	0,73*
Regionale afspraken over opvang suïcidepogers	9 (75,0%)	13 (48,1%)	0,12**

* fisher-exacttest
** chi-kwadraattoets

TABEL 4 Kwalitatieve beoordeling met behulp van de Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation (AGREE) van richtlijnen voor de opvang van suïcidepogers in Nederlandse ggz-instellingen (n = 12), vergeleken met richtlijnen in Nederlandse academische en algemene ziekenhuizen (n = 27) (Verwey e.a. 2006)

AGREE-domein	Gemiddelde score in % in ggz-richtlijnen (SD)	Gemiddelde score in % in richtlijnen ziekenhuizen (SD)	p*
Onderwerp en doel (items 1-3)	63,3 (19,8)	43,3 (29,2)	0,05
Betrokkenheid van belanghebbenden (items 4-7)	26,9 (13,6)	22,4 (17,5)	0,31
Methodologie (items 8-14)	16,3 (13,0)	11,8 (11,0)	0,31
Helderheid en presentatie (items 15-18)	72,0 (9,9)	64,9 (16,0)	0,23
Toepassing (items 19-21)	20,1 (8,7)	14,81 (12,4)	0,10
Algemene beoordeling			p**
Aantal niet aan te bevelen volgens > 1 beoordelaar (%)	1 (8,3)	16 (59,3)	
Aantal aan te bevelen (met aanpassingen en verbeteringen) volgens > 1 beoordelaar (%)	10 (83,4)	10 (37,0)	
Aantal sterk aan te bevelen volgens > 1 beoordelaar (%)	1 (8,3)	1 (3,7)	0,03

* mann-whitney-u-test
** chi-kwadraattoets
SD = standaarddeviatie

DISCUSSIE

In dit onderzoek werd voor het eerst onderzocht hoe de beschikbaarheid, inhoud en kwaliteit was van richtlijnen voor de opvang van suïcidepogers in ggz-instellingen. Het betrof onderzoek naar schriftelijke afspraken betreffende de opvang van suïcidepogers en dus niet het vastgestelde beleid na een geslaagde suïcide tijdens een ambulante behandeling of opname. De gegevens werden vergeleken met die van een onderzoek onder alle Nederlandse academische en algemene ziekenhuizen (Verwey e.a. 2006).

De respons op het schriftelijke verzoek om te participeren was hoog (79,2%). Een minderheid van de ggz-instellingen (34,2 %) gaf aan te beschikken over een richtlijn, vergelijkbaar met de situatie in de ziekenhuizen. Ervan uitgaande dat, over het algemeen, de helft van alle richtlijnen verouderd is na een periode van 5,8 jaar (Shekelle e.a. 2001), hadden de meeste ggz-instellingen (83,3%) een recente richtlijn. Dit verklaart waarschijnlijk dat maar een beperkt aantal ggz-richtlijnen was herzien. De ziekenhuizen hadden significant minder vaak een recente richtlijn. Mogelijk is dit te verklaren doordat het CBO reeds in 1991 een aanzet gaf voor richtlijnontwikkeling in de algemene ziekenhuizen, terwijl richtlijnontwikkeling binnen de ggz korter geleden in gang werd gezet. Toetsing van de naleving van de richtlijnen vond slechts in een derde van de gevallen plaats, wat wellicht een verontrustend gegeven is. Overigens scoorden de ziekenhuizen niet veel beter in dit opzicht (33,3% versus 37%).

Inhoudelijke criteria In de beschikbare ggz-richtlijnen werden belangrijke zaken als de eerste medische opvang na een suïcidepoging, veiligheidsinstructies en het hanteren van niet-coöperatieve patiënten, in minder dan twee derde van de gevallen beschreven. In de richtlijnen van de ziekenhuizen was dit nog wat minder vaak beschreven. De noodzaak van psychiatrische consultatie na een suïcidepoging werd in de meeste ggz-richtlijnen wel beschreven (83%), net zoals

de verschillende taken van de psychiater of aangewezen ggz-hulpverlener. In de richtlijnen van ziekenhuizen werd weliswaar ook in veel gevallen (70%) psychiatrische consultatie als noodzakelijk beschreven, maar een vermelding van de verschillende taken werd significant minder gevonden. In ieder geval is het opmerkelijk dat niet in alle richtlijnen de eerste medische opvang en de psychiatrische consultatie na een suïcidepoging werden beschreven.

Van alle onderzochte criteria in ggz-richtlijnen kwam die over de bejegening van de patiënt na een suïcidepoging het minst voor (41,7%). Wellicht dat dit ook meer op zijn plaats is in richtlijnen voor ziekenhuizen, waar zoveel verschillende disciplines betrokken zijn bij de opvang van de suïcidepoging. Echter, suïcidepogers kunnen ook bij professionals in de ggz tegenoverdrachtsreacties uitlokken (Roose 2001), wat pleit voor opname van instructies over bejegening van de patiënt in een richtlijn. In de richtlijnen van de ggz-instellingen werden significant vaker instructies gegeven ten aanzien van het betrekken van betekenisvolle anderen bij de opvang dan in die van de ziekenhuizen. Mogelijk dat richtlijnen van ggz-instellingen meer vanuit sociaal-psychiatrisch perspectief zijn opgesteld en die van ziekenhuizen meer vanuit het biomedisch model.

AGREE-beoordeling De beoordeling van de kwaliteit van de richtlijnen met het AGREE-instrument leverde op elk domein een hogere gemiddelde score op dan bij de richtlijnen van de ziekenhuizen, maar alleen in het domein 'onderwerp en doel' waren de scores van de ggz-instellingen significant hoger. Maar zowel bij de ggz-instellingen als bij de ziekenhuizen bleven deze scores bij de meerderheid van de kwaliteitsdomeinen onder de 60%. Hoewel de AGREE geen afkappunt beschrijft tussen 'goede' en 'slechte' richtlijnen, duidt deze bevinding toch op een beperking in kwaliteit. Niettemin werden de meeste beschikbare ggz-richtlijnen door de beoordelaars 'aanbevolen (met verbeteringen en aanpassingen)' en dit was significant vaker het geval dan bij de zie-

kenhuizen. Echter, de overeenstemming tussen de beoordelaars bleek bij de ggz-instellingen op dit punt veel lager te zijn dan bij de ziekenhuizen (κ 0,23 versus 0,72), wat deze bevinding minder sterk maakt. Een verklaring voor dit kwaliteitsverschil is wellicht dat de ziekenhuisrichtlijnen vaak ontwikkeld zijn door de hulpverleners op de werkvloer zelf en de ggz-richtlijnen daarentegen mogelijk meer door kwaliteitsmedewerkers. De domeinen waarop verbetering van de scores door opgeleide kwaliteitsmedewerkers verwacht zou kunnen worden ('methodologie' en 'toepassing') scoorden echter het laagst. Een andere mogelijke verklaring is dat vele ggz-instellingen gefuseerd zijn waardoor medewerkers van verschillende organisaties moesten gaan samenwerken en de behoefte ontstond aan werkafspraken die leidden tot richtlijnen. Binnen de ziekenhuizen was dit wellicht minder vaak aan de orde.

Rest nog een opmerking over interbeoordelaarsovereenstemming. De gevonden kappas is laag maar dat is een gevolg van de verwachte zeer hoge overeenstemming op basis van toeval vanwege de geringe variabiliteit van de scores.

Gegeven de nu beschikbare internationale richtlijnen voor de opvang van suïcidepogers, maakten maar weinig ggz-instellingen hiervan gebruik bij de opstelling van hun interne richtlijnen. In geen enkele richtlijn werd melding gemaakt van een systematisch literatuuronderzoek om de aannames en adviezen te onderbouwen. Dit was niet anders bij de richtlijnen van de ziekenhuizen.

Ook al heeft slechts een beperkt aantal ggz-instellingen richtlijnen voor de opvang van suïcidepogers, dat wil nog niet zeggen dat deze patiënten daar niet goed zouden worden opgevangen. Dit onderzoek richtte zich alleen op de beschikbaarheid van op schrift gestelde richtlijnen en niet op bijvoorbeeld vigerende mondelinge afspraken. Ontwikkeling en implementatie van richtlijnen zijn enkele van de verschillende benaderingen om de kwaliteit van zorg te verbeteren, ook al zijn de effecten ervan moeilijk aan te tonen (Grol 2001). Voor de opvang van suïcidepogers is dan ook niet

alleen verdere verbetering van de inhoud en kwaliteit van bestaande richtlijnen in ggz-instellingen en ziekenhuizen nodig, maar ook onderzoek naar de naleving van dergelijke richtlijnen en het effect ervan op de zorg voor de patiënt.

CONCLUSIE

Ongeveer een derde van de Nederlandse ggz-instellingen beschikte over schriftelijke richtlijnen voor de opvang van suïcidepogers. Gezien de omvang van het klinische probleem van suïcidepogingen is dit een gering aantal. De inhoud van de beschikbare richtlijnen, gemeten met criteria die ontleend werden aan internationale richtlijnen, was goed te noemen, maar in een aantal richtlijnen ontbraken belangrijke onderwerpen. De kwaliteit, gemeten met de AGREE, was beperkt. Echter, vergeleken met dergelijke richtlijnen in academische en algemene ziekenhuizen in Nederland scoorden de ggz-richtlijnen beter. Verdere ontwikkeling van richtlijnen voor de opvang van suïcidepogers in alle ggz-instellingen, implementatie daarvan en onderzoek naar de naleving is hard nodig.

LITERATUUR

- AGREE Collaboration. (2001). *Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation (AGREE) instrument*. www.agreecollaboration.org.
- AGREE Collaboration. (2003). Development and validation of an international appraisal instrument for assessing the quality of clinical practice guidelines: the AGREE project. *Quality & Safety in Health Care*, 12, 18-23.
- American Psychiatric Association. (2003) Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. *The American Journal of Psychiatry*, 160(Suppl. 11), 1-60.
- Barr, W., Leitner, M., & Thomas, J. (2005). Psychosocial assessment of patients who attend an accident and emergency department with self-harm. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12, 130-138.
- Bille-Brahe, U., Kerkhof, A., De Leo, D., e.a. (1997). A repetition-prediction study of European parasuicide populations: a summary of the first report from part II of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide in co-operation with the EC concerted

- action on attempted suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 95, 81-86.
- Boyce, P., Carter, G., Penrose-Wall, J., e.a. (2003). Summary Australian and New Zealand clinical practice guideline for the management of adult deliberate self-harm. *Australasian Psychiatry*, 11, 150-155.
- Centraal Begeleidingsinstituut voor de Intercollegiale Toetsing (1991). *Opvang van suïcidepogers in algemene ziekenhuizen*. Utrecht: Centraal Begeleidingsinstituut voor Intercollegiale Toetsing.
- Goldberg, R.J. (1987). The assessment of suicide risk in the general hospital. *General Hospital Psychiatry*, 9, 446-452.
- Grol, R. (2001). Improving the quality of medical care: building bridges among professional pride, payer profit, and patient satisfaction. *JAMA: the journal of the American Medical Association*, 286, 2578-2585.
- Harpole, L.H., Kelley, M.J., Schreiber, G., e.a. (2003). Assessment of the scope and quality of clinical practice guidelines in lung cancer. *Chest*, 123 (Suppl. 1), 7S-20S.
- Hawton, K., & Fagg, J. (1988). Suicide, and other causes of death, following attempted suicide. *The British Journal of Psychiatry*, 152, 359-366.
- Hawton, K., & James, R. (1995). General hospital services for attempted suicide patients: a survey in one region. *Health Trends*, 27, 18-21.
- Hawton, K., Zahl, D., & Weatherall, R. (2003). Suicide following deliberate self-harm: long-term follow-up of patients who presented to a general hospital. *The British Journal of Psychiatry*, 182, 537-542.
- Heeringen, C. van, & Kerkhof, A.J.F.M. (2000). *Behandelstrategieën bij suïcidaliteit*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Hengeveld, M.W., Kerkhof, A.J., & van Rooijen, E. (1992). Opvang van suïcidepogers in algemene ziekenhuizen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 136, 376-381.
- Hengeveld, M.W., Kerkhof, A.J., & van der Wal, J. (1988). Evaluation of psychiatric consultations with suicide attempters. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 77, 283-289.
- Hickey, L., Hawton, K., Fagg, J., e.a. (2001). Deliberate self-harm patients who leave the accident and emergency department without a psychiatric assessment: a neglected population at risk of suicide. *Journal of Psychosomatic Research*, 50, 87-93.
- Hirschfeld, R.M., & Russell, J.M. (1997). Assessment and treatment of suicidal patients. *The New England Journal of Medicine*, 337, 910-915.
- Hoogenboezem, J., & Garssen, J. (2005). *Webmagazine*, 4 juli 2005. Centraal Bureau voor de Statistiek. www.cbs.nl
- Hulten, A., Wasserman, D., Hawton, K., e.a. (2000). Recommended care for young people (15-19 years) after suicide attempts in certain European countries. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 9, 100-108.
- Isacsson, G., & Rich, C.L. (2001). Management of patients who deliberately harm themselves. *BMJ (Clinical research ed.)*, 322, 213-215.
- Kerkhof, A.J.F.M., Wieggers, T., Sylvester, C., e.a. (1988). *Hulpverlening na suïcidepogingen*. Leiden: DSWO-Press.
- Lonnqvist, J., & Suokas, J. (1992). Attempted suicides: how should they be managed and suicide prevented? *Annals of Medicine*, 24, 7-8.
- Owens, D., Horrocks, J., & House, A. (2002). Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review. *The British Journal of Psychiatry*, 181, 193-199.
- Owens, D., & House, A. (1994). General hospital services for deliberate self-harm. Haphazard clinical provision, little research, no central strategy. *Journal of the Royal College of Physicians of London*, 28, 370-371.
- Packman, W.L., Marlitt, R.E., Bongar, B., e.a. (2004). A comprehensive and concise assessment of suicide risk. *Behavioral Science & the Law*, 22, 667-680.
- Roose, S.P. (2001). Suicide: what is in the clinician's mind? *Annals of the New York Academy of Sciences*, 932, 151-157.
- Royal College of Psychiatrists (2004). *Assessment following self-harm in adults* (Rep. No. Council Report CR122). London: Royal College of Psychiatrists.
- Shekelle, P.G., Ortiz, E., Rhodes, S., e.a. (2001). Validity of the Agency for Healthcare Research and Quality clinical practice guidelines: how quickly do guidelines become outdated? *JAMA: the journal of the American Medical Association*, 286, 1461-1467.
- Simon, R.I. (2002). Suicide risk assessment: what is the standard of care? *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 30, 340-344.
- Stiegler, M., Rummel, C., Wahlbeck, K., e.a. (2005). European psychiatric treatment guidelines: is the glass half full or half empty? *European Psychiatry*, 20, 554-558.
- Suokas, J., & Lonnqvist, J. (1991). Outcome of attempted suicide and psychiatric consultation: risk factors and suicide mortality during a five-year follow-up. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 84, 545-549.
- Suokas, J., Suominen, K., Isometsa, E., e.a. (2001). Long-term risk factors for suicide mortality after attempted suicide--findings of a 14-year follow-up study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104, 117-121.
- Suominen, K., Isometsa, E., Suokas, J., e.a. (2004). Completed suicide after a suicide attempt: a 37-year follow-up study. *The American*

Journal of Psychiatry, 161, 562-563.

Verwey, B., Koopmans, G.T., Opmeer, B.C., e.a. (1997). Richtlijnen en de naleving daarvan bij de psychiatrische opvang van suïcidepogers in algemene ziekenhuizen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 141, 1338-1342.

Verwey, B., van Waarde, J.A., van Rooij, I.A.L.M., e.a. (2006). Availability, content and quality of local guidelines for the assessment of suicide attempters in university and general hospitals in The Netherlands. *General Hospital Psychiatry*, 28, 336-342.

Voellinger, R., Berney, A., Baumann, P., e.a. (2003). Major depressive disorder in the general hospital: adaptation of clinical practice guidelines. *General Hospital Psychiatry*, 25, 185-193.

World Health Organization, Department of Mental Health. (2000). *Preventing Suicide, a resource for primary health care workers*. (Rep. No. WHO/MNH/MB/Do.04). Geneva: World Health Organization.

AUTEURS

B. VERWEY is psychiater en werkzaam op de afdeling psychiatrie van Ziekenhuis Rijnstate te Arnhem.

J.A. VAN WAARDE is psychiater en werkzaam op de afdeling psychiatrie van Ziekenhuis Rijnstate te Arnhem.

I.A.L.M. VAN ROOIJ is epidemioloog en werkzaam op het wetenschapsbureau van Ziekenhuis Rijnstate te Arnhem.

G. GERRITSEN is bedrijfskundige en hoofd van het Kwaliteitsbureau van Alysis Zorggroep te Arnhem.

F.G. ZITMAN is hoogleraar psychiatrie en werkzaam in het Leids Universitair Medisch Centrum te Leiden.

Correspondentieadres: dr. B. Verwey, Ziekenhuis Rijnstate, Postbus 9555, 6800 TA Arnhem.

E-mail: bverwey@wxs.nl.

SUMMARY

Guidelines in Dutch mental health institutions for dealing with persons attempting suicide – B. Verwey, J.A. van Waarde, I.A.L.M. van Rooij, G. Gerritsen, F.G. Zitman –

BACKGROUND Attempted suicide is a frequent occurrence, even in mental health institutions (MHIS). The World Health Organization strongly supports the development and implementation of guidelines for dealing with cases of attempted suicide in MHIS.

AIM To check on the existence, content and quality of guidelines for dealing with persons attempting suicide within MHIS in the Netherlands and to compare these guidelines with those available in university and general hospitals.

METHOD A questionnaire was sent to all MHIS. Criteria for assessing the content of existing guidelines were derived from the literature. The quality of the guidelines was then assessed on the basis of the Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation (AGREE), a tool developed to evaluate guideline quality.

RESULTS Thirty-eight out of 48 (72.2%) psychiatric institutions responded, giving us access to 12 sets of guidelines. The content and quality of these guidelines were compared with the content and quality of the guidelines available in university and general hospitals; there were several differences, but on the whole the MHI-guidelines were better.

CONCLUSION Guidelines were only available in a limited number of MHIS. Most of the guidelines were adequate with regard to content, but some of the MHI-guidelines lacked some important elements. The quality of the MHI-guidelines was rather low but nevertheless better than that of the hospital guidelines.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 49(2007)3, 157-165]

KEY WORDS guidelines, mental health institutions, attempted suicide