EENHEID VOOR ZELFMOORDONDERZOEK

UNIT FOR SUICIDE RESEARCH

UNIVERSITEIT GENT

# KENNIS, ZELFVERTROUWEN EN ATTITUDES OMTRENT HET OMGAAN MET SUÏCIDALE PATIËNTEN OP DE SPOEDDIENST EN PAAZ-AFDELING IN VLAANDEREN

## Een gerandomiseerde controlestudie naar de effecten van een postercampagne

Renate van Landschoot

Prof. dr. G. Portzky

Prof. dr. C. Van Heeringen

VLAAMS ACTIEPLAN SUICIDEPREVENTIE 2012-2020

Met steun van de Vlaamse overheid

# INHOUD


Woord van dank 3

1. Inleiding 4

1.1 Aanleiding voor het onderzoek 4

1.2 Doelstelling en onderzoeksvragen 7

2. Methode 8

2.1 Poster en gids 8

2.2 Design 10

2.3 Steekproef 12

2.4 Meetinstrumenten 13

3. Resultaten 15

3.1 Baselinekenmerken 15

3.2 Hoofdanalyses 23

3.2.1 Kennis 23

3.2.2 Zelfvertrouwen 25

3.2.3 Attitudes 26

4. Conclusie 27

4.1 Interpretatie van de resultaten 27

4.2 Beperkingen van deze studie en aanbevelingen voor vervolgonderzoek 29

5. Bijlage 30

6. Referenties 34

## Een woord van dank

Dit onderzoeksrapport is tot stand gekomen dankzij de medewerking van een groot aantal Vlaamse ziekenhuizen. Via deze weg wil de Eenheid voor Zelfmoordonderzoek Universiteit Gent iedereen bedanken die een actieve bijdrage heeft geleverd aan het verzamelen van de onderzoeksgegevens.

We wensen allereerst onze dank te betuigen aan de Vlaamse Regering, in het bijzonder de Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Dankzij hun financiële ondersteuning hebben we de kans gekregen dit project te realiseren en te evalueren.

Verder gaat onze dank uit naar alle personeelsleden die medewerking voor deze studie hebben verleend. Dit betreft de personeelsleden van de betreffende afdelingen van Algemeen Stedelijk Ziekenhuis Aalst en Geraardsbergen, AZ Damiaan Oostende, AZ Delta Menen en Roeselare, AZ Groeninge Kortrijk, AZ Herentals, AZ Jan Palfijn Gent, AZ Lokeren, AZ Nikolaas Sint-Niklaas en Temse, AZ Sint-Augustinus Veurne, AZ Sint-Jan Brugge en Oostende, AZ Sint-Lucas Brugge, AZ Sint-Lucas Gent, AZ Sint-Maarten Duffel en Mechelen, AZ Sint-Rembertziekenhuis Torhout, AZ Vesalius Tongeren, AZ Zeno Blankenberge en Knokke, GZA Antwerpen, Mortsel en Wilrijk, Heilig Hart Ziekenhuis Mol, Imeldaziekenhuis Bonheiden, Mariaziekenhuis Overpelt, Jessa Ziekenhuis Hasselt, OLV van Lourdes Waregem, Onze-Lieve-Vrouwziekenhuis Aalst en Asse, RZ Heilig Hart Leuven, RZ Heilig Hart Tienen, Sint-Jozefkliniek Bornem en Willebroek, Sint-Trudo Ziekenhuis Sint-Truiden, UZ Gent, Ziekenhuis Maas en Kempen Maaseik, Ziekenhuis Oost-Limburg Genk, ZNA Antwerpen, Borgerhout en Merksem.

# 1. INLEIDING

## 1.1 Aanleiding van het onderzoek

Suïcide[1] is een ernstig en complex volksgezondheidsprobleem wat veel persoonlijk leed en hoge maatschappelijke kosten met zich meebrengt. De preventie van suïcide vraagt dan ook om een systematische en geïntegreerde aanpak gekaderd door toetsbare criteria. Dit heeft geleid tot het ontwikkelen en uitvoeren van het Vlaams Actieplan Suïcidepreventie (VAS). Een grote verscheidenheid aan beleidspartijen, zorginstanties en intermediairs[2] vormen samenwerkingsverbanden en netwerken in functie van de implementatie van dit actieplan (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, 2012).

Het beginpunt van suïcidepreventie wordt gevormd door het identificeren van de risicofactoren (Romijn & Bool, 2010). Vervolgens kan er een passende aanpak gehanteerd worden doordat er verschillende programma's voorhanden zijn waarvan de effectiviteit is aangetoond, zoals voorlichtings- en trainingsprogramma's en programma's die gebaseerd zijn op richtlijnen voor het signaleren en verwijzen van mensen met suïcidaal risico (Bool, Blekman, De Jong, Ruiter, & Voordouw, 2007). Romijn en Bool (2010) stelden vast dat deze programma's veelal gericht zijn op specifieke problemen (detectie en behandeling van depressie en suïcidaliteit), gemeenschappen (scholen, het leger) of beroepsgroepen (intermediairs).

Het bevorderen van de deskundigheid van intermediairs vormt een zeer belangrijk onderdeel van de preventie van suïcide (Ghoncheh, Kerkhof, & Koot, 2014; Isaac et al., 2009; Mann et al., 2005; Robinson et al., 2012; Schmitz et al., 2012; Van der Feltz-Cornelis et al., 2011; Walsh, Hooven, & Kronick, 2013). Onderzoek heeft namelijk aangetoond dat gatekeepers zoals huisartsen (Harris, 2013; Pfaff, Acres, & McKelvey, 2001), hulpverleners in de somatische gezondheidszorg (Currier et al., 2012) en professionals in de geestelijke gezondheidszorg (Oordt, Jobes, Fonseca, & Schmidt, 2009; Pisani, Cross, & Gould, 2011) veel baat hebben bij deskundigheidsbevordering ter voorkoming van suïcidaal gedrag.

---

[1] Analoog aan het VAS wordt in dit onderzoeksrapport de term suïcide gebruikt.

[2] De term intermediair wordt gehanteerd voor zowel professionals uit de eerste-, tweede- en derdelijnszorg (zoals huisartsen en verpleegkundigen) als voor niet-professionals uit de nuldelijnszorg (zoals vrijwilligers en mantelzorgers). Deze worden ook wel aangeduid als gatekeepers respectievelijk sleutelfiguren.

Hierbij gaat het om het verhogen van het niveau van kennis, het ontwikkelen van positieve(re) attitudes en het verkrijgen van meer zelfvertrouwen omtrent het omgaan met suïcidale patiënten (Betz, et al., 2013; Cross, Matthieu, Brunero, Smith, Bates, & Fairbrother, 2008; Lezine, & Knox, 2010; Da Silva Cais, Da Silveira, Stefanello, & Botega, 2011; Jacobsen, Osteen, Jones, & Berman, 2012; Norheim, Grimholt, & Ekeberg, 2013). Daarnaast draagt het bij aan het verbeteren van het vermogen om op een adequate manier suïciderisico in te schatten, de zorgbehoeften van suïcidale patiënten in kaart te brengen en het aantal interventies ter preventie van suïcide te verhogen (Currier et al., 2012; Fenwick, Vassilas, Carter, & Haque, 2004; Oordt et al., 2009).

Tevens geven intermediairs, waaronder huisartsen (Palmieri et al., 2008; Ritter, Stompe, Voracek & Etzersdorfer, 2002), professionals in de geestelijke gezondheidszorg (Jiménez-Chafey, Serra-Taylor, & Irizarry-Robles, 2013; Palmieri et al., 2008) somatische hulpverleners en leerkrachten (Currier et al., 2012; Timson, Priest, & Clark-Carter, 2012) zelf aan dat er behoefte is aan deskundigheidsbevordering. Er zijn tal van vormen van deskundheidsbevordering voor professionals beschikbaar zoals kortdurende trainingsessies, één- of meerdaagse cursussen, e-learning modules, apps, train-de-trainer-cursussen, documentatiematerialen, richtlijnen, supervisie, rollenspellen en posters (Aguirre, McCoy, & Roan, 2013; Brunero, Jeon, & Foster, 2012; Currier et al., 2012; De Beurs et al., 2013; Dumon & Portzky, 2013; Ghoncheh et al., 2014, Otto, 2011).

In de gezondheidszorg worden posters veelvuldig gebruikt om patiënten te informeren, een bepaalde bewustwording op gang te brengen en hen te motiveren tot gedragsverandering. Posters vormen een zeer toegankelijke en kostenbesparende methode waarbij in een relatief kort tijdsbestek veel patiënten bereikt kunnen worden (Corkill, 2012; Ward & Hawthorne, 1994). Het gebruik van posters als deskundigheidsbevordering voor professionals is daarentegen relatief nieuw. Eerste onderzoeken binnen diverse gezondheidsdomeinen tonen aan dat posters op een eenvoudige en kosten-effectieve manier ook gedragsverandering kunnen bewerkstelligen bij intermediairs zoals somatische hulpverleners en leerkrachten (Corkill, 2012; Currier et al., 2012; Lieger, Graf, El-Maaytah, & Von Arx, 2009).

Binnen dit kader heeft het Suicide Prevention Resource Center (SPRC) in de VS voor professionals die werkzaam zijn op spoeddiensten, een educatieve campagne opgezet bestaande uit een poster, getiteld “Is your patient suicidal?” en een begeleidende gids, getiteld “Suicide Risk: A guide for ED Evaluation and Triage”. De poster heeft als doel de personeelsleden te informeren zodanig dat zij acuut suïciderisico kunnen herkennen en hun handelen hier adequaat op kunnen afstemmen. Het geeft de meest voorkomende en opvallende signalen weer van acuut suïciderisico en bevat eenvoudige vragen die het personeel vervolgens kan stellen om het suïciderisico in te schatten. De begeleidende gids geeft

triagecriteria weer van suïciderisico, geeft informatie over de mogelijke interventies, bevat een ontslagprotocol en beschrijft procedures die opgevolgd kunnen worden wanneer een patiënt uit het ziekenhuis wegloopt. De poster en gids zijn door het SPRC als 'best practice' aangemerkt.

Geïnspireerd op de campagne van het SPRC om blijvende aandacht te vragen voor de vroegdetectie van suïcidaliteit, omvat dit project de ontwikkeling van een poster en gids die gebruikt kan worden in Vlaamse ziekenhuizen voor het herkennen en opvangen van suïcidale patiënten. Om te bepalen of zo'n poster en gids ook een effectieve methodiek van deskundigheidsbevordering vormt voor professionals in Vlaanderen, zal een gerandomiseerd controleonderzoek uitgevoerd worden onder personeelsleden van spoeddiensten en PAAZ-afdelingen.

Dit project kadert in het VAS waar het als generieke actie werd opgenomen onder preventiestrategie 2: bevorderen van deskundigheid en netwerkvorming bij intermediairs. Volgens de kostenraming zoals deze ter voorbereiding op het VAS tijdens de Gezondheidsconferentie Suïcidepreventie is voorgesteld door De Schmedt, Sbarigia en Annemans (2011), is deze postercampagne, zoals toegepast in de VS, kosten-effectief. Wanneer de effectiviteit van deze methodiek van deskundigheidsbevordering door dit onderzoek wordt aangetoond, kan deze breed geïmplementeerd worden in alle Vlaamse ziekenhuizen als een eenvoudige, kosten-effectieve, evidence-based actie. Mogelijk dat de poster en gids ook ingezet zou kunnen worden bij intermediairs binnen de eerstelijnszorg zoals huisartsen, arbeidsgeneesheren of eerstelijnspsychologen.

## 1.2 Doelstelling en onderzoeksvragen

Deze studie heeft tot doel:

1) Het ontwikkelen van een methodiek van deskundigheidsbevordering in de vorm van een poster en begeleidende gids voor personeelsleden die werkzaam zijn op spoeddiensten, psychiatrische spoed-interventiediensten en PAAZ-afdelingen in Vlaanderen;

2) Het evalueren van het effect van deze preventie-actie door middel van een multicentrische, geclusterde en gerandomiseerde controlestudie;

Het begrip 'deskundigheidsbevordering' wordt hierbij geoperationaliseerd in de variabelen kennis, zelfvertrouwen en attitudes.

Dit resulteert in de volgende onderzoeksvragen:

1. Is de kennis van de hulpverlener omtrent suïcide en het omgaan met suïcidale patiënten toegenomen na het zien van de poster en gids?

2. Heeft de hulpverlener na het zien van de poster en gids meer vertrouwen in zijn/haar mogelijkheden om met suïcidale patiënten om te gaan?

3. Is de attitude van de hulpverlener ten aanzien van suïcidale patiënten veranderd na het zien van de poster en gids?

# 2. METHODE

## 2.1 Poster en gids

De inhoud en de vormgeving van de poster en gids is gebaseerd op de oorspronkelijke “Is your patient suicidal?” campagne die is opgezet door het SPRC in de VS. Het SPRC heeft toestemming verleend voor gebruik in Vlaanderen, op voorwaarde dat er geen grote wijzigingen in de vormgeving en de inhoud mochten worden aangebracht.

Verschillende expertengroepen, zoals de Eenheid voor Zelfmoordonderzoek Universiteit Gent en de Vlaamse Werkgroep Suïcidepreventie zijn betrokken geweest bij de ontwikkeling van de Vlaamse “Is uw patiënt suïcidaal?” campagne. Daarnaast fungeerde o.a. de Vlaamse Vereniging Verpleegkundigen Spoedgevallenzorg als klankbordgroep. Binnen deze groepen is nagegaan in hoeverre de inhoud de vormgeving en communicatiestijl van de poster en gids uit de VS kon worden overgenomen of moest worden aangepast aan de Vlaamse context.

### Poster

*Kleurgebruik*

De poster is weergegeven op A3 formaat en wordt gedomineerd door twee opvallende, contrasterende kleuren. Het gebruik van kleur heeft een belangrijke invloed op de manier waarop een poster wordt waargenomen en geeft aan op welke inhoudelijke thema’s de nadruk moet worden gelegd (Christenbery & Latham, 2013). Het gebruik van contrasterende kleuren versterkt de visuele kracht en zorgt ervoor dat de poster niet eentonig wordt (Berg, 2005).

*Lettertype*

Contrasten zijn ook belangrijk als het gaat om lettertype (Keely, 2004). Bij de relatief donkere achtergrondvlakken is er gekozen voor een lichte tekstkleur (wit) en bij de relatief lichte achtergrondvlakken is er gekozen voor een donkere tekstkleur (zwart). Daarnaast wordt de leesbaarheid van de poster vergroot door het kiezen van een duidelijk lettertype, zoals Arial. Hierbij moet de tekengrootte voldoende groot zijn, zodat de poster ook van een afstand goed te lezen is (Christenbery & Latham, 2013).

*Afbeeldingen*

Er zijn geen vaste regels omtrent het aantal afbeeldingen dat mag worden weergegeven in een poster. Van belang is echter dat de afbeeldingen die gebruikt worden, zoals de logo’s van de betrokken hulpverleningsinstanties ASPHA en Zelfmoordlijn1813, niet ten koste mogen gaan van de primaire boodschap die wordt gegeven (Christenbery & Latham, 2013).

De “Is uw patiënt suïcidaal?” poster geeft een overzicht van de belangrijkste signalen van acuut suïciderisico. Daarnaast worden belangrijke cijfers omtrent suïcidaliteit in Vlaanderen weergegeven en worden er eenvoudige vragen aangedragen die het personeel kan stellen om het suïciderisico adequaat in te kunnen schatten. De boodschap ‘vragen stellen kan een leven redden!’ is hierbij erg relevant (zie figuur 1 in de bijlage).

## Gids

De begeleidende gids met een formaat van 27,5 x 19,0 cm, bevat informatie op zowel de voor- als achterkant. De voorzijde van de gids bevat dezelfde informatie als de poster maar geeft daarnaast ook aanvullende informatie over het effectief bevragen van suïcidaliteit. De achterzijde van de gids geeft een overzicht van de meest relevante triagecriteria van suïciderisico, draagt mogelijke interventies aan en beschrijft een protocol wat gevolgd kan worden voordat een patiënt met ontslag kan gaan. De gids is afgedrukt in de vorm van een scheurblok zodat ieder personeelslid naar gelang de behoefte, een exemplaar af kan scheuren en bij zich kan dragen. Bij de ontwikkeling van de gids is rekening gehouden met de richtlijnen omtrent kleurgebruik, lettertype en het gebruik van afbeeldingen zoals deze hierboven reeds zijn beschreven (zie figuur 2 en 3 in de bijlage).

Iedere hoofdverpleegkundige is uitvoerig, zowel schriftelijk als face-to-face, geïnstrueerd over de onderzoeksprocedure. Om te voorkomen dat de onderzoeksresultaten vooraf mogelijk beïnvloed zouden kunnen worden, werden de personeelsleden niet op de hoogte gebracht van het feit dat de methodiek van deskundigheidsbevordering een poster en bijbehorende gids betrof. Ook in de informatiebrief werden de termen ‘poster’ en ‘gids’ vermeden.

De postercampagne “Is uw patiënt suïcidaal?” richt zich enkel op personeelsleden. De poster en begeleidende gids werden, in overleg met de hoofdverpleegkundige, goed zichtbaar naast elkaar opgehangen in diverse ruimtes gedurende één maand. Deze ruimtes waren enkel toegankelijk voor personeel, zoals de kantine of personeelsruimte, garderobe, vergaderruimte en zelfs het personeelstoilet (zie figuur 4 in de bijlage).

Een verklaring voor het effect dat kan uitgaan van toiletposters, kan gevonden worden in de ‘Knowles Androgogy Theory of Learning’ (Knowles, 1973) Volgens deze theorie zijn mensen het meest ontvankelijk voor educatief materiaal zoals een poster, wanneer zij van binnenuit (intrinsiek) gemotiveerd zijn om iets te leren. Daarnaast is het belangrijk dat de informatie die gegeven wordt, duidelijk is en dat er handvatten voor de praktijk worden aangedragen. Het toilet is een ruimte waar men zich ongestoord kan terugtrekken. Dit vormen ideale omstandigheden om de informatie die door de poster gegeven wordt, goed in zich te kunnen laten opnemen (Corkill, 2012).

## 2.2 Design

### Multicentrisch design

Om een representatieve steekproef te kunnen genereren, werden alle personeelsleden van Vlaamse ziekenhuizen die over een spoed-, psychiatrische spoed-interventiedienst en/of een PAAZ-afdeling beschikken, gecontacteerd met de vraag tot deelname. Doordat de dataverzameling zich heeft verspreid over meerdere ziekenhuizen, heeft deze studie een multicentrisch karakter.

### Solomon vier-groepen design

In deze multicentrische studie werd de data verzameld en geanalyseerd aan de hand van een Solomon vier-groepen design (Solomon, 1949). Bij de personeelsleden die middels een voormeting bevraagd werden rond kennis, zelfvertrouwen en attitudes, kon er, louter door deze bevraging, mogelijk al een bepaalde ontvankelijkheid zijn ontstaan voor de poster en gids in vergelijking met personeelsleden die geen pretest voorgelegd kregen. Het Solomon vier-groepen design laat toe om te controleren voor dit zogeheten pretest-sensitisatie effect door het vergelijken van vier groepen:

- Onderzoeksgroep 1: Experimentele groep met pre- en post-interventie bevraging;
- Onderzoeksgroep 2: Controlegroep met bevragingen op een gelijk tijdstip als de experimentele groep;
- Onderzoeksgroep 3: Experimentele groep met enkel bevraging na de interventie;
- Onderzoeksgroep 4: Controlegroep met één bevraging op een gelijk tijdstip als de experimentele groep;

Schematisch kan dit als volgt worden weergegeven:

*Figuur 5: Schematische weergave van de vier onderzoeksgroepen.*

| Design | Groep | Pretest | Interventie | Posttest |
|---|---|---|---|---|
| Solomon vier-groepen | 1 | X | X | X |
| | 2 | X | | X |
| | 3 | | X | X |
| | 4 | | | X |

## Randomisatie en controlegroepen

Doordat er gerandomiseerd werd, had elke afdeling evenveel kans om ofwel in één van de twee experimentele of in één van de twee controlegroepen te participeren. Op de afdelingen die waren toegewezen aan één van de twee controlegroepen, werd geen poster en gids opgehangen. Spoeddiensten en PAAZ-afdelingen[1] werden ieder afzonderlijk toegewezen aan één van de vier onderzoekscondities, waardoor deze studie acht verschillende onderzoeksgroepen omvat.

Om ervoor te zorgen dat de personeelsleden evenredig werden verdeeld over de verschillende onderzoeksgroepen, is er gebruik gemaakt van een combinatie van gestratificeerde randomisatie en blok randomisatie (Altaman & Bland, 1999; Frane, 1998; Suresh, 2011). Middels een computergestuurd randomisatieprogramma werden de afdelingen in blokken met een blokgrootte van vier gerandomiseerd en gestratificeerd naar type afdeling (spoeddienst of PAAZ-afdeling).

Aangezien randomisatie niet op individuele basis heeft plaats gevonden, maar op basis van de afdeling waartoe men behoort, is er in deze studie sprake van een clusterdesign. De data is geanalyseerd aan de hand van de methoden die zijn beschreven in het artikel van Braver en Braver (1988) en zijn aangepast aan het clusterdesign door het toevoegen van mixed models met 'cluster' (combinatie van ziekenhuis en afdeling) als random effect. De data werd geanalyseerd met behulp van SPSS Statistics 22 met een 95%-betrouwbaarheidsinterval en $p < .05$ (2-tailed).

*onderzoeksfases*

De studie omvatte drie onderzoeksfases:

- fase 1: het verspreiden, invullen en verzamelen van de voormeting (onderzoeksgroep 1 en 2);
- fase 2: het ophangen van de poster en gids (onderzoeksgroep 1 en 3);
- fase 3: het verspreiden, invullen en verzamelen van de nameting (onderzoeksgroep 1 t/m 4);

Iedere fase in het onderzoek nam ongeveer één maand in beslag. De deelnemers kregen zowel bij de voormeting als bij de nameting dezelfde vragenlijst voorgelegd.

[1] Bij het analyseren van de data en het interpreteren van de resultaten werd er in dit onderzoeksrapport onderscheid gemaakt tussen personeelsleden die werkzaam zijn op spoeddiensten, psychiatrische spoed-interventiediensten en personeelsleden die werkzaam zijn op PAAZ-afdelingen.

Hierbij werden de personeelsleden van psychiatrische spoed-interventiediensten en personeelsleden van PAAZ-afdelingen in één groep ondergebracht.

## 2.3 Steekproef

Nadat een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het UZ Gent, een positief advies had uitgebracht voor het uitvoeren van deze studie, werden de hoofdverpleegkundigen en diensthoofden van de betreffende diensten gecontacteerd met de vraag of zij bereid waren hun medewerking te verlenen aan deze postercampagne. Gezien de multicentrische aard van deze studie, was goedkeuring van de betrokken lokale Ethische Comités noodzakelijk om de studie daadwerkelijk doorgang te laten vinden.

Nadat goedkeuring van het lokale Ethische Comité werd verkregen, werden alle personeelsleden die direct in contact komen met mogelijk suïcidale patiënten (met uitzondering van de secretaresses, schoonmaakpersoneel en ambulanciers) middels een informed consent gevraagd of zij al dan niet wensten deel te nemen aan het onderzoek. Omdat de hoofdverpleegkundigen volledig op de hoogte gebracht waren van de onderzoeksopzet en dit mogelijk de onderzoeksresultaten zou kunnen beïnvloeden, werden zij niet geïncludeerd in deze studie.
De benodigde steekproefgrootte werd geschat op 25 deelnemers per groep zodat een power van 80% met een 95%-betrouwbaarheidsinval ($p < 0.05$, 2-tailed) behaald kon worden. In totaal moesten er naar schatting dus tenminste 8x25= 200 participanten geïncludeerd worden in de studie.

Om de anonimiteit te kunnen garanderen en tegelijkertijd de onderzoeksgegevens van de voormeting te kunnen koppelen aan de onderzoeksgegeven van de nameting, werd aan ieder personeelslid gevraagd of zij een persoonlijke code wilden aanmaken. Deze persoonlijke code mocht niet gewijzigd worden gedurende het onderzoek.

## 2.4 Meetinstrumenten

Voor deze studie werd een gestructureerde vragenlijst ontwikkeld die bestaat uit 1) demografische variabelen, 2) persoonlijke ervaring met suïcide, 3) kennis over suïcide-gerelateerde onderwerpen, 4) zelfvertrouwen in het omgaan met suïcidale patiënten en 5) attitudes ten aanzien van suïcide en het omgaan met suïcidale patiënten. De vragenlijst bevat de volgende meetinstrumenten:

### Kennis

Kennis werd gemeten door een subschaal van de Question, Persuade, and Refer vragenlijst (QPR, Quinnett, 2006). De subschaal van deze zelfbeoordelingsvragenlijst bevat zeven items waarbij de deelnemer gevraagd werd aan te geven hoeveel kennis hij/zij had met betrekking tot een bepaald onderwerp, bijvoorbeeld: “Hoeveel kennis heeft u van de signalen die wijzen op suïcidaal gedrag?”. In het kader van een onderzoek naar een online train-de-trainer programma, heeft De Beurs et al. (2013) de QPR in het Nederlands vertaald. De verschillende items werden gescoord op een vijfpunts Likert-schaal die loopt van 1 (zeer weinig) tot 5 (zeer veel). De subschaalscore werd verkregen door de scores van de items bij elkaar op te tellen. De range van deze subschaal loopt van 7 tot 35, waarbij een hogere score een hoger niveau van kennis impliceert. Deze subschaal laat toe verschillen aan te tonen in hoe intermediairs hun kennis omtrent suïcidepreventie waarderen over verschillende meetmomenten heen (Tompkins & Witt, 2009; Wyman, 2008).

Om daarnaast een meer objectief beeld te verkrijgen van het niveau van kennis, werd de Suicide Information Test afgenomen (SIT, Poland, 1989). De oorspronkelijke versie bevat 28 stellingen en is in het kader van een studie van Portzky en Van Heeringen (2006) aangepast en vertaald in het Nederlands. Voor deze studie waren enkel de acht items relevant die betrekking hadden op kennis ten aanzien van signalen van suïciderisico. De kennisstellingen moesten worden aangeduid als juist of onjuist, waarbij score 1 werd toegekend aan een goed antwoord en score 0 aan een fout antwoord. De schaalscore werd verkregen door de scores van de verschillende stellingen bij elkaar op te tellen. De range loopt hierbij van 0 tot 8, waarbij een hogere score duidt op een betere kennis van de risicosignalen van suïcide. Een voorbeeld van een stelling die is opgenomen in de SIT: “Elke persoon die suïcide pleegt, is depressief”. Deze items blijken effectief te zijn in het aantonen van verschillen in kennisniveau t.a.v. suïcide (Portzky & Van Heeringen, 2006).

## Zelfvertrouwen

Zelfvertrouwen in het omgaan met suïcidale patiënten is gemeten door de subschaal van de Confidence and Beliefs Questions vragenlijst (CBQ) en vormt een effectief meetinstrument in het aantonen van verschillen in zelfvertrouwen met betrekking tot suïcidemanagement (Oordt et al., 2009). De items van deze subschaal waren in het kader van een studie van De Beurs et al. (2013) reeds vertaald in het Nederlands en konden in deze studie worden overgenomen. Deze vertaalde versie van de subschaal van de CBQ is in deze studie opgenomen. De subschaal van de CBQ bevat drie items die geformuleerd zijn in de vorm van een uitspraak, zoals "Ik heb vertrouwen in mijn mogelijkheid om het suïcidegevaar bij patiënten goed in te schatten". De deelnemer werd gevraagd om bij iedere uitspraak aan te geven in hoeverre deze op hem of haar van toepassing was in de dagelijkse praktijk, waarbij 1 = helemaal niet en 5 = heel erg. De somscore voor zelfvertrouwen werd verkregen door de waarden van de drie items bij elkaar op te tellen, waarbij de range loopt van 3 tot 15. Hoe hoger de score, hoe meer zelfvertrouwen de deelnemer rapporteert in zijn of haar mogelijkheden om met suïcidale patiënten om te gaan.

## Attitudes

Voor het meten van attitudes is gebruik gemaakt van de Attitudes Towards Suicide vragenlijst (ATTS, Renberg & Jacobsson 2003) die oorspronkelijk uit 37 vragen bestaat. Deze vragenlijst wordt veelvuldig gebruikt en vormt een valide meetinstrument om verschillen in attitudes tussen verschillende groepen professionals aan te duiden (Kodaka, Poštuvan, Inagaki, & Yamada, 2010; Norheim, Grimholt, & Ekeberg, 2013; Renberg & Jacobsson, 2003). De Clerck, Vinck, & Vanhove (2006) hebben in het kader van het project 'Psychosociale evaluatie en opvang suïcidepogers in een algemeen ziekenhuis', de vragenlijst vertaald in het Nederlands en hebben een factoranalyse uitgevoerd. Op basis van deze factoranalyse is de vragenlijst gereduceerd tot 29 vragen, waarvan enkel de 12 attitude-items in deze studie zijn opgenomen. Deze 12 items konden worden herleid naar vijf verschillende attitudefactoren. Voor deze studie waren enkel de drie items binnen de attitudefactor 'hulpbereidheid' van belang, zoals bijvoorbeeld het item "Iedereen heeft de plicht om te verhinderen dat iemand zelfmoord pleegt". De attitude-items konden gescoord worden aan de hand van een vijfpunts Likert-schaal waarbij 1 = helemaal niet mee eens en 5 = helemaal mee eens. De score van de attitudefactor 'hulpbereidheid' werd gevormd door de drie items op te tellen, de range loopt hierbij van 3 tot 15. Hoe hoger de score, hoe meer de deelnemer bereid is hulp te verlenen aan suïcidale patiënten.

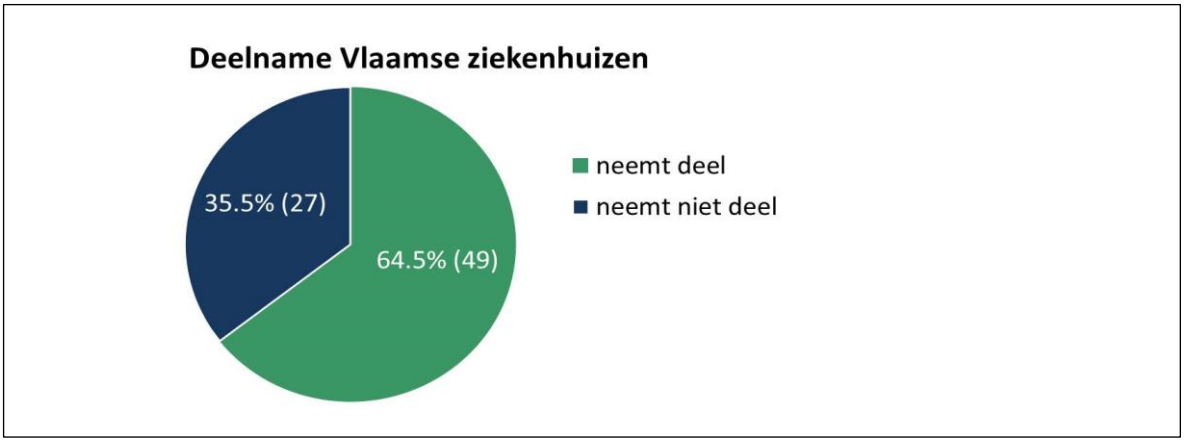
# 3. RESULTATEN

## 3.1 Baselinekenmerken

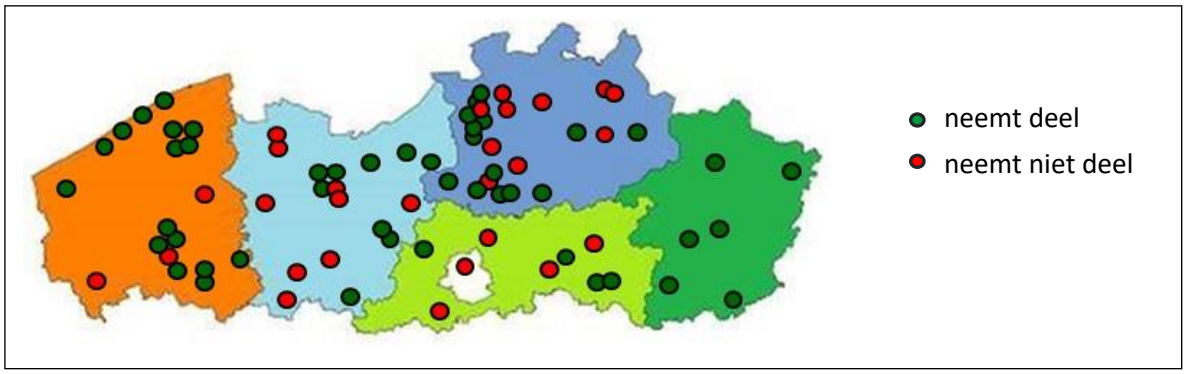
### 3.1.1. Steekproef

Van de 76 Vlaamse ziekenhuizen die gecontacteerd werden om te participeren aan het onderzoek, hebben 49 ziekenhuizen daadwerkelijk deelgenomen. Dit vormt een duidelijke meerderheid, zijnde 64.5% (zie figuur 3.1). Een overzicht van de ziekenhuizen die al dan niet wensten deel te nemen, is weergegeven in figuur 3.2.

*Figuur 3.1: Deelname ziekenhuizen in Vlaanderen.*



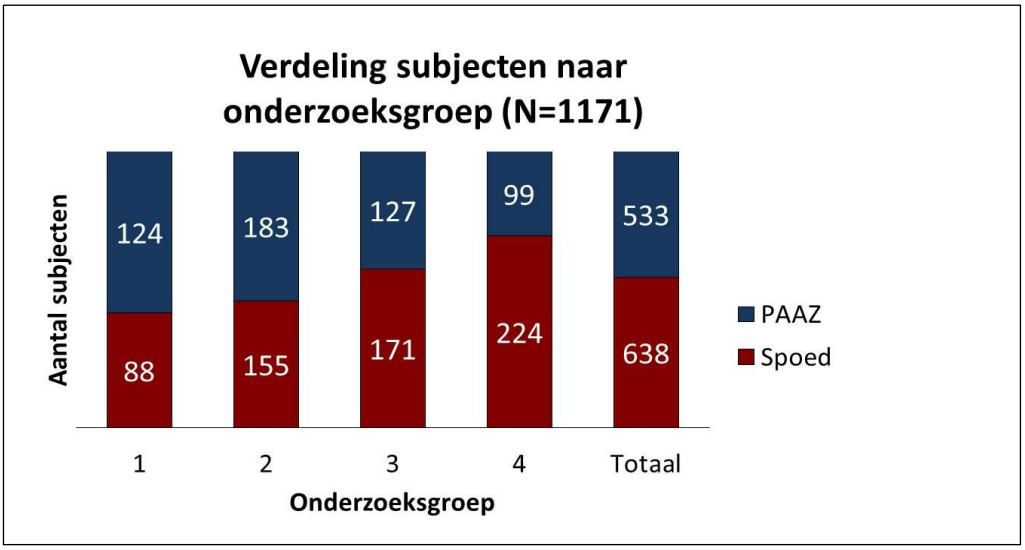

*Figuur 3.2: Overzicht deelname Vlaamse ziekenhuizen.*




Vlaanderen breed werden er 2364 personeelsleden gecontacteerd om te participeren in deze studie, waarvan ongeveer de helft daadwerkelijk is geïncludeerd (1171, 49.5%). De meerderheid van de deelnemers die de pretest hebben ingevuld, hebben ook de posttest ingevuld (515 vs. 299). Dit komt neer op een response rate van 57.9%.

Van de 1171 personeelsleden die in de studie geïncludeerd zijn, werd 18.1% toegewezen tot onderzoeksgroep 1, 28.9% tot onderzoeksgroep 2, 25.4% tot onderzoeksgroep 3 en 27.6% tot onderzoeksgroep 4. Ten gevolge van het clusterdesign, zijn de personeelsleden van de spoeddiensten en PAAZ-afdelingen niet geheel evenredig verdeeld over de onderzoeksgroepen.

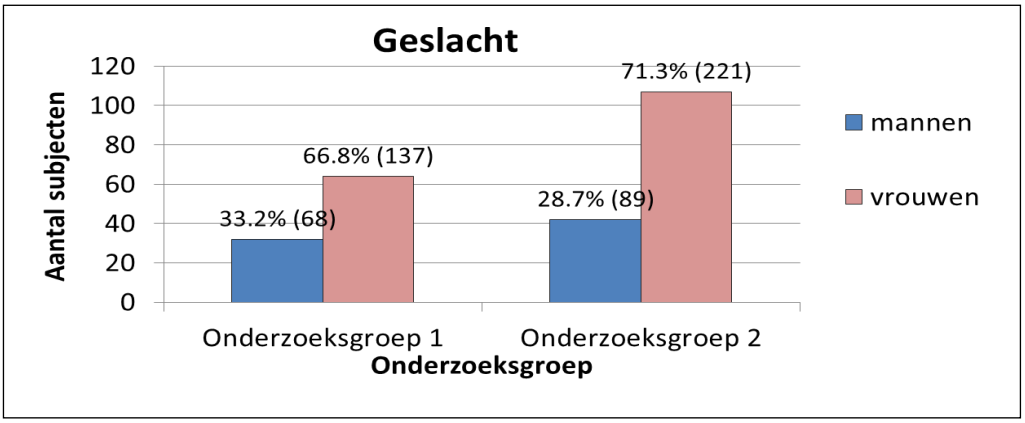
*Figuur 3.3: Verdeling van de subjecten naar onderzoeksgroep.*




### 3.1.2. Geslacht

Analyse van de data bij baseline laat zien dat er meer vrouwen dan mannen een pretest hebben ingevuld (69.5% vs. 30.5%). Deze verhouding tussen vrouwen en mannen werd ook gevonden wanneer er een onderscheid werd gemaakt tussen de experimentele groep (onderzoeksgroep 1) en de controlegroep (onderzoeksgroep 2). Zie onderstaande figuur.

*Figuur 3.4: Geslacht van de subjecten bij baseline.*

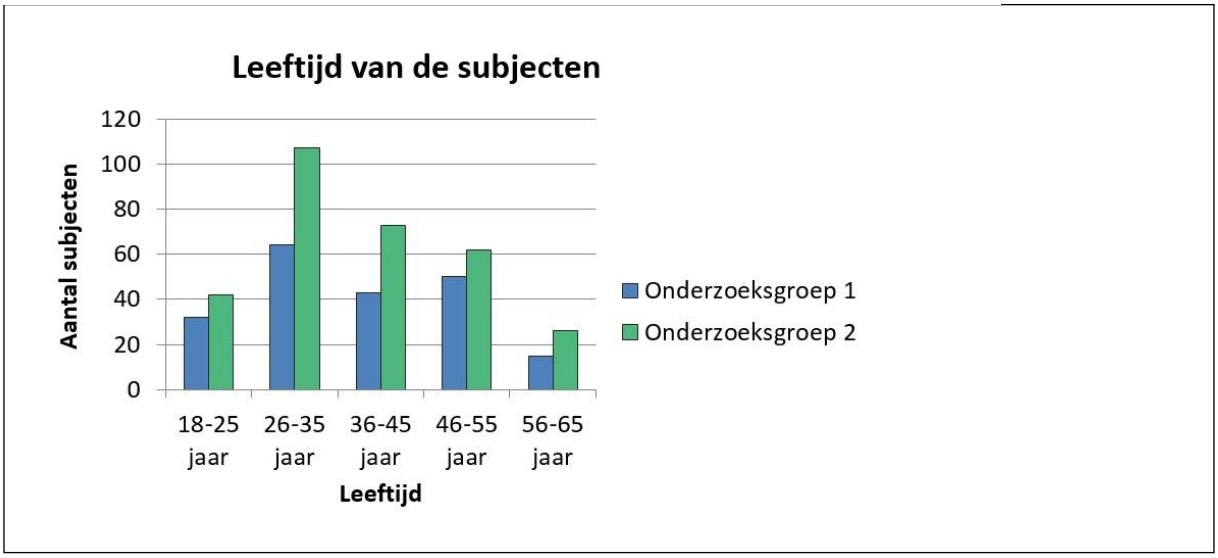



$p = .33$

### 3.1.3. Leeftijd

In onderstaande figuur is te zien dat de meeste deelnemers (43%) bij de voormeting behoorden tot de leeftijdscategorie van 26 tot 35 jaar. De gemiddelde leeftijd in beide groepen was 38 jaar (M = 38.3, SD = 11.4 vs. M = 38.2, SD = 11.0).

*Figuur 3.5: Leeftijd van de subjecten bij baseline.*

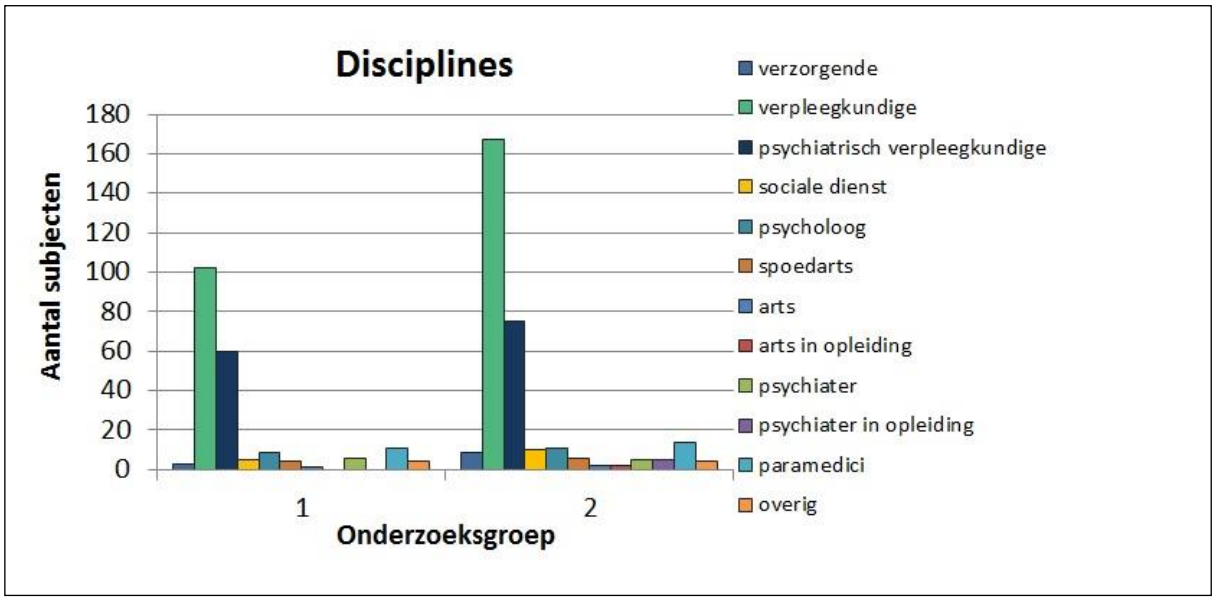



*p* = .84

### 3.1.4. Discipline

Zoals in onderstaand staafdiagram te zien is, domineerden de verpleegkundigen en psychiatrische verpleegkundigen wat betreft het invullen van de pretest vergeleken met de andere disciplines die bij baseline een vragenlijst hebben ingevuld.

*Figuur 3.6: Verdeling van de subjecten naar discipline.*

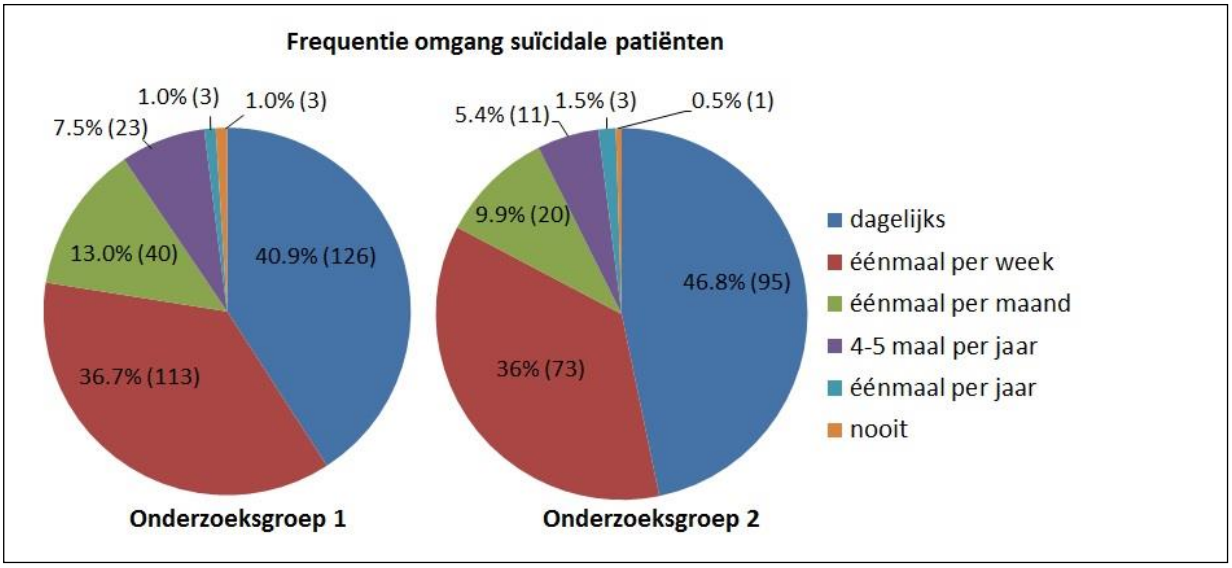



*p = .52*

### 3.1.5. Frequentie omgang suïcidale patiënten

De meeste personeelsleden gaven bij de voormeting aan dat zij frequent (dagelijks of tenminste één maal per week) geconfronteerd worden met suïcidale patiënten. Dit geldt zowel voor de experimentele groep als voor de controlegroep (zie figuur 3.7).

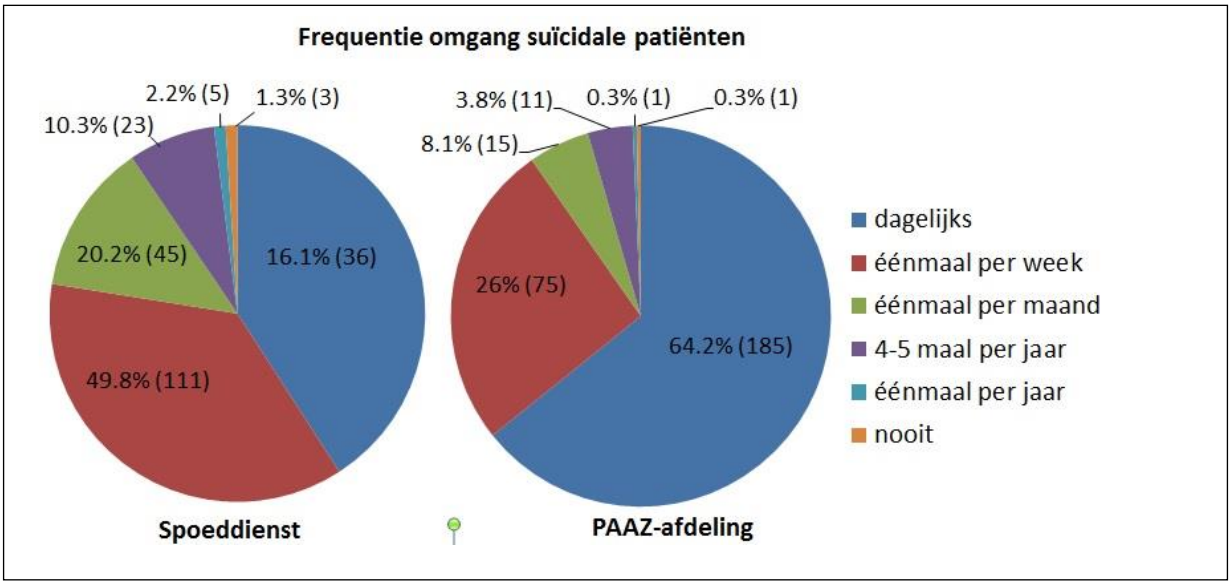
*Figuur 3.7: Frequentie omgang suïcidale patiënten bij baseline.*




$p = .64$

Wanneer er hierbij een onderscheidt gemaakt wordt tussen personeelsleden van de spoeddienst en van de PAAZ-afdeling, dan valt het op dat personeelsleden die werkzaam zijn op de PAAZ-afdeling beduidend vaker in aanraking kwamen met suïcidale patiënten dan personeelsleden die werkzaam zijn op de spoeddienst (zie figuur 3.8).

*Figuur 3.8: Frequentie omgang suïcidale patiënten bij baseline, verdeeld naar type afdeling.*

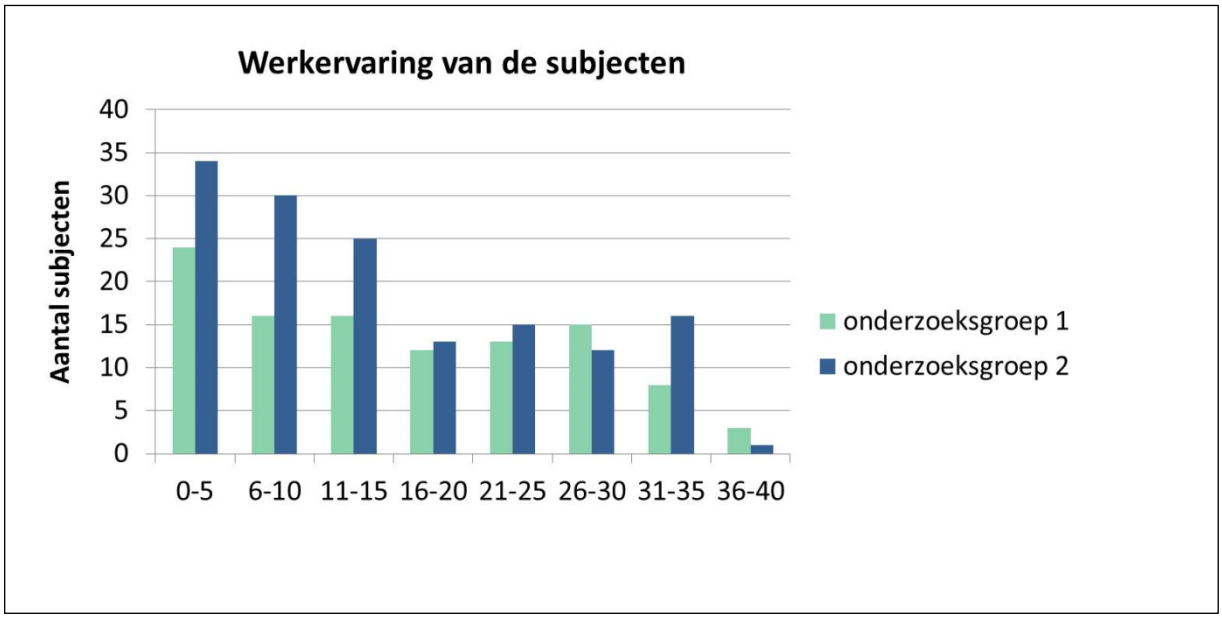



$p = < .01$

### 3.1.6 Werkervaring

De meeste personeelsleden gaven bij de voormeting aan 0-5 jaar relevante werkervaring te hebben (22.9%), gevolgd door 6-10 jaar (18.2%), en 11-15 jaar (16.2%). De meerderheid van de personeelsleden behoorde tot één van deze drie categorieën (57.3%). Gemiddeld heeft een personeelslid bij aanvang van het onderzoek 14.5 jaar relevante werkervaring (SD = 10.6, Min = 0, Max = 40). Er werden geen verschillen gevonden tussen beide onderzoeksgroepen (M = 15.01, SD = 10.7 vs. Groep (M = 14.2, SD = 10.5). Zie onderstaande figuur.

*Figuur 3.9: Relevante werkervaring van de subjecten bij baseline.*

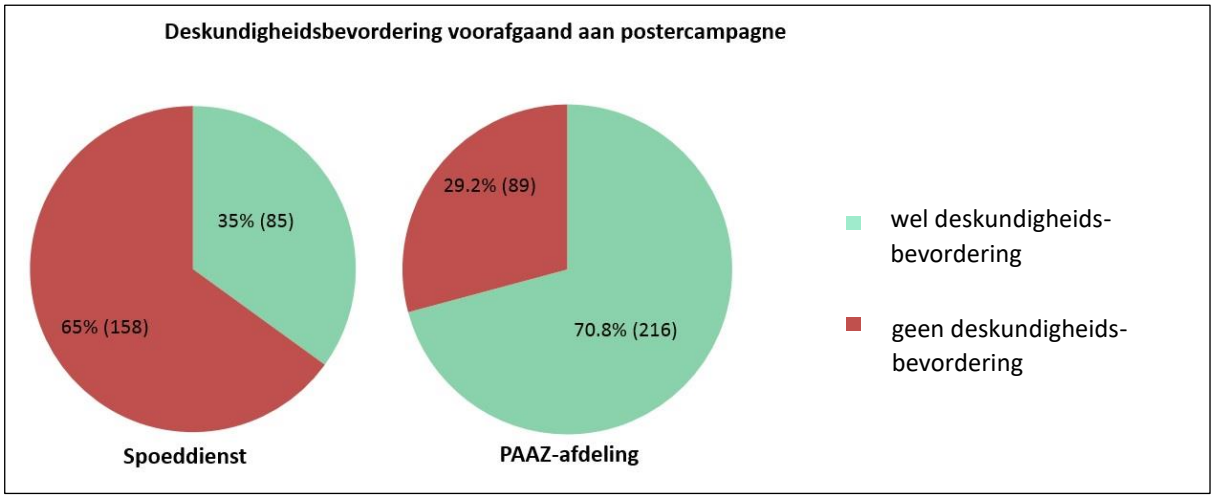



*p* = .40

### 3.1.7 Deskundigheidsbevordering voorafgaand aan de postercampagne

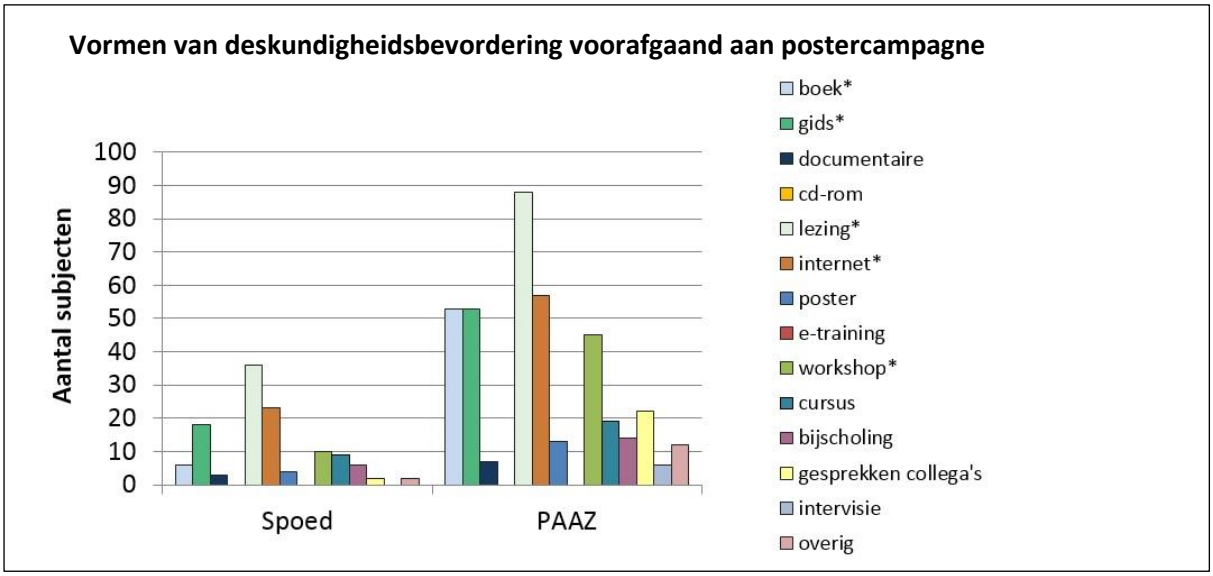
De meerderheid (54.9%) van de bevraagde personeelsleden gaven bij baseline aan dat zij in de zes maanden voorafgaand aan de studie, tijd hebben besteed aan één of andere vorm van deskundigheidsbevordering. Hierbij waren er grote verschillen waar te nemen tussen beide afdelingen (zie figuur 3.10). Beduidend meer personeelsleden die werkzaam zijn op de PAAZ-afdeling gaven bij de voormeting aan het een en ander gedaan te hebben gedaan om hun deskundigheid te verbeteren op het gebied van suïcidepreventie in vergelijking tot de hulpverleners die werkzaam zijn op de spoeddienst (70.8% vs. 35%). De verschillende vormen van deskundigheidsbevordering zijn gespecificeerd in figuur 3.11.

*Figuur 3.10: Deskundigheidsbevordering bij baseline, verdeeld naar type afdeling.*




$p = < .01$

*Figuur 3.11: Vormen van deskundigheidsbevordering bij baseline, verdeeld naar type afdeling.*

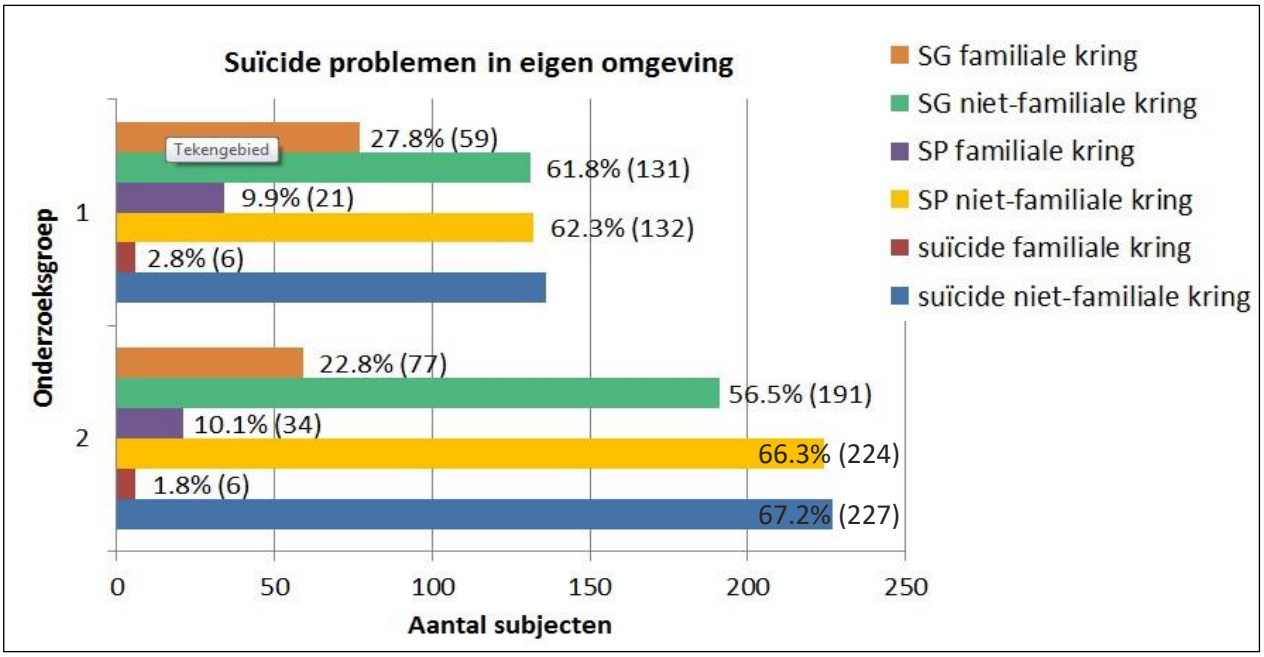



$*p < .01$

### 3.1.8. Persoonlijke ervaring met suïcide-gerelateerde problemen

Aangezien de besluitvorming en het handelen van de professional mogelijk kan worden beïnvloed door de persoonlijke ervaring met suïcide of aanverwante problemen, werden de deelnemers ook over dit onderwerp bevraagd (Aflague & Ferszt, 2010; Funder, 2003). Hierbij is onderscheid gemaakt tussen suïcidale gedachten, suïcidepogingen en suïcides binnen de familiale kring (waaronder vader/moeder, broer/zus, kind en partner) en buiten de familiale kring (zoals vrienden, kennissen en collega's). De meerderheid van de personeelsleden gaf bij de voormeting aan suïcide-gerelateerde problemen te hebben ervaren in de eigen omgeving, veelal buiten de familiale kring. Zoals in onderstaande figuur te zien is, waren er op dit vlak geen verschillen waar te nemen tussen de experimentele groep en de controlegroep.

*Figuur 3.12: Persoonlijke ervaring met suïcide-gerelateerde problemen bij baseline.*




SG = suïcidale gedachten, SP = suïcidepoging.

*p* = .61

### 3.1.9 Baselinescores kennis

De personeelsleden hebben bij de voormeting een gemiddelde somscore behaald van 24.1 op de QPR vragenlijst (SD =3.8; Min = 7, Max = 35). Er waren hierbij geen verschillen waar te nemen tussen de experimentele groep en de controlegroep (t =.432, df = 450, *p* = .67). Bij aanvang van de studie gaf gemiddeld 43.8% van de deelnemers aan een goede tot zeer goede kennis te hebben van suïcide.

De SIT laat bij de voormeting een gemiddelde score zien van 6.1 (SD = 1.2; Min = 1, Max = 8). Hieruit blijkt dat 76.3% van de kennisstellingen bij aanvang van de studie reeds goed werd beantwoord. De gemiddelde score voor de SIT is in beide onderzoeksgroepen gelijk (t =1.538; df = 440, *p* = .13).

### 3.1.10 Baselinescore zelfvertrouwen

Gemiddeld werd voor de subschaal van de CBQ een totaalscore behaald van 11.0 (SD = 2.1; Min = 3, Max = 15). Hierbij werden geen verschillen gevonden tussen scores voor de deelnemers in beide pretestcondities (t =2.001, df = 444, *p* = .05). De meerderheid van de professionals (55.4%) gaf bij de voormeting aan veel tot zeer veel vertrouwen te hebben in zijn of haar mogelijkheden om het suïcidegevaar bij patiënten goed in te schatten. Daarnaast had het merendeel van de ondervraagden bij baseline vertrouwen in zijn of haar mogelijkheden om op de juiste manier met suïcidale patiënten om te gaan (50.3%).

### 3.1.11. Baselinescore attitudes

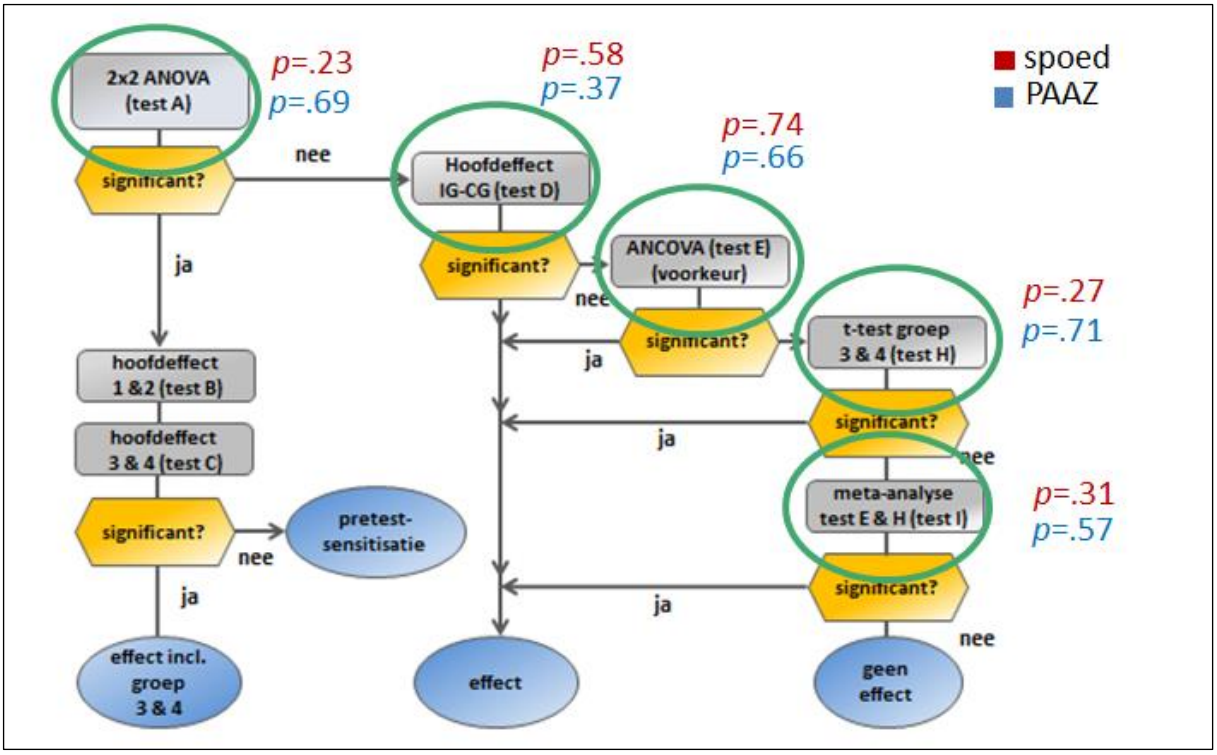
De ATTS geeft bij baseline een gemiddelde score van 9.8 (SD = 1.5; Min = 3, Max = 15). Gemiddeld was 62.6% het eens met de stelling “Iedereen heeft de plicht om te verhinderen dat iemand zelfmoord pleegt”, 82% was het oneens met de stelling “Als iemand zelfmoord wil plegen, is dat een private zaak waar wij ons niet mee moeten moeien” en 86.5% was het eens met de stelling “Ik ben bereid om een persoon die een suïcidale crisis doormaakt, te helpen door contact te leggen”. Er zijn geen verschillen gevonden tussen beide groepen (t = 1.7, df = 453, p = .09).

## 3.2 Hoofdanalyses

Het Solomon vier-groepen design is een omvangrijk en complex onderzoeksontwerp waarbij verschillende stappen moeten worden doorlopen voordat daadwerkelijk de conclusie kan worden getrokken of een interventie al dan niet effectief is. Om het design en de te nemen beslissingen omtrent de analyses inzichtelijker te maken, hebben Braver en Braver (1988) een flowchart ontwikkeld. Aan de hand van deze flowchart werden de resultaten van de hoofdanalyses per uitkomstmaat uiteengezet, waarbij een onderscheid werd gemaakt naar type afdeling.

### 3.2.1 Hoofdanalyse QPR (kennis)

*Figuur 3.13: Flowchart QPR (kennis).*

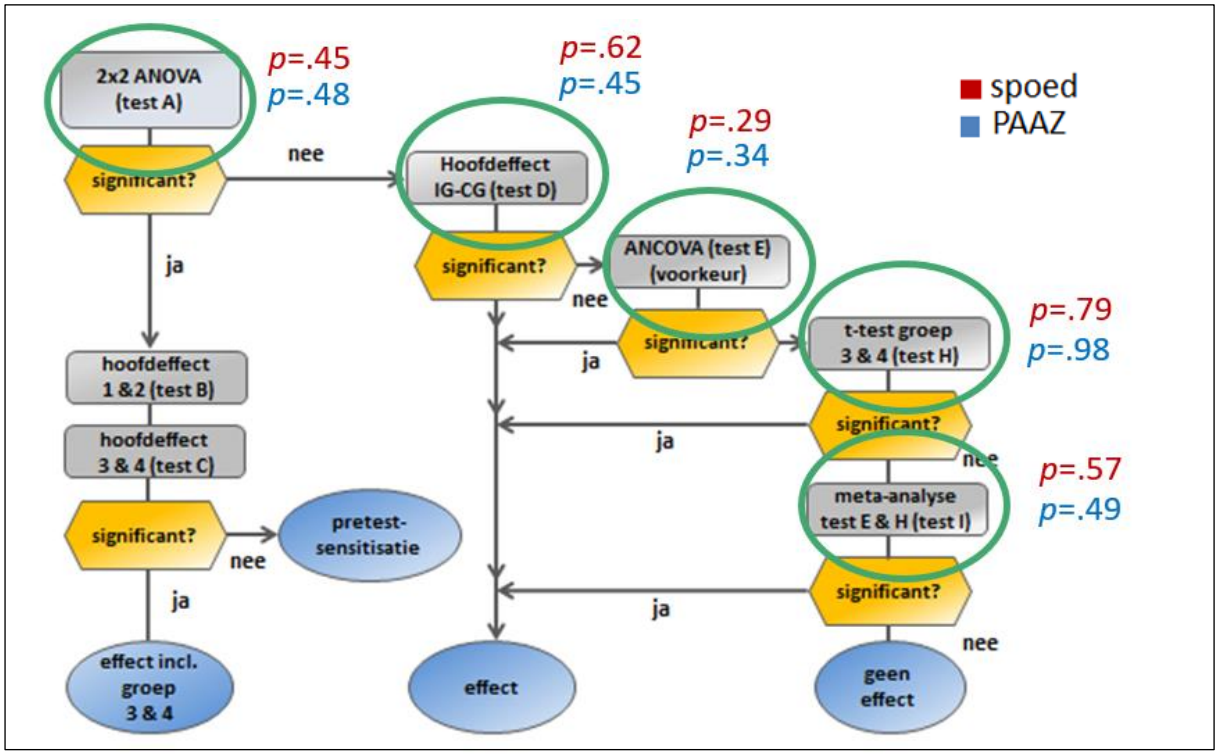



Zoals is weergegeven in bovenstaande flowchart, is er allereerst een 2x2 ANOVA uitgevoerd (pretest x interventie) op de vier posttest scores van de QPR. Aangezien er voor beide afdelingen geen interactie-effect werd gevonden ($p$ = .23 vs. $p$ = .69, test A), werd er gekeken of er mogelijk een hoofdeffect van de interventie kon worden aangetoond (test D). Dit was echter niet het geval ($p$ = .58 vs. $p$ = .37). Vervolgens kon een keuze worden gemaakt uit de testen E, F en G. Het uitvoeren van test E had de voorkeur, aangezien deze meer power bevat en daardoor beter in staat is om een effect van de interventie aan te tonen dan de andere twee testen (Braver & Braver, 1988). Bij test E is er ingezoomd op de onderzoeksgroepen 1 en 2 (de pretestcondities), meer specifiek is er gekeken naar een mogelijk

hoofdeffect van de interventie. Hierbij is de pretest als covariaat in de analyse opgenomen. Omdat zowel voor de spoeddienst als voor de PAAZ-afdeling geen significante effecten konden worden aangetoond ($p$ = .74 vs. $p$ = .66), is een t-toets voor onafhankelijke steekproeven uitgevoerd voor de onderzoeksgroepen 3 en 4 (test H). Voor beide afdelingen zijn geen significante verschillen gevonden tussen de twee groepsgemiddelden ($p$ = .27 vs. $p$ = 71). Tot slot is een meta-analyse uitgevoerd waarbij de resultaten van de t-toets gecombineerd zijn met de resultaten van de eerder uitgevoerde ANCOVA (test I). Ook deze meta-analyse leverde voor beide diensten geen significant resultaat op ($p$ = .31 vs. $p$ = 57).

### 3.2.2 Hoofdanalyse SIT (kennis)

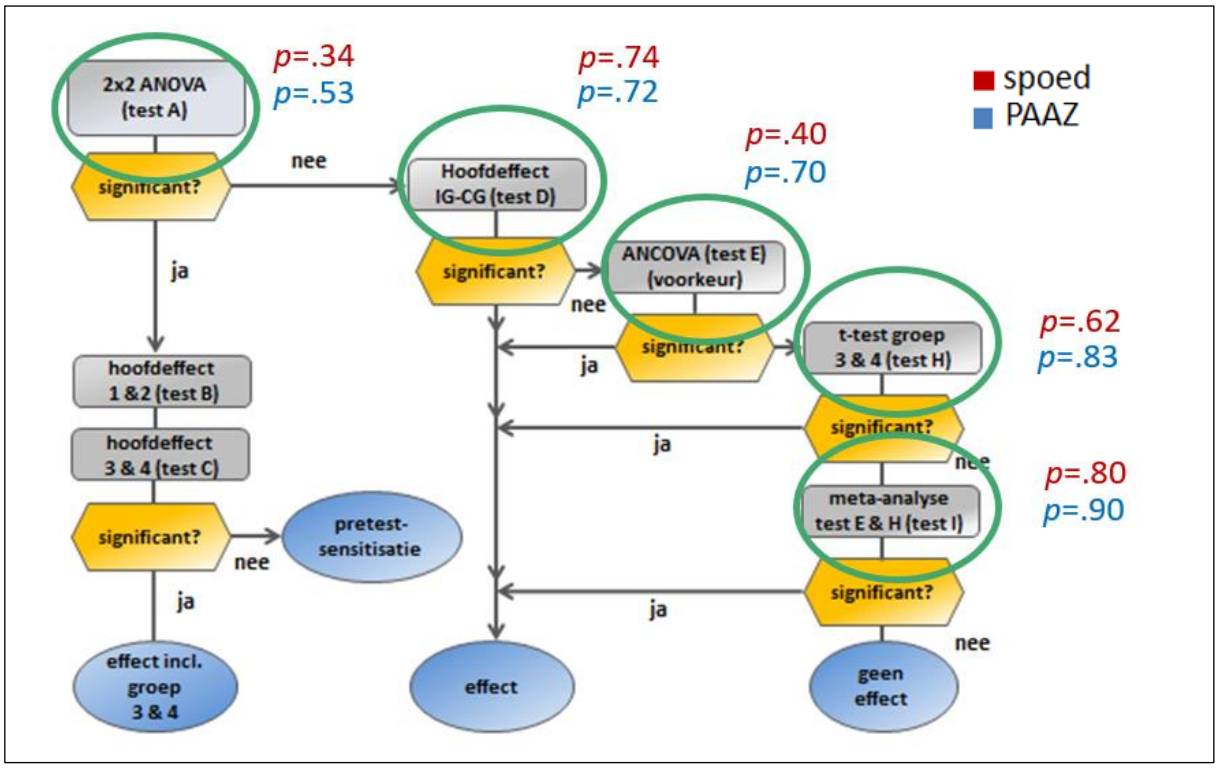
*Figuur 3.14: Flowchart SIT (kennis).*




Om te bepalen of de poster en gids effect heeft gehad op de scores van de SIT, werd test A wederom als vertrekpunt genomen. Vervolgens zijn voor beide afdelingen dezelfde stappen doorlopen als bij het analyseren van de QPR scores. Zoals in bovenstaande flowchart te zien is, werden voor beide afdelingen geen significante resultaten gevonden ($p$ > .05).

## 3.2.2 Hoofdanalyse CBQ (zelfvertrouwen)

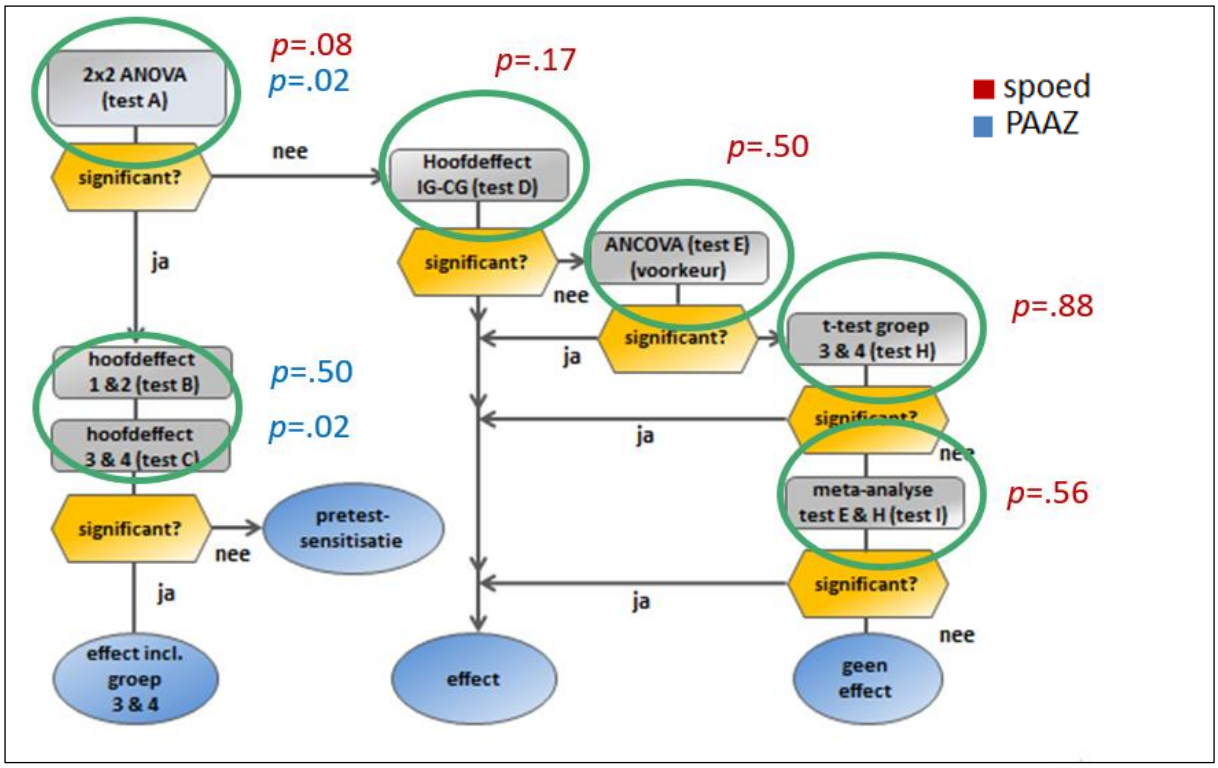
*Figuur 3.15: Flowchart CBQ (zelfvertrouwen).*




Ook bij het analyseren van de scores van de subschaal van de CBQ, zijn de stappen die doorlopen zijn in de beslisboom identiek aan de stappen die werden doorlopen voor de analyse van de scores van de QPR en de SIT (zie bovenstaande figuur). Zowel voor de spoeddienst als voor de PAAZ-afdeling leverden de uitgevoerde testen geen significante resultaten op ($p$ = > .05).

## 3.2.3 Hoofdanalyse ATTS (attitudes)

*Figuur 3.16: Flowchart ATTS (attitudes).*




Bovenstaande flowchart laat zien dat er bij het analyseren van de ATTS-scores voor de PAAZ-afdeling andere stapsgewijze beslissingen zijn genomen dan bij de analyse van de ATTS-scores voor de spoeddienst.

Hierbij konden er voor de hulpverleners die werkzaam zijn op de spoeddienst, geen significante veranderingen worden aangetoond in attitudescores ($p > .05$).

Voor de PAAZ-afdeling daarentegen, werden wel significante resultaten verkregen ten aanzien van de ATTS scores. De 2x2 ANOVA liet een significant interactie effect zien (pretest x interventie) waarbij $p = .02$. Er kon echter geen hoofdeffect worden aangetoond voor de pretestgroepen (onderzoeksgroepen 1 en 2), enkel voor de onderzoeksgroepen die géén voormeting voorgelegd hadden gekregen ($p = .02$).

# 4. CONCLUSIE

## 4.1 Interpretatie van de resultaten

Het doel van deze studie was tweeledig. In de eerste plaats werd beoogd een methodiek van deskundigheidsbevordering te ontwikkelen in de vorm van een poster en gids teneinde blijvende aandacht te vragen voor de vroegdetectie van suïcidaliteit en de opvang van suïcidale patiënten. Deze postercampagne was gericht op het informeren, sensibiliseren en motiveren van professionals die werkzaam zijn op spoeddiensten, psychiatrische spoed-interventiediensten en PAAZ-afdelingen in Vlaanderen. Daarnaast werd de effectiviteit van deze poster en begeleidende gids geëvalueerd aan de hand van de variabelen kennis, zelfvertrouwen en attitudes.

Een ruime meerderheid (65.5%) van de Vlaamse ziekenhuizen die werden gecontacteerd met het verzoek om medewerking te verlenen aan deze studie, hebben daadwerkelijk deelgenomen. Hieruit kan geconcludeerd worden dat veel ziekenhuizen, ondanks de hoge werkdruk, belang hechten aan deskundigheidsbevordering inzake suïcidepreventie.

De postercampagne heeft geen effect gehad op het kennisniveau van de personeelsleden, dit geldt zowel voor personeelsleden die werkzaam zijn op de spoeddienst, als voor de personeelsleden die werkzaam zijn op de PAAZ-afdeling (p = > .05). Hiermee kan de eerste onderzoeksvraag die ten grondslag ligt aan deze studie, negatief worden beantwoord.
Ook heeft de posteractie geen invloed gehad op het zelfvertrouwen van de personeelsleden in de mogelijkheden om met suïcidale patiënten om te gaan, ongeacht het type afdeling waar de hulpverlener werkzaam was (*p* = > .05). Hiermee kan ook de tweede onderzoeksvraag die ten grondslag ligt aan deze studie, negatief worden beantwoord.
Het verspreiden van de poster met bijbehorende gids heeft enkel op de PAAZ-afdeling bijgedragen aan de ontwikkeling van meer adaptieve attitudes omtrent het omgaan met suïcidale patiënten. Meer specifiek laten de poster en gids een significant effect zien voor de attitudes ten aanzien van 'hulpbereidheid', maar enkel wanneer er géén pretest is uitgevoerd. Uit de analyses is namelijk gebleken dat de hulpverleners op de PAAZ-afdeling die toegewezen zijn aan onderzoeksgroep 3, op de attitudes ten aanzien van hulpbereidheid significant hoger hebben gescoord dan de controlegroep (*p*=0.02). Deze bevinding lijkt in de richting te wijzen van een (gedeeltelijk) positieve beantwoording van de laatste onderzoeksvraag die ten grondslag ligt aan dit project.

Een groot aantal personeelsleden (43.8%) geeft bij baseline aan een goede kennis te hebben van suïcide. Deze positieve zelfinschatting blijkt gegrond te zijn wat betreft de kennis omtrent signalen van suïciderisico, aangezien meer dan 75% van deze stellingen bij aanvang van de studie reeds goed werden beantwoord.

Naast een hoog kennisniveau bij baseline, waren ook de attitudes van de personeelsleden van beide typen afdelingen reeds adaptief bij aanvang van de studie (M = 9.8, Min = 3, Max = 15). Een verklaring voor deze bevindingen kan gevonden worden in het feit dat de deelnemers op vrijwillige basis hebben deelgenomen aan het onderzoek, waardoor er reeds een positieve attitude bij aanvang aanwezig was. De meerderheid van de deelnemers (54.9%) hebben in de zes maanden voorafgaand aan de postercampagne tijd besteed één of andere vorm van deskundigheidsbevordering inzake suïcidepreventie. Dit geeft de interesse voor dit thema weer als mede ook de leerbehoefte om beter om te gaan met suïcidale patiënten. Tevens kan dit hebben bijgedragen aan het hoge kennisniveau bij aanvang van de posteractie.

Deze studie vormt één van de weinige onderzoeken waarbij de effectiviteit van een poster en begeleidende gids wordt geëvalueerd middels een vier-groepen Solomon design. Dit design laat toe te controleren voor een mogelijk pretest-sensitisatie effect waardoor meer valide conclusies kunnen worden verkregen. Echter, doordat bij dit onderzoeksdesign een veelvuldig aantal testen uitgevoerd dient te worden voordat er een conclusie mag worden getrokken, neemt de kans op een type I fout toe. Dat wil zeggen dat de mogelijkheid bestaat dat de nulhypothese (H0: de poster met begeleidende gids heeft effect) onterecht is verworpen. De bevinding dat de poster en gids mogelijk een positieve attitudeverandering kan bewerkstelligen bij personeelsleden die werkzaam zijn op de PAAZ-afdeling op voorwaarde dat zij geen pre-test hebben ingevuld, moet daarom met de nodige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd.

## 4.2 Beperkingen van deze studie en aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Ondanks de grote steekproefomvang, is er sprake van een relatief homogene steekproef. De vragenlijsten zijn met name ingevuld door verpleegkundigen en psychiatrisch verpleegkundigen. Verschillende beroepsgroepen, zoals artsen en psychiaters zijn hierbij ondervertegenwoordigd. Vervolgonderzoek zou zich moeten richten op het verbreden van de doelgroep evenals het includeren van moeilijk te benaderen beroepsgroepen.

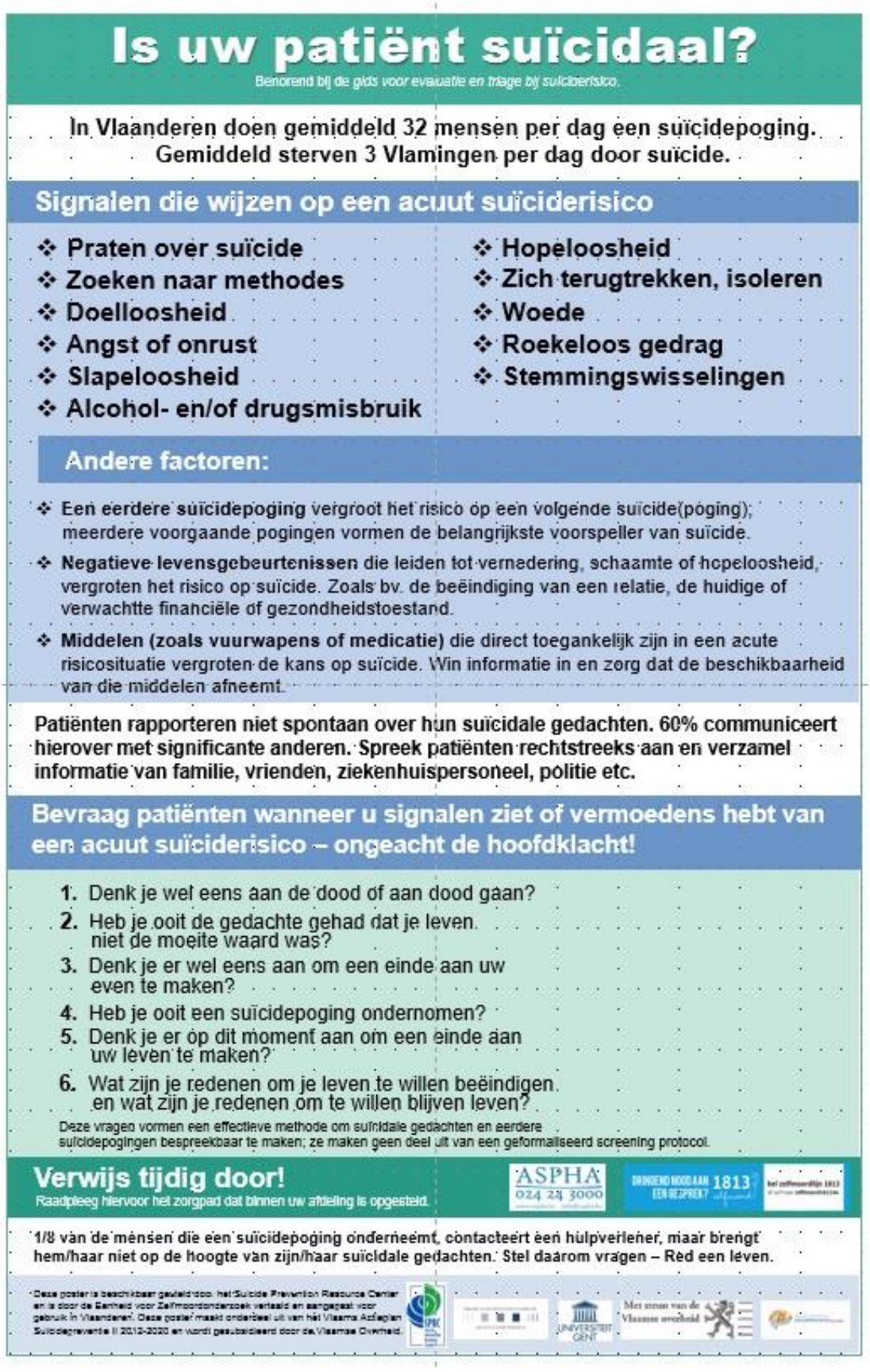
In het licht van de resultaten van dit onderzoek, blijft de vraag bestaan of deskundigheidsbevordering in de vorm van een poster en gids als op zichzelf staande actie wel voldoende is als deskundigheidsbevordering voor deze doelgroep of dat deze eerder gezien moeten worden als een vorm van sensibilisering. Volgens Morse en McDonald (2009) is een poster alleen niet voldoende voor het bewerkstelligen van gedragsverandering. Zij zijn van mening dat een poster enkel waardevol kan zijn indien deze wordt gecombineerd met andere methodieken van deskundigheidsbevordering. Hierbij is het van belang dat deze herhaaldelijk worden gepromoot door leidinggevenden en ervaren collega's. Vervolgonderzoek is aan te bevelen waarbij de effectiviteit van een poster en begeleidende gids als onderdeel van een breder scala aan methodieken van deskundigheidsbevordering moet worden geëvalueerd.

Mogelijk dat het verspreiden van een poster en gids ook kan bijdragen aan het behouden van positieve effecten op de lange termijn. Verder onderzoek is aangewezen om lange termijneffecten te evalueren.

Deze studie vormt één van de eerste onderzoeken waarbij de effectiviteit van posters als deskundigheidsbevordering voor professionals werd geëvalueerd. Bij veel posters ontbreekt het aan 'design impact'. De boodschap en de manier waarop deze wordt overgebracht, moet zorgvuldig gekozen worden zodat er een goede transfer kan plaatsvinden van theorie naar praktijk. Daarnaast worden professionals vaak overspoeld door een veelheid aan educatief materiaal waardoor zij mogelijk niet of nauwelijks sensitief zijn voor nieuwe informatie die aangeboden wordt (Corkill, 2012). Hieruit blijkt dat de locatie van de poster mede bepalend kan zijn voor de mate van effectiviteit. In deze studie werd dit aspect niet onderzocht. Bij toekomstig onderzoek is het aan te bevelen dit nader te onderzoeken.

## 5. Bijlage

*Figuur 1: Poster "Is uw patient suicidaal?" behorend bij de gids voor evaluatie en triage bij suïciderisico.*



# Is uw patiënt suïcidaal?

Behorend bij de gids voor evaluatie en triage bij suïciderisico.

**In Vlaanderen doen gemiddeld 32 mensen per dag een suïcidepoging. Gemiddeld sterven 3 Vlamingen per dag door suïcide.**

## Signalen die wijzen op een acuut suïciderisico

- Praten over suïcide
- Zoeken naar methodes
- Doelloosheid
- Angst of onrust
- Slapeloosheid
- Alcohol- en/of drugsmisbruik
- Hopeloosheid
- Zich terugtrekken, isoleren
- Woede
- Roekeloos gedrag
- Stemmingswisselingen

## Andere factoren:

- **Een eerdere suïcidepoging** vergroot het risico op een volgende suïcide(poging); meerdere voorgaande pogingen vormen de belangrijkste voorspeller van suïcide.
- **Negatieve levensgebeurtenissen** die leiden tot vernedering, schaamte of hopeloosheid, vergroten het risico op suïcide. Zoals bv. de beëindiging van een relatie, de huidige of verwachtte financiële of gezondheidstoestand.
- **Middelen (zoals vuurwapens of medicatie)** die direct toegankelijk zijn in een acute risicosituatie vergroten de kans op suïcide. Win informatie in en zorg dat de beschikbaarheid van die middelen afneemt.

**Patiënten rapporteren niet spontaan over hun suïcidale gedachten. 60% communiceert hierover met significante anderen. Spreek patiënten rechtstreeks aan en verzamel informatie van familie, vrienden, ziekenhuispersoneel, politie etc.**

## Bevraag patiënten wanneer u signalen ziet of vermoedens hebt van een acuut suïciderisico – ongeacht de hoofdklacht!

1. Denk je wel eens aan de dood of aan dood gaan?
2. Heb je ooit de gedachte gehad dat je leven niet de moeite waard was?
3. Denk je er wel eens aan om een einde aan uw even te maken?
4. Heb je ooit een suïcidepoging ondernomen?
5. Denk je er op dit moment aan om een einde aan uw leven te maken?
6. Wat zijn je redenen om je leven te willen beëindigen en wat zijn je redenen om te willen blijven leven?

Deze vragen vormen een effectieve methode om suïcidale gedachten en eerdere suïcidepogingen bespreekbaar te maken; ze maken geen deel uit van een geformaliseerd screening protocol.

## Verwijs tijdig door!

Raadpleeg hiervoor het zorgpad dat binnen uw afdeling is opgesteld.

ASPHA 024 24 3000

DRINGEND NOOD AAN EEN GESPREK? 1813

**1/8 van de mensen die een suïcidepoging onderneemt, contacteert een hulpverlener, maar brengt hem/haar niet op de hoogte van zijn/haar suïcidale gedachten. Stel daarom vragen – Red een leven.**

Deze poster is beschikbaar gesteld door het Suicide Prevention Resource Center en is door de Eenheid voor Zelfmoordonderzoek vertaald en aangepast voor gebruik in Vlaanderen. Deze poster maakt onderdeel uit van het Vlaams Actieplan Suïcidepreventie II 2012-2020 en wordt gesubsidieerd door de Vlaamse Overheid.

UNIVERSITEIT GENT

Met steun van de Vlaamse overheid

*Figuur 2: Voorzijde van de begeleidende gids voor evaluatie en triage bij suïciderisico behorend bij de poster "Is uw patiënt suïcidaal?".*

# Suïcide risico: gids voor evaluatie en triage

Behorend bij de *Is uw patiënt suïcidaal?* poster.

**In Vlaanderen doen gemiddeld 32 mensen per dag een suïcidepoging.**
**Gemiddeld sterven 3 Vlamingen per dag door suïcide.**

## Signalen van acuut suïciderisico

- **Praten over suïcide**
- **Zoeken naar methodes**
- **Doelloosheid**
- **Angst of onrust**
- **Slapeloosheid**
- **Alcohol- en/of drugsmisbruik**
- **Hopeloosheid**
- **Zich terugtrekken, isoleren**
- **Woede**
- **Roekeloos gedrag**
- **Stemmingswisselingen**

## Andere factoren:

- **Een eerdere suïcidepoging** vergroot het risico van een volgende suïcide(poging); meerdere voorgaande pogingen vormen de belangrijkste voorspeller van suïcide.
- **Negatieve levensgebeurtenissen** die leiden tot vernedering, schaamte of hopeloosheid, vergroten het risico op suïcide. Bijvoorbeeld een relatiebreuk, financiële problemen, (dreigend) ontslag op het werk en ernstige gezondheidsproblemen.
- **Middelen (zoals vuurwapens of medicatie)** die direct toegankelijk zijn in een acute risicosituatie, vergroten de kans op suïcide. Win informatie in en zorg dat de beschikbaarheid van die middelen afneemt.

**Patiënten rapporteren niet spontaan over hun suïcidale gedachten. 60% communiceert hierover met belangrijke anderen. Spreek patiënten rechtstreeks aan en verzamel informatie van familie, vrienden, ziekenhuispersoneel, politie etc.**

## Bevraag patiënten wanneer u signalen ziet of vermoedens hebt van acuut suïciderisico – ongeacht de hoofdklacht!

1. Denk je wel eens aan de dood of aan dood gaan?
2. Heb je ooit de gedachte gehad dat je leven niet de moeite waard was?
3. Denk je er wel eens aan om een einde aan je leven te maken?
4. Heb je ooit een suïcidepoging ondernomen?
5. Denk je er op dit moment aan om een einde aan je leven te maken?
6. Wat zijn je redenen om je leven te willen beëindigen en wat zijn je redenen om te willen blijven leven?

Deze vragen maken het de patiënt makkelijker om over een moeilijk onderwerp te praten.

- Patiënten die "nee" antwoorden op de eerste vraag willen mogelijk gesprekken over dood en suïcide vermijden. Stel daarom altijd vervolgvragen!
- Wanneer er sprake is van suïcidale gedachten, stel dan vragen over:
  - de frequentie, intensiteit en tijdsduur van de suïcidale gedachten;
  - de aanwezigheid van een plan en/of reeds ondernomen voorbereidende stappen;
  - de intentie (bijv. "Hoe groot is je verlangen om daadwerkelijk suïcide te plegen?")

Deze vragen vormen een effectieve methode om suïcidale gedachten en eerdere suïcidepogingen bespreekbaar te maken; ze maken geen deel uit van een geformaliseerd screening protocol.

**1/8 van de mensen die een suïcidepoging onderneemt, contacteert een hulpverlener, maar brengt hem/haar niet op de hoogte van zijn/haar suïcidale gedachten. Stel daarom vragen – Red een leven.**

*Figuur 3: Achterzijde van de begeleidende gids voor evaluatie en triage bij suïciderisico behorend bij de poster "Is uw patiënt suïcidaal?".*

## Evaluatie en triage

| | |
|---|---|
| **Een patiënt met een hoog suïciderisico:**<br>• Ondernam eerder een suïcidepoging met een bijna dodelijke afloop<br>• Heeft aanhoudend of periodiek suïcidale gedachten, met een intentie tot suïcide en/of een suïcideplan<br>• Heeft een psychose met hallucinaties<br>• Ontwikkelde recent een psychiatrische problematiek, vooral een depressie is veel voorkomend<br>• Werd recent ontslagen uit een psychiatrische afdeling<br>• Vertoonde in het verleden agressief en/of impulsief gedrag<br>• Isoleert zich van anderen | **Aanbevolen interventies:**<br>• Zorg voor een snelle evaluatie door een gekwalificeerde hulpverlener.<br>• Zorg voor permanente één-op-één observatie en/of beveiliging<br>• Tref aanvullende maatregelen om te voorkomen dat de patiënt vertrekt vooraleer de evaluatie is afgerond *(zie onder)* |
| **Een patiënt met een matig suïciderisico:**<br>• Heeft suïcidale gedachten met een zekere intentie tot suïcide en een plan, maar heeft nog geen concrete stappen ondernomen om het plan uit te voeren<br>• Heeft geen andere acute risicofactoren<br>• Heeft op dit moment een actieve therapeutische relatie met een hulpverlener | **Aanbevolen interventies:**<br>• Zorg dat de patiënt niet vertrekt vooraleer de evaluatie is afgerond *(zie onder)*<br>• Zorg voor een spoedige psychiatrische/psychologische evaluatie (wanneer patiënt nuchter is)<br>• Vraag familie of vrienden om toezicht te houden wanneer weglopen voor de patiënt onmogelijk is |
| **Een patiënt met een laag suïciderisico:**<br>• Heeft een milde of passieve vorm van suïcidale gedachten, maar geen intentie of plan<br>• Ondernam voorheen geen suïcidepoging<br>• Krijgt sociale steun | **Aanbevolen interventies:**<br>• Laat tijdens het wachten familie/vrienden toezicht houden<br>• Verzoek de patiënt op de spoed- of PAAZ-afdeling te wachten voor niet-urgente psychiatrische/psychologische evaluatie |

## Vóór ontslag

| | |
|---|---|
| **Controleer:**<br>• Of middelen (zoals vuurwapens en medicatie) buiten het bereik zijn van de patiënt<br>• Of er een contactpersoon werd aangewezen en of deze de nodige instructies heeft gekregen om signalen die wijzen op een acuut suïciderisico te observeren en te communiceren.<br>• Of een vervolgafspraak met een hulpverlener werd aanbevolen en indien mogelijk, werd vastgelegd.<br>• Of de patiënt op de hoogte is van de instanties waar hij/zij terecht kan tijdens een crisis, bijvoorbeeld de **Zelfmoordlijn 02 649 95 55**<br>• Of de patiënt de voorwaarden begrijpt die een heropname op de spoed- of PAAZ-afdeling rechtvaardigen | **Inventariseer (Indien dit mogelijk is binnen de afdeling):**<br>• De observaties die gedaan zijn<br>• De mentale toestand van de patiënt<br>• De risicotaxatie<br>• De motivering van alle beoordelingen en beslissingen betreffende de opname of het ontslag uit de instelling<br>• De interventies volgend uit de risicotaxatie<br>• Het akkoord van de patiënt om een aanbevolen behandeling te volgen en de naleving ervan<br>• De pogingen die werden ondernomen om contact te zoeken met significante anderen, nieuwe of reeds betrokken hulpverleners |

Deze gids is beschikbaar gesteld door het Suicide Prevention Resource Center en is door de Eenheid voor Zelfmoordonderzoek vertaald en aangepast voor gebruik in Vlaanderen. Deze gids maakt onderdeel uit van het Vlaams Actieplan Suïcidepreventie II 2012-2020 en wordt gesubsidieerd door de Vlaamse Overheid.

**Verwijs tijdig door!**
Raadpleeg hiervoor het zorgpad wat binnen uw afdeling is opgesteld.

ASPHA 024 24 3000

DRINGEND NOOD AAN EEN GESPREK? 1813

## 6. Referenties


Aflague, J.M., & Ferszt, G.G. (2010). Suicide assessment by psychiatric nurses: A phenomenographic study. *Issues in Mental Health Nursing, 31,* 248-256.

Aguirre, R.T.P., McCoy, M.K., & Roan, M. (2013). Development guidelines from a study of suicide prevention mobile applications (apps). *Journal of Technology in Human Services, 31,* 269-293.

Altaman, D.G., & Bland, J.M. (1999). How to use randomize. *British Medical Journal, 319,* 703-704.

Berg, J.A. (2005). Creating a professional poster presentation: Focus on nurse practitioners. *Journal of the American Academy of Nurse practitioners, 17,* 245-248.

Betz, M.E., Sullivan, A.F., Manton, A.P., Espinola, J.A., Miller, I., Camargo, C.A., … Boudreaux, E.D. (2013). Knowledge, attitudes, and practices of emergency department providers in the care of suicidal patients. *Depression and Anxiety, 30,* 1005-1012.

Braver, M.W., & Braver, S.L. (1988). Statistical treatment of the Solomon four- group design: A meta-analytic approach. *Psychological Bulletin, 104,* 150-154.

Brunero, S., Jeon, Y-H., Foster, K. (2012). Mental health education programmes for generalist health professionals: An integrative review. *International Journal of Mental Health Nursing, 21,* 428-444.

Brunero, S., Smith, J., Bates, E., & Fairbrother, G. (2008). Health professionals' attitudes towards suicide prevention initiatives. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 15,* 588-594.

Christenbery, T.L., & Latham, T.G. (2013). Creating effective scholarly posters: A guide for DNP students. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners, 25,* 16-23.

Corkill, D.R.N. (2012). Testing the effects of educational toilet posters: A novel way of reducing haemolysis of blood samples within ED. *Australasian Emergency Nursing Journal, 15,* 31-36.

Cross, W., Matthieu, M.M., Lezine, D., & Knox, K.L. (2010). Does a brief suicide prevention gatekeeper training program enhance observed skills? *Crisis, 31,* 149-159.

Currier, G.W., Litts, D., Walsh, P., Schneider, S., Richardson, T., Grant, W., … Muscati, R. (2012). Evaluation of an emergency department educational campaign for recognition of suicidal patients. *Western Journal of Emergency Medicine, 13, 41*-50.

Da Silva Cais, C.F., Da Silveira, I.U., Stefanello, S., & Botega, N.J. (2011). Suicide prevention training for professionals in the public health in a large brazilian city. *Archives of Suicide Research, 15,* 384-389.

De Beurs, D.P., De Groot, M.H., De Keijser, J., Verwey, B., Mokkenstorm, J. Twisk, J.W.R., … Kerkhof, A.J.F.M. (2013). Improving the application of a practice guideline for the assessment and treatment of suicidal behavior by training the full staff of psychiatric departments via an e-learning supported train-the-trainer program: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials, 2013, 14,* …

De Clerck, S., Vinck, J., & Vanhove, R. (2006). Project 'psychosociale evaluatie en opvang suïcidepogers in een algemeen ziekenhuis. Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap. https://doclib.uhasselt.be/dspace/bitstream/1942/998/1/eindrapport%20PEOSAZ.pdf

De Schmedt, D., Sbarigia, U., & & Annemans, L. (2011). *Kosten-effectiviteit van suïcidepreventie.* Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap. https://www.zorg-en-gezondheid.be/Beleid/Gezondheidsdoelstellingen/Gezondheidsconferentie-su%C3%AFcidepreventie/

Dumon, E., & Portzky, G. (2013). *General guidelines on suicide prevention.* Euregenas: Unit for Suicide Research, Ghent University.

Fenwick, C.D., Vassilas, C.A., Carter, H., & Haque, M.S. (2004). Training health professionals in the recognition, assessment and management of suicide risk. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice, 8,* 117-121.

Frane, J.W. (1998). A method of biased coin randomization, its implementation and validation. *Drug Information Journal, 32*, 423-432.

Ghoncheh, R., Kerkhof, A.J.F.M., & Koot, H.M. (2014). Effectiveness of adolescent suicide prevention e-learning modules that aim to improve knowledge and self-confidence of gatekeepers: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials, 15,* …

Harris, F.M., Maxwell, M., O'Connor, R.C., Coyne, J., Arensman, E., Székely, A., … Hegerl, U. (2013). Developing social capital in implementing a complex intervention: A process evaluation of the early implementation of a suicide prevention intervention in four European countries. *BMC Public Health, 13*, …

Isaac, M., Elias, B., Katz, L.Y., Belik, S. Deane, F.P., Enns, M.W., & Sareen, J. (2009). Gatekeeper training as a preventative intervention for suicide: A systematic review. *Canadian Journal of Psychiatry, 54,* 260-268.

Jacobsen, J.M., Osteen, P., Jones, A., & Berman, A. (2012). Evaluation of the recognizing and responding to suicide risk training. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 42,* 471-485.

Jiménez-Chafey, M.I., Serra-Taylor, J., & Irizarry-Robles, C.Y. (2013). University mental health professionals in Puerto Rico: Suicide experiences, attitudes, practices and intervention skills. *Journal of College Student Psychotherapy, 27,* 238-253.

Keely, B.R. (2004). Planning and creating scientific posters. *Journal of Continuing Education in Nursing, 35,* 182-185.

Knowles, M. (1973). *The adult learner: A neglected species.* Houston: Gulf Publishing.

Kodaka, M., Poštuvan, V., Inagaki, M., Yamada, M. (2010). A systematic review of scales that measure attitudes toward suicide. *International Journal of Social Psychiatry, 57,* 338-361.

Lieger, Graf, El-Maaytah, M., & Von Arx, T. (2009). Impact of educational posters on the lay knowledge of school teachers regarding emergency management of dental injuries. *Dental Traumatology, 25,* 406-412.

Mann, J.J., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A., Currier, D., Haas, A., … Hendin, H. (2005). Suicide prevention strategies. A Systematic Review. *Journal of the American Medical Association, 294,* 2064-2074.

Morse, L., & McDonald, M. (2009). Failure of a poster-based educational programme to improve compliance with peripheral venous catheter care in tertiary hospital. A clinical audit. *Journal of Hospital Infection, 72,* 221-226.

Norheim, A.B., Grimholt, T.K., & Ekeberg, Ø. (2013). Attitudes towards suicidal behaviour in outpatient clinics among mental health professionals in Oslo. *BMC Psychiatry, 13,* …

Oordt, M.S., Jobes, D.A., Fonseca, V.P., & Schmidt, S.M. (2009). Training mental health professionals to assess and manage suicidal behavior: Can provider confidence and practice behaviors be altered? *Suicide and Life-Threating Behavior, 39,* 21-32.

Otto, M.A. (2011). Suicide prevention poster improves ED recognition, management. Elsevier Global Medical News.

Palmieri, G., Forghieri, M., Ferrari, S., Pingani, L., Coppola, P., Colombini, N., … Neimeyer, R.A. (2008). Suicide intervention skills in health professionals: A multidisciplinary comparison. *Archives of Suicide Research, 12,* 232-237.

Pfaff, J.J., Acres, J.G., & McKelvey, R.S. (2001). Training general practitioners to recognise and respond to psychological distress and suicidal ideation in young people. *The Medical Journal of Australia, 174,* 222-226.

Pisani, A.R., Cross, W.F., & Gould, M.S. (2011). The assessment and management of suicide risk: state of workshop education. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 41,* 255-276.

Poland, S. (1989). *Suicide intervention in the schools.* New York: Guilford.

Portzky, G., & Van Heeringen, K. (2006). Suicide prevention in adolscents: A controlled study of the effectiveness of a school-based psycho-educational program. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 47,* 910-918.

Quinnett, P. (2006). QPR gatekeeper training for suicide prevention: The model, rationale and theory. QPR institute. http://www.qprinstitute.com/

Ritter, K., Stompe, T., Voracek, M., & Etzersdorfer, E. (2002). Suicide-risk related knowledge and attitudes of general practitioners. *Wiener Klinische Wochenschrift, 114,* 685-690.

Robinson. J., Cox, G., Malone, A., Williamson, M., Baldwin, G., Fletcher, K., O'brien, M. (2012). A systematic review of school-based interventions aimed at preventing, treating, and responding to suicide-related behavior in young people. *Crisis, 34,* 164-182.

Romijn, G., Bool, M. (2010). *Regionale aanpak van suïcidepreventie. Een kader voor opzet en voorbeelden*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Renberg, S.E., & Jacobsson, L. (2003). Development of a questionnaire on attitudes towards suicide (ATTS) and its application in a Swedish population. *Suicide and Life-Threatening behavior, 33,* 52-64.

Schmitz, W.M., Allen, M.H., Feldman, B.N., Gutin, N.J., Jahn, D.R., Kleespies, P.M., … Simpson, S. (2012). Preventing suicide through improved training in suicide risk assesment and care: an American association of suicidology task force report adressing serious gaps in US mental health training. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 42,* 292-304.

Solomon, R.L. (1949). An extension of control group design. *Psychological bulletin, 46,* 137-150.

Suresh, K.P. (2011). An overview of randomization techniques: An unbiased assessment of outcome in clinical research. *Journal of Human Reproductive Sciences, 4,* 8-11.

Timson, D., Priest, H., & Clark-Carter, D. (2012). Adolescents who self-harm: Professional staff knowledge, attitudes and training needs. *Journal of Adolescence, 35,* 1307-1314.

Tompkins, T., & Witt, J. (2009). The short-term effectiveness of a suicide prevention gatekeeper training program in a college setting with residence life advisers. *The Journal of Primary Prevention, 30,* 131-149.

Van der Feltz-Cornelis, C.M., Sarchiapone, M., Postuvan, V., Volker, D., Roskar, S., Grum, A.T., … Maxwell, M. (2011). Best practice elements of multilevel suicide prevention strategies. *Crisis, 32,* 319-333.

Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap (2012). http://www.zorg-en-gezondheid.be/uploadedFiles/NLsite_v2/Beleid/Gezondheidsdoelstellingen/Vlaams%20Actieplan%20Su%C3%AFcidepreventie%202012-2020.pdf

Walsh, E., Hooven, C., & Kroninck, B. (2013). School-wide staff and faculty training in suicide risk awareness: successes and challenges. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing, 26,* 53-61.

Ward, K., & Hawthorne, K. (1994). Do patients read health promotion posters in the waiting room? A study in one general practice. *British Journal of General Practice, 44,* 583-585.

Wyman, P.A. (2009) Randomized trial of a gatekeeper program for suicide prevention: 1-year impact on secondary school staff. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76,* 104-115.