

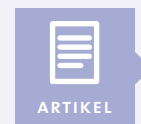
Praktijkvariatie op het gebied van suïcidepreventie in de Nederlandse ggz

K. SETKOWSKI, R. GILISSEN, G. FRANX, J.K. MOKKENSTORM†, A. VAN DEN OUWELANT, A.J.L.M. VAN BALKOM

- ACHTERGROND** Uit buitenlands onderzoek blijkt dat de mate waarin richtlijnen voor suïcidepreventie worden nageleefd in ggz-instellingen samenhangt met het aantal suïcides. Veelvoorkomende oorzaken van het niet naleven van de richtlijn zijn onvoldoende kennis van en gebrek aan vertrouwen in de richtlijnaanbevelingen.
- DOEL** Onderzoek bij professionals in 12 grote ggz-instellingen in Nederland naar de mate van kennis, competentie en naleving betreffende de richtlijn suïcidaal gedrag.
- METHODE** In 12 ggz-instellingen die deelnemen aan het netwerk SUPRANET GGZ werden professionals (n = 400) uit één crisisteam en één ambulante team uitgenodigd om een vragenlijst in te vullen over de kennis, competentie en naleving betreffende de richtlijn suïcidaal gedrag. Verschillen tussen teams en tussen instellingen werden getoetst met een multilevel lineaire regressieanalyse, gecorrigeerd voor versturende variabelen.
- RESULTATEN** Professionals gaven aan relatief veel kennis over en competentie in de toepassing van de richtlijn te hebben. Men bleek echter vaak niet op de hoogte over het gebruik van de richtlijn binnen het eigen team. Vergeleken met professionals werkzaam in crisisteams, gaven professionals in ambulante teams aan significant minder kennis van de richtlijnaanbevelingen te hebben, beoordeelden zij hun vaardigheden als minder goed en leefden zij de richtlijn minder goed na. Tussen ggz-instellingen was sprake van gerapporteerde praktijkvariatie in het naleven van de richtlijn.
- CONCLUSIE** Tussen teams en tussen instellingen is sprake van ongewenste praktijkvariatie. Professionals en instellingen kunnen van elkaar leren hoe de zorg voor patiënten met suïcidaliteit kan worden geoptimaliseerd. Zo kan de zorg meer conform richtlijnen zijn zodat patiënten mogelijk minder vaak overlijden door suïcide.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 62(2020)6, 439-447

TREFWOORDEN geestelijke gezondheidszorg, kwaliteit van zorg, richtlijn, suïcide



ARTIKEL



Van alle personen die door suïcide overlijden in Nederland (1829 suïcides in 2018) is circa 40% ingeschreven bij de geestelijke gezondheidszorg (ggz) (Huisman e.a. 2009; IG 2018; CBS 2019). Buitenlands onderzoek heeft aangetoond dat het implementeren en naleven van de aanbevelingen uit de richtlijn voor suïcidepreventie (aanwezigheid 24-uurscrisisdienst, lokaal beleid voor patiënten met meerdere diagnoses en multidisciplinaire evaluatie na een suïcide) een effectieve strategie kan zijn om het aantal suïcides binnen de ggz terug te dringen (While e.a. 2012).

In 2012 werd de Nederlandse Multidisciplinaire Richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag (verder: richtlijn suïcidaal gedrag) gepubliceerd met als doel de organisatie van suïcidepreventie in de ggz te verbeteren en de praktijkvariatie tussen ggz-instellingen te verminderen (Van Hemert e.a. 2012; Kerkhof & Van Hemert 2013). Recent onderzoek in Nederland laat zien dat deze richtlijn nog steeds wisselend wordt nageleefd: in het onderzoek van Mokkenstorm e.a. (2018) werden tussen 2015 en 2017 elk half jaar tien richtlijnaanbevelingen gemonitord bij 24

ggz-instellingen in Nederland. De ggz-instellingen verbeterden hun praktijken in deze periode slechts op vier richtlijnaanbevelingen, vooral op structuuraspecten zoals het hebben van een beleidsplan, het trainen van medewerkers en het monitoren en evalueren van suïcides. Patiëntgebonden aspecten zoals het betrekken van naasten en het systematisch signaleren en beoordelen van suïcidaliteit verbeterden niet. Verder bleek op alle aanbevelingen sprake van praktijkvariatie tussen de instellingen.

Veelvoorkomende belemmerende factoren voor het naleven van richtlijnaanbevelingen in de zorg zijn een gebrek aan kennis van de richtlijn, het niet eens zijn met de aanbevelingen en onbekendheid met het uitvoeren van de aanbevelingen in de praktijk (Grol & Grimshaw 2003; Cochrane e.a. 2007; Mokkenstorm e.a. 2018; WHO 2018). Een Nederlandse clustergerandomiseerde gecontroleerde studie toonde aan dat deze barrières kunnen worden vermindert door ggz-professionals een eendaagse suïcidepreventietraining (PITSTOP) gebaseerd op de richtlijn te laten volgen. Deze training leidde tot 1. een verhoogde kennis op het gebied van suïcide en 2. meer vertrouwen in de omgang met patiënten met suïcidaal gedrag (De Beurs e.a. 2015).

Veel ggz-professionals krijgen in de dagelijkse praktijk te maken met patiënten met suïcidaal gedrag (Van Hemert e.a. 2012). Bij een derde van de patiënten van crisisteams komt suïcidaal gedrag voor (De Winter e.a. 2017). Een andere studie vond een hoger percentage van 46% (Hoek & Braam 2017). Vanwege de sleutelrol die de spoedeisende psychiatrie vervult in het herkennen, behandelen en voorkomen van suïcidaal gedrag (van Hemert e.a. 2012; de Winter e.a. 2017), is het belangrijk dat professionals binnen dit deel van de ggz de richtlijnaanbevelingen adequaat naleven. Uiteraard dienen niet alleen crisisteams aan richtlijngebaseerde zorg te voldoen, maar binnen de gehele ggz zouden patiënten met suïcidale gedachten en/of gedrag optimale zorg moeten ontvangen.

Wij wilden onderzoeken in welke mate professionals werkzaam in 22 teams uit 12 grote ggz-instellingen binnen het SUPRANET GGZ-netwerk de aanbevelingen van de richtlijn suïcidaal gedrag kennen, in hun dagelijkse klinische praktijk (kunnen) navolgen en wat de praktijkvariatie op dit punt is. Van iedere ggz-instelling vergeleken we de antwoorden van de professionals uit één crisisteam en één ambulante team waarbij specifiek werd bekeken of de resultaten anders waren tussen teams (crisisteam of ambulante team) en of er sprake is van praktijkvariatie tussen de 12 ggz-instellingen.

METHODE

Stichting SUPRANET GGZ

In 2016 is in Nederland het Suïcide Preventie Actienetwerk

AUTEURS

KIM SETKOWSKI, promovenda, SUPRANET GGZ, 113 Zelfmoordpreventie, Amsterdam.

RENSKE GILISSEN, manager onderzoek, 113 Zelfmoordpreventie, Amsterdam.

GERDIEN FRANX, programmamanager Landelijke Agenda Suïcidepreventie en SUPRANET, 113 Zelfmoordpreventie, Amsterdam.

JAN MOKKENSTORM, psychiater, afd. Psychiatrie, Amsterdam Public Health onderzoeksinstituut (APH), VU medisch centrum en GGZ inGeest, Amsterdam, en voorzitter raad van bestuur, 113 Zelfmoordpreventie, Amsterdam.

AION VAN DEN OUWELANT, psycholoog, Mentrum in Amsterdam.

ANTON VAN BALKOM, hoogleraar en psychiater, afd. Psychiatrie, Amsterdam Public Health onderzoeksinstituut (APH), VU medisch centrum en GGZ inGeest, Amsterdam

CORRESPONDENTIEADRES

Kim Setkowski, Paasheuvelweg 25, 1105 BP Amsterdam.
E-mail: k.setkowski@113.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 18-12-2019.

(SUPRANET GGZ) opgericht (Setkowski e.a. 2018). Dit is een landelijk, lerend netwerk 'voor- en door' ggz-professionals dat streeft naar minder suïcides door een betere kwaliteit van zorg (www.supranetggz.nl). In 2017 startte het netwerk met 13 ggz-instellingen verspreid over het land. Inmiddels telt het netwerk 16 deelnemers, die in 2018 met elkaar in totaal meer dan 300.000 patiënten in zorg hadden, van wie 392 patiënten overleden door suïcide. Ggz-instellingen die bij SUPRANET GGZ zijn aangesloten, leren op basis van feedback de kwaliteit van zorg voor patiënten met suïcidaliteit te begrijpen en te verbeteren.

Onderzoekopzet en procedure

In oktober 2017 werd door 113 Zelfmoordpreventie een vragenlijst verspreid onder professionals werkzaam bij de 13 startende SUPRANET GGZ-instellingen. In totaal ontvingen 639 zorgprofessionals uit 22 teams binnen 12 ggz-instellingen een uitnodiging per e-mail. Eén van de 13 instellingen deed niet mee aan het onderzoek omdat binnen deze instelling kort daarvoor al een vergelijkbare vragenlijst was afgenomen. Van de 12 instellingen werd van elke instelling een crisisteam ($n = 12$) bereid gevonden om mee te werken aan dit onderzoek en van tien instellingen een ambulante team waar hoofdzakelijk patiënten met een depressieve stoornis werden gezien ($n = 10$; **TABEL 1**). Van de

TABEL 1 Verdeling kenmerken (in percentages) bij startmeting onder professionals afkomstig uit crisisteams en ambulante teams

| Kenmerkenverdeling | Crisisteams (n = 243) | Ambulante teams (n = 157) | Totaal (n = 400) |
|---|--------------------------|------------------------------|---------------------|
| % Werkervaring in de ggz | | | |
| < 1 jaar | 5,3 | 6,4 | 5,8 |
| 1-2 jaar | 4,1 | 3,8 | 4,0 |
| 3-5 jaar | 9,1 | 8,9 | 9,0 |
| 6-10 jaar | 14,4 | 12,1 | 13,5 |
| > 10 jaar | 67,1 | 68,8 | 67,8 |
| Gem. aantal patiënten met suïcidaliteit gesproken in laatste 4 weken (SD) | 15,45 (13,2) | 8,99 (9,25) | 12,92 (12,21) |
| % Beroepsgroep | | | |
| Verpleegkundige | 23 | 9,6 | 17,8 |
| Sociaalpsychiatrisch verpleegkundige (spv) | 30,5 | 19,7 | 26,3 |
| Maatschappelijk werker | 1,6 | 0,6 | 1,3 |
| Vaktherapeut | 0,0 | 3,8 | 1,5 |
| Verpleegkundig specialist | 2,5 | 3,8 | 3,0 |
| Basispsycholoog of orthopedagoog | 0,0 | 5,1 | 2,0 |
| GZ-psycholoog in opleiding | 0,0 | 6,4 | 2,5 |
| GZ-psycholoog | 1,6 | 14,0 | 6,5 |
| Klinisch psycholoog in opleiding | 0,4 | 4,5 | 2,0 |
| Klinisch psycholoog | 0,8 | 7,0 | 3,3 |
| Psychotherapeut | 0,0 | 1,3 | 0,5 |
| Arts (in opleiding tot psychiater) | 12,3 | 5,7 | 9,8 |
| Psychiater | 20,6 | 14,0 | 18,0 |
| Anders | 6,6 | 4,5 | 5,8 |
| % Training totaal^a | | | |
| Training: Ja, ooit een training gevolgd | 79,8 | 66,9 | 74,8 |
| Training: Nee, nooit een training gevolgd | 19,3 | 33,1 | 24,8 |
| % Training^a | | | |
| PITSTOP-training: Ja | 57,2 | 50,3 | 54,5 |
| PITSTOP-training: Nee | 42,0 | 49,7 | 45,0 |
| Overige suïcidepreventietraining: Ja | 65,0 | 47,8 | 58,3 |
| Overige suïcidepreventietraining: Nee | 34,2 | 52,2 | 41,3 |

SD: standaarddeviatie.

^a Bij 2 deelnemers ontbraken gegevens over PITSTOP-training en overige suïcidepreventietraining.

10 ambulante teams die aan het onderzoek meededen, waren er 9 werkzaam in een polikliniek (vier poliklinieken specifiek gericht op angst- en stemmingsstoornissen, twee gespecialiseerd in angst-, stemmings- en persoonlijkheidsstoornissen, twee poliklinieken depressie unipolair, één polikliniek angst- en stemmingsstoornissen, trauma en cluster B-persoonlijkheidsstoornissen). Eén team was een specialistisch FACT-wijkteam. Bij de start van het onderzoek werden eerst de geneesheren-directeuren benaderd voor toestemming. Daarna ontving

via de teamleider elke medewerker per e-mail de vragenlijst. Het invullen van de vragenlijst nam ongeveer 10 tot 15 minuten in beslag en was geheel vrijblijvend. Wekelijks en maximaal drie keer werd een herinneringsmail verstuurd als de professional de vragenlijst niet had ingevuld. Ingevulde vragenlijsten werden opgeslagen, verwerkt en bijgehouden in een afgesloten database. Dit onderzoek valt niet onder de Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen (WMO), en daarom was METC-toetsing niet nodig.

Vragenlijst

ALGEMENE GEGEVENS

Aan professionals werd gevraagd om een aantal algemene vragen te beantwoorden over de huidige beroepsgroep, werkervaring (in jaren), team (crisisteam of ambulante team), welke ggz-instelling zij werkzaam waren en in hoeverre zij bekend waren met SUPRANET GGZ (4-puntsschaal met range 'nooit van gehoord' tot 'weet precies wat het inhoudt'). Aansluitend werd aan professionals gevraagd hoeveel patiënten met suïcidale gedachten of suïcidaal gedrag zij in de laatste vier weken op het werk hadden gesproken (0-100 patiënten) en of zij in de afgelopen twee jaar hadden deelgenomen aan een suïcidepreventietraining (PITSTOP-training of overige suïcidepreventietraining). De categorie 'overige suïcidepreventietraining' vroeg uit of men ooit enige vorm van een training heeft gehad op het gebied van suïcidepreventie, naast de PITSTOP-training.

KENNIS VAN EN COMPETENTIE IN DE TOEPASSING VAN DE RICHTLIJN VAN GGZ-PROFESSIONALS

Kennis op het gebied van suïcidepreventie werd gemeten aan de hand van zeven items. Competentie in de toepassing van de richtlijn bestond uit drie items over vertrouwen in het inschatten en omgaan met suïcidaliteit. Deze items waren afkomstig uit een vragenlijst getest en gebruikt in eerdere studies (De Beurs e.a. 2015; Terpstra e.a. 2018). Professionals konden het antwoord aanduiden op een 5-puntsschaal.

NALEVING VAN DE RICHTLIJN IN DE GGZ

Het laatste deel van de vragenlijst was afkomstig uit de *Zero Suicide Monitor* (zsm), ontwikkeld door I13 Zelfmoordpreventie en GGZ inGeest (www.I13.nl/teammonitor-suicidepreventie), en bestond uit 8 items over de naleving van de richtlijn:

1. Screening van suïcidaliteit bij alle patiënten tijdens ieder behandelcontact.
2. Aanwezigheid recent veiligheidsplan bij alle patiënten met suïcidaliteit.
3. Bij patiënten met suïcidaliteit is in het dossier een recente structuurdiagnose suïcidaliteit opgenomen.
4. Suïcidaal gedrag is focus van gerichte behandeling en wordt altijd in het behandelplan opgenomen.
5. Naasten zijn betrokken of het tot stand brengen hiervan is een doel in de behandeling.
6. Warme overdracht van de ene naar de andere behandelaar wordt altijd voorafgegaan door schriftelijke en mondelinge afstemming tussen hen.
7. Er is sprake van een doorlopende behandelrelatie waarbij patiënten die worden verwezen naar een nieuwe behandelaar hun behandelrelatie met de verwijzende

behandelaar behouden totdat de nieuwe behandelaar de contacten met de patiënt heeft overgenomen.

8. Slaapzorg is een aandachtspunt in ieder gesprek bij alle patiënten met actuele suïcidaliteit (TABEL 2).

Deze acht items zijn als onderdeel van de zsm in een eerdere fase getest. Jaarlijks wordt de zsm door alle teams van GGZ inGeest ingevuld. De professionals werd gevraagd om de mate waarin de situatie van toepassing was binnen het eigen team in de afgelopen maand aan te geven op een 5-puntsschaal (1 = niet of sporadisch tot 5 = altijd). Aanvullend was er een antwoordcategorie weet niet of onbekend opgenomen.

Analyse

Aantallen en percentages werden berekend met beschrijvende statistiek. Met een multilevel lineaire regressieanalyse werden verschillen tussen teams (crisisteam en ambulante team) berekend voor de drie uitkomstmaten: kennis, competentie en naleving betreffende de richtlijn suïcidaal gedrag en meegenomen als continue variabelen (Twisk 2006). Voor de drie uitkomstmaten werden somcores berekend door de items van elke afzonderlijke schaal bij elkaar op te tellen. Bij het berekenen van de somscore van 'competentie' werd item 3 omgecoördineerd. Voor de multilevelanalyse werd gebruikgemaakt van een 3-levelstructuur: 'professionals' (level 1); 'teams' (level 2); 'ggz-instellingen' (level 3), waarbij 'teams' (crisis versus ambulante) als *fixed effects* en 'ggz-instellingen' (12 instellingen) als *random effects* in het model opgenomen werden.

Door middel van een multilevel lineaire regressieanalyse werd in het associatiemodel rekening gehouden met *confounding* (verstoringe variabelen). In dit onderzoek werd voor de volgende confounders gecorrigeerd: 1. werkervaring, 2. beroepsgroep en 3. het al dan niet gevolgd hebben van een suïcidepreventietraining.

Categoriale variabelen werden getransformeerd tot dummyvariabelen waarbij de eerste categorie als referentiecategorie werd gekozen. De referentiecategorie voor werkervaring was '< 1 jaar werkzaam in de ggz', voor beroepsgroep was 'verpleegkundige' de referentiecategorie en voor de variabele het al niet gevolgd hebben van een training werd 'ja, ooit een suïcidepreventie training gevolgd' meegenomen als referentiecategorie.

Ontbrekende waarden werden gecodeerd als 'onbekend'. Ingevulde waarden voor de antwoordcategorie 'weet niet/onbekend' bij de vragen naar naleving van de richtlijn werden gelabeld als 'onbekend' en niet meegenomen in de somcores.

Voor verschillen tussen teams werden de uitkomsten van de multilevel lineaire regressieanalyse gepresenteerd als regressiecoëfficiënten met een 95%-betrouwbaarheidsinterval (95%-BI) en een p-waarde.

TABEL 2 Gemiddelde (som)scores (SD) voor huidig kennis, vertrouwen en naleving van de richtlijn bij ggz-professionals (n = 400)

| Vragen- lijst | Item | Onderwerp | Gem. score (SD) | | | Somscore vragenlijst (laagst mogelijke – hoogst mogelijke score) |
|------------------|------|---|--------------------------|---------------------------------|---------------------|---|
| | | | Crisisteams (n = 243) | Ambulante teams (n = 157) | Totaal (n = 400) | |
| I | | Somscore huidig kennisniveau | 28,13 (2,98) | 25,84 (3,54) | 27,23 (3,39) | 7-35 |
| | 1. | Feiten over suïcidepreventie | 3,72 (0,69) | 3,36 (0,72) | 3,58 (0,72) | |
| | 2. | Signalen die wijzen op suïcidaal gedrag | 4,15 (0,47) | 3,85 (0,56) | 4,03 (0,53) | |
| | 3. | Hoe te praten over suïcidegedachten | 4,16 (0,55) | 3,90 (0,59) | 4,06 (0,58) | |
| | 4. | Motiveren hulp te accepteren | 3,98 (0,60) | 3,59 (0,70) | 3,83 (0,67) | |
| | 5. | Hoe hulp te organiseren voor een suïcidale patiënt | 4,14 (0,54) | 3,87 (0,66) | 4,04 (0,60) | |
| | 6. | Waar in de organisatie suïcidale patiënten worden opgevangen | 4,22 (0,58) | 3,90 (0,68) | 4,10 (0,64) | |
| | 7. | Feiten over suïcide | 3,75 (0,64) | 3,38 (0,70) | 3,60 (0,69) | |
| II | | Somscore vertrouwen in de omgang met patiënten met suïcidaal gedrag^a | 12,58 (1,23) | 11,94 (1,41) | 12,33 (1,34) | 3-15 |
| | 1. | Vertrouwen in de mogelijkheid suïcidegevaar goed in te schatten | 3,97 (0,49) | 3,64 (0,62) | 3,84 (0,57) | |
| | 2. | Vertrouwen in de mogelijkheid op een juiste manier met suïcidale patiënten om te gaan | 4,03 (0,50) | 3,69 (0,65) | 3,90 (0,59) | |
| | 3. | Aarzeling om te vragen of patiënt suïcidaal is | 1,42 (0,77) | 1,39 (0,58) | 1,41 (0,70) | |
| III | | Somscore naleving van de richtlijn suïcidaal gedrag^b | 27,19 (5,87) | 25,26 (5,44) | 26,44 (5,77) | 8-40 |
| | 1. | Screening | 3,74 (1,12) | 3,53 (1,17) | 3,66 (1,14) | |
| | 2. | Aanwezigheid veiligheidsplan | 3,21 (1,66) | 3,30 (1,59) | 3,24 (1,63) | |
| | 3. | Structuurdiagnose suïcidaliteit | 3,64 (1,78) | 3,76 (1,86) | 3,69 (1,81) | |
| | 4. | Suïcidaal gedrag focus van gerichte behandeling | 3,66 (1,60) | 3,49 (1,68) | 3,59 (1,63) | |
| | 5. | Betrekken van naasten | 3,82 (1,09) | 3,85 (1,30) | 3,83 (1,18) | |
| | 6. | Warme overdracht | 3,78 (1,20) | 3,65 (1,29) | 3,73 (1,24) | |
| | 7. | Doorlopende behandelrelatie | 4,29 (1,11) | 4,31 (1,05) | 4,30 (1,08) | |
| | 8. | Slaapzorg | 4,30 (1,33) | 4,01 (1,57) | 4,18 (1,43) | |

SD: standaarddeviatie.

^a Eén waarde ontbrak voor de vertrouwenschaal.

^b 182 waarden ontbraken voor de schaal naleving van de richtlijn suïcidaal gedrag.

Verschillen tussen de fixed effects van teams en beroepsgroepen werden getoetst met een waldtest, en verschillen tussen de random effects van instellingen met de likelihoodratietest op de variantie tussen instellingen.

Voor de beschrijvende statistiek werd gebruikgemaakt van SPSS 24,0 en de lineaire multilevelanalyse werd uitgevoerd in Stata 15,0. Bevindingen werden tweezijdig getoetst en als statistisch significant beschouwd bij $p < 0,05$.

RESULTATEN

Onderzoeksgroep

In totaal vulden 400 professionals de vragenlijst in (respons 63%). Van deze groep werkten 243 professionals (60,8%) in een crisisteam en de overige 157 (39,3%) professionals in een ambulante team (TABEL 1). Het merendeel van de professionals (n = 271; 67,8%) had 10 jaar of meer werkervaring binnen de ggz. Professionals werkzaam in een crisisteam gaven vaker aan dat zij patiënten met suïcidale gedachten spraken dan professionals binnen een ambulante team (TABEL 1).

Huidige kennis, competentie en naleving betreffende de richtlijn

De gemiddelde scores op de drie uitkomstmaten binnen deze studie (kennis, competentie en naleving) zijn weergegeven in TABEL 2. Uit de gemiddelde scores van deze groep ggz-professionals (n = 400), kunnen we afleiden dat er in de ogen van de deelnemende professionals sprake was van een hoog kennisniveau en ruim voldoende vertrouwen in de omgang met patiënten met suïcidaliteit, en dat men vond dat men de richtlijn redelijk goed naleefde.

Verschil in huidige kennis, competentie en naleving betreffende de richtlijn tussen teams

KENNIS EN COMPETENTIE

Uit de resultaten bleek dat crisisteams significant hoger scoorden op zowel het kennisniveau (B (95%-BI) = 2,00 (1,32-2,67); $p < 0,001$) als op de mate van vertrouwen in de omgang met patiënten met suïcidaliteit dan ambulante teams (B (95%-BI) = 0,48 (0,19-0,77); $p \leq 0,001$). Daarnaast bleek dat het kennisniveau tussen beroepsgroepen onderling van elkaar verschilde ($\chi^2 = 35,72$; $p < 0,001$). Zo scoorden psychiaters significant hoger op het kennisniveau in vergelijking met verpleegkundigen, gz-psychologen en gz-psychologen in opleiding. Voor de beroepsgroep verpleegkundig specialisten werd een significant hogere score op het gerapporteerde kennisniveau gevonden in vergelijking met verpleegkundigen.

VERSCHILLEN IN NALEVING VAN DE RICHTLIJN TUSSEN CRISISTEAMS EN AMBULANTE TEAMS

Voor het gerapporteerde naleven van de aanbevelingen uit de richtlijn suïcidaal gedrag werd een significant verschil gevonden tussen teams, waarbij crisisteams hoger scoorden op het naleven van de richtlijn suïcidaal gedrag dan ambulante teams (B (95%-BI) = 2,56 (0,95-4,17); $p = 0,002$). Het responspercentage voor de antwoordcategorie 'weet niet/onbekend' was op dit deel van de vragenlijst voor de volgende items relatief hoog: item 2 ('veiligheidsplan'; n =

77; 19,3%), item 3 ('actuele status suïcidaliteit'; n = 118; 29,5%), item 4 ('suïcidaal gedrag focus van gerichte behandeling'; n = 84; 21%) en item 8 ('slaapzorg'; n = 102; 25,5%).

VERSCHILLEN IN KENNIS, COMPETENTIE EN NALEVING BETREFFENDE DE RICHTLIJN TUSSEN GGZ-INSTELLINGEN

Er werden geen significante verschillen tussen instellingen gevonden op het kennisniveau ($\chi^2 = 0,71$; $p = 0,198$) en de ervaren competentie in de omgang met suïcidaliteit ($\chi^2 = 0,96$; $p = 0,163$). Het oordeel van de professionals op het gehele onderwerp 'naleven van de richtlijn suïcidaal gedrag' bleek tussen de verschillende ggz-instellingen echter wel significant van elkaar te verschillen ($\chi^2 = 23,50$; $p < 0,001$).

DISCUSSIE

Uit de resultaten van dit onderzoek kwam naar voren dat ggz-professionals werkzaam in zowel crisisteams als ambulante teams van zichzelf aangeven relatief veel kennis over en competentie in de toepassing van de richtlijn suïcidaal gedrag te hebben. Crisisteams scoorden echter hoger op kennis, competentie en naleving betreffende de richtlijn suïcidaal gedrag dan ambulante teams. Doordat suïcidaal gedrag relatief vaker voorkomt binnen crisisteams (De Winter e.a. 2017), is het aannemelijk dat deze professionals meer werkervaring en daardoor meer kennis van en competentie in de toepassing van de richtlijn suïcidaal gedrag hebben, vergeleken met collega's in ambulante teams. Verder bleek dat ggz-instellingen onderling significant verschilden in het naleven van de richtlijn suïcidaal gedrag, ook als we corrigeerden voor mogelijk versturende variabelen. Deze resultaten komen overeen met de literatuur (Mokkenstorm e.a. 2018).

Een opvallende bevinding uit deze studie is dat hoewel ggz-professionals van zichzelf vinden dat hun kennis over en competentie in de toepassing van de richtlijn suïcidaal gedrag goed is, veel ggz-professionals aangaven niet op de hoogte te zijn of bepaalde aanbevelingen uit de richtlijn binnen hun team werden nageleefd. Zo gaf bijna één derde van de respondenten aan niet te weten of binnen het eigen team bij alle patiënten met actuele suïcidaliteit een structuurdiagnose was geformuleerd. Eén op de vier ggz-professionals wist niet of binnen het eigen team aandacht besteed wordt aan slaapzorg bij patiënten met actuele suïcidaliteit. Deze uitkomsten geven aan dat er geen eenduidige manier van werken is. Verder roept dit de vraag op naar andere factoren dan kennis en vertrouwen die implementatie van de richtlijn in de weg staan. Uit implementatieonderzoek is bekend dat voor succesvolle, complexe veranderingen vaak organisatorische randvoorwaarden van belang zijn, zoals een elektronisch dossier dat de behandeling goed ondersteunt of een urgentiegevoel bij het management om de richtlijn optimaal te implementeren.

Hoe nu verder: implementatie van de richtlijn

Succesvolle implementatie vraagt daarmee om een brede analyse van de context zodat met gerichte interventies de implementatie van de richtlijn kan worden bevorderd. Aangezien belemmerende factoren om de richtlijn uit te voeren niet bij elke ggz-instelling of bij ieder team hetzelfde zullen zijn, lijkt een op maat gemaakt interventieplan met een pakket aan maatregelen, dat niet uitsluitend uit training bestaat, het meest passend (Grol & Grimshaw 2003; Cochrane e.a. 2007).

Nederlands onderzoek naar het effect van implementatie van richtlijnaanbevelingen heeft laten zien dat behandel-effecten groter zijn naarmate de richtlijnaanbevelingen beter worden nageleefd (Van Dijk e.a. 2015).

Inzicht in cruciale richtlijnaanbevelingen ter preventie van suïcide

SUPRANET GGZ maakt zich sinds 2016 in ons land hard voor evidence-based suïcidepreventie in de praktijk. Elk jaar worden aan de hand van benchmarkgegevens thema's uitgekozen waarvoor verbeterprojecten worden geïnitieerd. Concrete verbeteringen worden gemeten en gerelateerd aan twee centrale uitkomsten: suïcide en suïcidepoging. De bedoeling is om op termijn te onderbouwen welke richtlijnaanbevelingen in staat zijn om het aantal suïcides terug te dringen. Pas als bekend wordt welke processen impact hebben op suïcidaal gedrag kunnen instellingen de kwaliteit van zorg voor patiënten met suïcidaliteit optimaliseren. In Engeland is onderzocht welke processen dit zijn: tijdig contact na ontslag uit kliniek, gebouwveiligheid en een suïcidepreventietraining voor het personeel zijn als richtlijnaanbevelingen sterk geassocieerd met een vermindering van het aantal suïcides binnen de ggz (Kapur e.a. 2016). Bij instellingen waar minstens 7 tot en met 9 van deze zorgprocessen tegelijkertijd werden geïmplementeerd, was de grootste reductie in het aantal suïcides waar te nemen.

Een bijkomstigheid van deze kennis over de effectiviteit van suïcidepreventie in de dagelijkse praktijk is dat ongewenste praktijkvariatie, dat wil zeggen de variatie in het wel of niet naleven van de richtlijn die niet gerelateerd is aan patiëntkenmerken, maar vooral aan organisatorische en zorgprocessen, zal verminderen (Setkowski e.a. 2018). Hierdoor zullen patiënten met suïcidaliteit onafhankelijk van de instelling waar zij zich aanmelden dezelfde goede en veilige zorg ontvangen.

Beperkingen van dit onderzoek

Een beperking van deze studie is het responspercentage en de zelfrapportage waardoor een vertekening kan ontstaan van de werkelijke situatie. Daarnaast beslaat deze meting niet de gehele ggz, maar is de vragenlijst uitgezet onder 22

teams verspreid over 12 grote ggz-instellingen in Nederland die deelnemen aan SUPRANET GGZ.

CONCLUSIE

Aan de hand van dit onderzoek kunnen we concluderen dat ggz-professionals werkzaam in crisis- en ambulante depressieteams van zichzelf aangeven dat ze een ruim voldoende kennisniveau en ruim voldoende vaardigheden hebben betreffende de toepassing van de richtlijnaanbevelingen. Crisisteams scoren gemiddeld hoger dan ambulante teams, wat erop wijst dat bij ambulante teams ruimte voor verbetering ligt.

Ondanks het gevonden scoreverschil is er echter voor beide teams ruimte voor verbetering: ervan uitgaande dat medewerkers in crisisteams relatief vaak in aanraking komen met suïcidaal gedrag (De Winter e.a. 2017), zou men mogen verwachten dat in ieder geval binnen deze teams medewerkers een maximale score op kennis, competentie en naleving betreffende de richtlijn behalen. Kennis en attitude leiden blijkbaar niet op zichzelf tot zorg conform richtlijnen die eenduidig worden nageleefd. De resultaten uit deze studie pleiten voor nadere analyse van met name organisatorische barrières en oplossingen voor goede zorg.

SUPRANET GGZ biedt een platform voor ggz-instellingen om te leren hoe goede suïcidepreventie in de praktijk georganiseerd kan worden. De verwachting is dat door het delen en leren van data en best-practices, de ongewenste praktijkvariatie tussen ggz-instellingen zal afnemen. Voor een patiënt met suïcidaliteit maakt het daarmee uit bij welke instelling hij zorg ontvangt. Het heeft invloed op de overlevingskans, ervan uitgaande dat het optimaal naleven van de richtlijn suïcide kan voorkómen. Een aanbeveling om deze praktijkvariatie te verminderen is het in beeld brengen van de variatie, deze informatie te delen, en hiervan te leren en de praktijk te verbeteren waardoor patiënten van instellingen mogelijk minder vaak overlijden door suïcide.

👉 Zonder de hulp van alle medewerkers en teammanagers die hebben deelgenomen aan de meting was dit onderzoek niet mogelijk geweest. Op 8 juli 2019 overleed onze mede auteur Jan K. Mokkenstorm, psychiater, oprichter van 113 Zelfmoordpreventie en initiatiefnemer van Stichting SUPRANET GGZ. Mokkenstorm had één duidelijke missie: een land waarin niemand eenzaam of radeloos sterft door zelfmoord. Op inspirerende, doortastende, creatieve en volhardende wijze zette hij suïcidepreventie in Nederland duurzaam op de kaart. In 2018 werd hij geridderd in de Orde van de Nederlandse Leeuw. Hij promoveerde in 2019 en werd benoemd tot erelid van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.

LITERATUUR

- Beurs DP de, de Groot MH, de Keijser J, Mokkenstorm J, van Duijn E, de Winter RF, e.a. The effect of an e-learning supported train-the-trainer programme on implementation of suicide guidelines in mental health care. *J Affect Disord* 2015; 175: 446-53.
- Centraal Bureau voor de Statistiek. Minder zelfdodingen in 2018. <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2019/26/minder-zelfdodingen-in-8>; 2019.
- Cochrane LJ, Olson CA, Murray S, Dupuis M, Tooman T, Hayes S. Gaps between knowing and doing: Understanding and assessing the barriers to optimal health care. *J Contin Educ Health Prof* 2007; 27: 94-102.
- Dijk MK van, Oosterbaan DB, Verbraak MJ, Hoogendoorn AW, Penninx BW, van Balkom AJLM. Effectiveness of the implementation of guidelines for anxiety disorders in specialized mental health care. *Acta Psychiatr Scand* 2015; 132: 69-80.
- Grol R, Grimshaw J. From best evidence to best practice: Effective implementation of change in patients' care. *Lancet* 2003; 362: 1225-30.
- Hemert AM van, Kerkhof AJFM, de Keijser J, Verwey B, van Boven C, Hummelen JW, e.a. Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. Utrecht: De Tijdstroom 2012.
- Huisman A, Robben PB, Kerkhof AJFM. An examination of the dutch health care inspectorate's supervision system for suicides of mental health care users. *Psychiatr Serv* 2009; 60: 80-5.
- Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. Overzicht van het aantal suicides en suicidepogingen met ernstig letsel tot gevolg binnen de ggz-instellingen. https://www.igz.nl/onderwerpen/publieke-engeestelijke-gezondheidszorg/geestelijke_gezondheidszorg/cijfers_over_suicides_ggz/; 2018
- Kapur N, Ibrahim S, While D, Baird A, Rodway C, Hunt IM, e.a. Mental health service changes, organisational factors, and patient suicide in England in 1997-2012: A before-and-after study. *Lancet Psychiatry* 2016; 3: 526-34.
- Keizer N de, de Jonge E. National IC Evaluation (NICE): A Dutch quality control system. *J Intensive Care* 2005; 3: 62-4.
- Kerkhof AJFM, van Hemert AM. Suïcidepreventie. Richtlijnen voor tijdige en goed georganiseerde hulp. *Ned Tijdschr Geneesk* 2013; 157: A5730.
- Leersum NJ van, Sniijders HS, Henneman D, Kolfshoten NE, Gooiker GA, ten Berge MG, e.a. The Dutch surgical colorectal audit. *Eur J Surg Oncol* 2013; 39: 1063-70.
- Mokkenstorm J, Franx G, Gilissen R, Kerkhof A, Smit JH. Suicide prevention guideline implementation in specialist mental healthcare institutions in the Netherlands. *Int J Environ Res Public Health* 2018; 15.
- Setkowski K, Mokkenstorm J, van Balkom AJLM, Franx G, Verbeek-van Noord I, Dongelmans DA, e.a. Feasibility and impact of data-driven learning within the suicide prevention action network of thirteen specialist mental healthcare institutions (SUPRANET Care) in the Netherlands: A study protocol. *BMJ Open* 2018.
- Terpstra S, Beekman A, Abbing J, Jaken S, Steendam M, Gilissen R. Suicide prevention gatekeeper training in the Netherlands improves gatekeepers' knowledge of suicide prevention and their confidence to discuss suicidality, an observational study. *BMC Public Health* 2018; 18: 637.
- Twisk JWR. Applied multilevel analysis. New York: Cambridge University Press 2006.
- While D, Bickley H, Roscoe A, Windfuhr K, Rahman S, Shaw J, e.a. Implementation of mental health service recommendations in England and Wales and suicide rates, 1997-2006: A cross-sectional and before-and-after observational study. *Lancet* 2012; 379: 1005-12.
- World Health Organization. Preventing suicide: A global imperative. http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/; 2018.
- Winter RF de, de Groot MH, van Dassen M, Deen NL, de Beurs DP. Het vóórkomen van suïcidaal gedrag en suicidepogingen bij de psychiatrische crisisdienst. *Tijdschr Psychiatr* 2017; 59: 140-9.

SUMMARY

Practice variation in the field of suicide prevention in Dutch mental healthcare

K. SETKOWSKI, R. GILISSEN, G. FRANX, J.K. MOKKENSTORM†, A. VAN DEN OUWELANT, A.J.L.M. VAN BALKOM

- BACKGROUND** Previous studies found that the implementation of service guideline recommendations can significantly reduce the number of suicides in mental healthcare. Important barriers to suicide prevention guideline implementation are a lack of professionals' knowledge and competence towards the suicide prevention guideline.
- AIM** To assess professionals' knowledge of, competence in, and adherence to the suicide prevention guideline in twelve Dutch specialist mental healthcare institutions.
- METHOD** In this study, professionals working at crisis teams and outpatient care teams from each of the 12 participating mental healthcare institutions in the network of SUPRANET Care were invited to fill in a questionnaire examining professionals' knowledge of, competence in, and adherence to the suicide prevention guideline (N = 400). Results were analyzed with multilevel regression analysis and adjusted for confounding.
- RESULTS** Although professionals scored high on knowledge, competence, and adherence towards the guideline, they did not know to what extent the guideline was implemented within their own team. Outpatient care teams scored significantly lower on professionals' knowledge and reported lower levels of competence. Furthermore, we found significantly higher scores on adherence to the guideline for professionals in crisis teams compared to outpatient care teams. Healthcare professionals also reported practice variation within and across Dutch mental healthcare institutions.
- CONCLUSIONS** Practice variation within and across teams and mental healthcare institutions is undesirable. To reduce this variation, professionals and mental healthcare institutions should share best-practices and learn from each other how the quality of care for suicidal patients can be optimized.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 62(2020)6, 439-447

KEY WORDS guideline, mental healthcare, quality of care, suicide