

## Matig beleid inzake suïcidepreventie

A. J. F. M. KERKHOF

Toen ik enige tijd geleden een lezing hield in een ggz-instelling, vroeg ik aan de toehoorders om bij vingeropsteking aan te geven wie gedurende de laatste jaren enige bijscholing of training had gevolgd in suïcidepreventie. Niemand stak zijn vinger op. Toch zaten in de zaal ongeveer honderd verpleegkundigen, psychologen en psychiaters. Toen ik daarna vroeg wie de laatste jaren een training had gevolgd in brandpreventie zag ik ongeveer twintig vingers. In ggz-instellingen komen echter veel meer mensen om het leven door suïcide dan door brand: het gaat om honderden suïcides per jaar. Dat werpt enkele vragen op: Hoe staat het eigenlijk met de veiligheid voor suïcidale patiënten in de Geestelijke Gezondheidszorg? Is er wel sprake van een systematisch beleid ter preventie van suïcide? Is er sprake van voldoende professionele opleiding en bijscholing voor het vaststellen van het suïciderisico? Instellingen in de geestelijke gezondheidszorg pretenderen allemaal evidence- of consensus-based te werken. Hoe staat dat er eigenlijk voor bij suïcidepreventie? Een deel van deze vragen wordt beantwoord door het onderzoek van Verwey e.a. (2006) in dit nummer.

De belangrijkste risicogroep voor suïcide bestaat uit degenen die recent een suïcidepoging hebben ondernomen. Het ligt dus voor de hand om in ieder geval voor deze groep een duidelijk preventiebeleid te hebben: een beleid dat is gebaseerd op empirische evidentie en klinische consensus en waarbij regelmatig getoetst wordt of het ook wordt uitgevoerd. Het artikel van Verwey e.a. roept sterke twijfels op over het beleid van ggz-instellingen in deze. Slechts 12 van de 38 ggz-instellingen konden een protocol overleggen, en met die protocollen was meestal nog wat mis ook.

De resultaten van dit onderzoek zijn veront-

rustend. Voor zover er in ggz-instellingen richtlijnen zijn geformuleerd zijn zij nauwelijks gebaseerd op een systematisch literatuuronderzoek, er zitten omissies in enkele simpele criteria (organiseren van nazorg, regionale afspraken, 24 uren beschikbaarheid) en de richtlijnen worden nauwelijks getest op naleving. Verwey e.a. vermelden dat het wel zo is dat de richtlijnen in ggz-instellingen beter zijn dan de richtlijnen voor de opvang van suïcidepogers in algemene ziekenhuizen. Maar dat is toch wel het minste wat je mag verwachten. In het bijzonder de richtlijnen in algemene ziekenhuizen ten aanzien van continuïteit van zorg na ontslag (na behandeling op de afdeling spoedeisende hulp of opname) zijn er te vaak niet of worden niet nageleefd. En dat is al heel lang zo (Kerkhof e.a. 1983). De onderzoeken van Verwey e.a. suggereren dat de kwaliteit van de opvang van suïcidepogers in 2005 nog steeds onder de maat is.

Het is goed dat Verwey e.a. deze situatie voor het voetlicht hebben gebracht. Zij formuleren het nogal wetenschappelijk onderkoeld, maar hun resultaten zijn niet positief voor de ggz-instellingen. Het meest opvallend is hoe weinig men zich gelegen laat liggen aan internationale richtlijnen. Hier wreekt zich het feit dat er in Nederland nog geen multidisciplinaire richtlijnen voor suïcidepreventie zijn geformuleerd. Een aanzet daartoe wordt in het voorjaar van 2007 gepubliceerd in het *Jaarboek Psychiatrie en Psychotherapie* (Huisman e.a. in druk).

Nu geven Verwey e.a. zelf al aan dat zij uitsluitend onderzoek hebben gedaan naar schriftelijke protocollen, en dat zij dus geen onderzoek hebben gedaan naar wat men in de praktijk doet. Het een en ander wil dus nog niet zeggen dat deze patiënten niet goed zouden worden opgevangen.

Zij wijzen op vigerende mondelinge afspraken die mogelijk wel voldoen aan de criteria van goede zorg. Ik heb hier echter mijn twijfels over; en ook over andere onderdelen van het suïcidepreventiebeleid. Zo is er bijvoorbeeld ook geen consensus over de verantwoordelijkheid van de ggz-instellingen voor het terugdringen van suïcides die plaatsvinden vlak na ontslag uit een kliniek. Ondanks de beschikbare empirische evidentie van het belang van continuïteit van zorg na ontslag, en de internationale richtlijnen hieromtrent, is het in de Nederlandse praktijk nog gebruikelijk dat behandelaars daar uiteenlopende visies en afspraken over hanteren. En dat geldt ook voor het gebruik van non-suïcidecontracten. En voor de psychotherapeutische behandeling van suïcidaliteit.

Management van suïcidaliteit en de organisatie van suïcidepreventie hebben beleidsmatig nog onvoldoende prioriteit in de ggz-instellingen, dat toont dit onderzoek weer aan. Uiteraard worden in de ggz-instellingen vele suïcides voorkomen, en er worden veel inspanningen gedaan door sterk gemotiveerde individuele hulpverleners. Beleidsmatig zullen ook alle raden van bestuur wel pogingen in het werk stellen om suïcidepreventie op de agenda te krijgen binnen de organisatie. Maar nu wordt nog voornamelijk op individueel niveau aan preventie gewerkt. Een systematische integratie van de beschikbare kennis en richtlijnen zou, indien consequent toegepast, nog meer suïcides kunnen voorkomen, door systematische maatregelen te treffen die op instellingsniveau risico's kunnen verkleinen. Bij brandpreventie komt de steun en kennis vanuit de brandweer. En er is wetgeving. Daar komt de systematiek vandaan. Voor suïcidepreventie zijn de laatste jaren echter ook veel kennis en consensus beschikbaar gekomen in de vorm van richtlijnen (zie bv. de richtlijn van de American Psychiatric Association (APA) uit 2003). Het zou goed zijn als GGZ-Nederland en de verzekeraars hogere eisen stellen aan suïcidepreventie en dat de Inspectie voor de Volksgezondheid tevens aan de hand van prestatie-indicatoren intensiever toezicht houdt op het veld. Misschien brengt dat meer systematiek in het management

van suïcidaliteit en in de organisatie van suïcidepreventie.

Tip voor instellingen: kijk eens via internet bij grote particuliere gezondheidszorgaanbieders in de Verenigde Staten die er strikt op toe zien dat hun medewerkers zich houden aan de vigerende APA-richtlijn (bv. Magellan Health Services 2006), zonder te vervallen in defensieve geneeskunde.

#### LITERATUUR

- American Psychiatric Association. (2003). *Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Patients With Suicidal Behaviors*. Washington: American Psychiatric Association.
- Huisman, A., Kerkhof, A., & Robben, P. (in druk). *Richtlijnen voor de behandeling van suïcidale patiënten: een overzicht*. Jaarboek Psychiatrie en Psychotherapie. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Kerkhof, A.J.F.M., Moritz, B.J.M., Maliepaard, R.A., e.a. (1983). Het beleid in de Nederlandse ziekenhuizen t.a.v. de niet somatische aspecten van opvang, behandeling en verwijzing van suïcidepogers. *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg*, 61, 938-944.
- Magellan Health Services. (2006). *Magellan Clinical Practice Guideline for Assessing and Managing the Suicidal Patient*. ([www.magellanprovider.com/providing\\_care/clinical\\_guidelines/clin\\_prac\\_guidelines/](http://www.magellanprovider.com/providing_care/clinical_guidelines/clin_prac_guidelines/))
- Verwey, B., van Waarde, J.A., van Rooij, I.A.L.M., e.a. (2006). Richtlijnen voor de opvang van suïcidepogers in Nederlandse ggz-instellingen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 49, 157-165.

#### AUTEUR

A. J. F. M. KERKHOF is hoogleraar klinische psychologie, psychopathologie en suïcidepreventie aan de Vrije Universiteit. Correspondentieadres: prof. dr. Ad Kerkhof, Department of Clinical Psychology, Vrije Universiteit, Van der Boechorststraat 1, 1081 BT Amsterdam. Tel. (020) 5988777. E-mail: ajfm.kerkhof@psy.vu.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 28-12-2006.