

Continuïteit van zorg na inbewaringstelling met suïcidedreiging

S.C. DE VRIES, A.I. WIERDSMA, C.L. MULDER

SAMENVATTING Naar aanleiding van recente artikelen over zorgrichtlijnen bij suïcidale patiënten werd in dit onderzoek gekeken naar kenmerken van nazorg bij patiënten die met suïcidegevaar gedwongen zijn opgenomen. Een kwart van de patiënten ontving geen nazorg. Overige patiënten hadden meestal binnen 2 weken een nazorgcontact, na 9 maanden was de helft nog in zorg. Follow-upstudies zijn nodig om te onderzoeken of het ontbreken van nazorg tot problemen leidt bij deze patiëntengroep.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 50(2008)8, 533-538]

TREFWOORDEN nazorg, psychiatrisch casusregister, suïcide

In Nederland komen elk jaar ongeveer 1500 mensen door suïcide te overlijden (CBS 2000). Bij suïcidegevaar is er vaak een psychiatrische stoornis zoals depressie of schizofrenie (Rihmer 1996). Daarnaast kunnen ook diverse sociaaleconomische factoren een rol spelen; deze factoren hangen echter ook vaak samen met een psychiatrische aandoening (Mortensen e.a. 2000). Adequate interventie en zorg voor suïcidale psychiatrische patiënten zouden kunnen bijdragen tot vermindering van het aantal suïcides en pogingen daartoe (Mortensen e.a. 2000).

De kans op suïcide bij opgenomen psychiatrische patiënten is het hoogst bij korte opnameduur (Qin & Nordentoft 2005) en bij afname in zorgintensiteit, zoals bij ontslag uit de kliniek (Appleby e.a. 1999). Het hoogste aantal suïcides wordt gerapporteerd kort na ontslag (Meehan e.a. 2006), maar ook op langere termijn na ontslag is de kans op suïcide verhoogd (Mortensen e.a. 2000). Een intensieve vorm van nazorg die nauw aansluit op de opname zou de kans op suïcide kunnen verkleinen (Meehan e.a. 2006). Wanneer instellingen schriftelijk contact onderhielden met patiënten die zorg

na ontslag weigerden, nam het aantal suïcides af (Motto & Bostrom 2001).

In navolging van initiatieven van de WHO om het suïcidecijfer wereldwijd terug te brengen met het programma Suicide Prevention (SUPRE) hebben de Ivonne van de Ven Stichting en de Depressie Stichting (2003) een actieplan ontwikkeld om ook in Nederland het aantal suïcidepogingen en geslaagde suïcides te verminderen. Hierin wordt gewezen op het belang van zorgcontinuïteit en van een betere afstemming van klinische op ambulante zorg. Ondanks de recente aandacht voor het suïcideprobleem is het huidige beleid voor suïcidepreventie nog onvoldoende en blijken ook de ggz-instellingen in Nederland er geen prioriteit van te maken (Huisman & Kerkhof 2008; Kerkhof 2007). Slechts één derde van de instellingen heeft een richtlijn hoe met suïcidepogers om te gaan (Verwey e.a. 2007), waarin onder andere staat dat nazorg georganiseerd moet worden en dat hierover regionale afspraken met instanties nodig zijn. Hoewel de inhoud van deze richtlijnen voldoende lijkt, is het niet bekend hoe ze in de praktijk worden nageleefd.

Wij onderzochten tot 2 jaar na opname het zorggebruik van patiënten die met suïcidegevaar zijn opgenomen krachtens een inbewaringstelling (IBS). Men zou verwachten dat nazorg nauw zou aansluiten op opname en langdurig en intensief zou zijn. Verder onderzochten wij de samenhang tussen klinische en demografische patiëntkenmerken en de mate van nazorg.

METHODE

Patiënten Uit de IBS-registratie van de GGD Rotterdam-Rijnmond werden patiënten geselecteerd die in de periode 1996-2002 werden opgenomen in een Rotterdamse ggz-instelling met een IBS met suïcidedreiging als één van de gevaarscriteria. Alleen patiënten in de leeftijd van 18-64 jaar en woonachtig in de regio Rotterdam-Rijnmond werden geselecteerd. Bij patiënten die in deze periode vaker met een IBS opgenomen waren geweest ($n = 33$), werd hier uitgegaan van de recentste IBS. In de IBS-registratie zijn naast persoonsgegevens ook de primaire en secundaire diagnoses en de gevaarscriteria uit de geneeskundige verklaring opgenomen.

Maten van zorggebruik Door koppeling met het Psychiatrisch Casusregister Rijnmond werden van de geselecteerde patiënten de zorgcontacten verzameld, vanaf 1 jaar vóór tot 2 jaar na de IBS-datum. Het einde van de opname werd gedefinieerd als de laatste dag van een aaneensluitende reeks van opnamedagen waarna er minimaal 3 achtereenvolgende dagen geen klinische zorgdag was geregistreerd. De tijd tot het eerste nazorgcontact werd bepaald voor patiënten die korter dan 21 maanden waren opgenomen. Deze tijd werd verdeeld in de categorieën 'snelle nazorg' (binnen 2 weken), 'late nazorg' (na 2 weken tot 3 maanden) en 'geen nazorg' (eerste contact later dan 3 maanden of geen contact). De intensiteit van de nazorg werd bepaald voor patiënten die in de eerste 3 maanden na ontslag alleen ambulante zorg ontvingen, door het aantal zorgcontacten gedurende deze periode op te tellen. De duur van de nazorg werd gedefinieerd als de periode tussen de ontslagdatum en het laatste contact, met een maximaal interval tussen contacten van 3 maanden. Deze nazorgduur werd onderzocht bij patiënten met een opnameduur van minder dan een jaar en het eerste nazorgcontact binnen 3 maanden na ontslag.

TABEL 1 Kenmerken* van patiënten met een inbewaringstelling wegens suïcidedreiging, 1996-2002

Geslacht ($n = 452$)	
Man	55
Vrouw	45
Leeftijd in jaren ($n = 452$)	35,6 (SD 11,1)
Geboorteland ($n = 387$)**	
Nederland	79
Suriname	5
Nederlandse Antillen	3
Marokko	2
Turkije	4
Overig	8
Belangrijkste diagnose ($n = 448$)	
Schizofrenie/psychotische stoornis	52
Stemmingsstoornis, manische/gemengde episode	14
Stemmingsstoornis, depressieve episode	8
Persoonlijkheidsstoornis	8
Stoornis i.v.m. middelengebruik	7
Overig	11
Belangrijkste gevaarscriterium ($n = 452$)	
Suïcide	73
Iemand anders letsel toebrengen	17
Overig	10
Psychiatrische voorgeschiedenis ($n = 452$)	
Geen	27
Ambulant	34
Klinisch	39

*Waarden in procenten, tenzij anders aangegeven.

**Door ontbrekende waarden komt deze categorie op een lager aantal.

Analyse Met χ^2 -toetsen werd de samenhang onderzocht tussen tijd tot nazorg en patiëntkenmerken. Verschillen in opnameduur en intensiteit van nazorg tussen verschillende patiëntgroepen werden getoetst met variantieanalyse (ANOVA). Multiële coxregressieanalyse werd gebruikt om de samenhang te onderzoeken tussen patiëntkenmerken en zorguitval. Analyses werden uitgevoerd met SPSS 11.5.

RESULTATEN

Patiënten en opnameduur In totaal werden in de onderzoeksperiode 452 patiënten met een IBS opgenomen in verband met suïcidaleiteit. De meest voorkomende diagnoses waren schizofrenie, psychotische stoornissen en stemmingsstoornissen (tabel 1). Van de patiënten had 12% een stoornis in verband met middelengebruik als secundaire diagnose, voornamelijk in combinatie met schizofrenie, waanstoornissen en per-

soonlijkeitsstoornissen. Bijna drie kwart van de patiënten was bekend in de ggz.

De gemiddelde opnameduur was 80 dagen, 8 patiënten waren langer dan 21 maanden opgenomen. Patiënten met een opname in de voorgeschiedenis waren langer opgenomen dan nieuwe patiënten ($\eta^2 = 0,034$; $p < 0,001$), evenals patiënten met als belangrijkste diagnose schizofrenie/psychotische stoornis ($\eta^2 = 0,025$; $p = 0,001$).

Tijd tot eerste nazorgcontact Een kwart van de patiënten ontving geen nazorg. Dit kwam het vaakst voor bij jonge patiënten, patiënten zonder psychiatrische voorgeschiedenis en patiënten met korte opnameduur (tabel 2). De overige patiënten hadden meestal binnen 2 weken een ambulante vervolgcontact, gemiddeld was de duur tot dit vervolgcontact voor deze patiënten 12 dagen. Er werden 59 patiënten na ontslag binnen 3 maanden heropgenomen, van wie 80% binnen 2 weken, zonder ambulante zorg tussen de opnames.

TABEL 2 Samenhang van tijd tot nazorg met patiëntkenmerken van patiënten met een inbewaringstelling met suïcidale dreiging in de periode 1996-2002

	Tijd tot eerste nazorgcontact			significantie*
	< 14 dagen	14 dagen-3 maanden	> 3 maanden/geen nazorg	
Geslacht				
Man	138 (54%)	48 (62%)	59 (52%)	$\chi^2(2) = 2,07$
Vrouw	116 (46%)	29 (38%)	54 (48%)	$p = 0,355$
Leeftijd				
< 35 jaar	126 (50%)	30 (39%)	67 (59%)	$\chi^2(2) = 7,66$
≥ 35 jaar	128 (50%)	47 (61%)	46 (41%)	$p = 0,022$
Geboorteland				
Nederland	177 (79%)	51 (76%)	71 (77%)	$\chi^2(2) = 0,310$
Buiten Nederland	47 (21%)	16 (24%)	21 (23%)	$p = 0,857$
Psychiatrische voorgeschiedenis				
Geen	53 (21%)	16 (21%)	53 (47%)	$\chi^2(4) = 29,72$
Ambulant	94 (37%)	32 (42%)	26 (23%)	$p < 0,001$
Klinisch	107 (42%)	29 (38%)	34 (30%)	
Diagnose				
Schizofrenie/psychotische stoornis	154 (61%)	37 (48%)	55 (49%)	$\chi^2(2) = 6,56$
Overige stoornis	100 (39%)	40 (52%)	58 (51%)	$p = 0,038$
Duur opname				
< 3 weken	73 (29%)	27 (35%)	57 (50%)	$\chi^2(4) = 17,88$
3 weken-3 maanden	119 (47%)	36 (47%)	33 (29%)	$p = 0,001$
> 3 maanden	62 (24%)	14 (18%)	23 (20%)	

* χ^2 -toets; tweezijdig getoetst; $p < 0,05$; significante waarden zijn cursief gedrukt.

Intensiteit van ambulante nazorg Patiënten die in de eerste 3 maanden alleen ambulante nazorg ontvingen ($n = 229$), hadden gemiddeld 11 zorgcontacten in deze periode; 30% had gemiddeld minder dan 1 contact per maand. Er waren geen factoren die samenhangen met de intensiteit van nazorg.

Duur van nazorg In figuur 1 is de afname in de tijd te zien van het deel patiënten dat nazorg (inclusief eventuele heropname) kreeg ($n = 324$). Na 3 maanden was ongeveer 80% nog in zorg, na 9 maanden was dit gedaald tot ongeveer 50%. Vrouwen bleven langer in zorg dan mannen ($\text{Exp}(B) = 1,4$; $p = 0,049$), evenals patiënten met een langere opnameduur ($\text{Exp}(B) = 0,99$; $p = 0,016$). Patiënten met een ambulante ($\text{Exp}(B) = 0,63$; $p = 0,020$) of een klinische voorgeschiedenis ($\text{Exp}(B) = 0,52$; $p = 0,001$) bleven langer in zorg dan nieuwe patiënten.

DISCUSSIE

In dit onderzoek keken wij naar aansluiting, duur en intensiteit van nazorg van patiënten die in verband met suïcidedreiging een IBS hebben gekregen. Eén op de vier patiënten krijgt geen

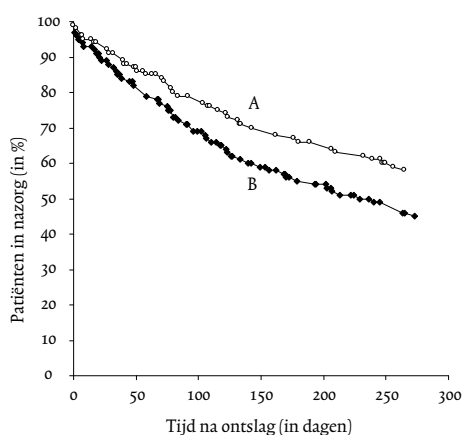
nazorg. Dit zijn voornamelijk jongere patiënten en patiënten die minder uitgebreid bekend zijn bij de ggz. Wanneer er wel nazorg is, volgt deze meestal binnen 2 weken. Een uitgebreide zorggeschiedenis hangt samen met een snelle aansluiting van nazorg op opname en met langere duur van deze zorg.

Het feit dat patiënten die geen nazorg krijgen vaker ook geen psychiatrische voorgeschiedenis hebben, zou erop kunnen wijzen dat de suïcidedreiging bij deze groep patiënten een eenmalig incident is geweest waarvan wordt ingeschat dat dit zich niet snel zal herhalen. Andere redenen waarom deze groep uit zorg raakt na opname kunnen zijn dat de zorg door een andere instantie (bijvoorbeeld huisarts of maatschappelijk werk) is overgenomen, of dat deze patiënten elke vorm van (vrijwillige) zorg vermijden of zelfs dat sommigen zich hebben gesuïcideerd. Het ontbreken van gegevens over de redenen van zorguitval, evenals het ontbreken van uitkomstmaten bij deze patiënten, is een beperking van deze studie. De incidentie van suïcide is echter zo laag dat zorguitval om deze reden klein zal zijn (Geddes 1999).

Omdat bekend is dat na ontslag de kans op suïcide ernstig is verhoogd, zou, voordat een patiënt met ontslag gaat, de nazorg geregeld moeten zijn om continuïteit van zorg te waarborgen. Wegens het sterk verhoogde suïciderisico kort na ontslag zou de tijd tot het eerste nazorgcontact zo kort mogelijk moeten zijn, tot maximaal een week na ontslag. Wanneer een patiënt niet op een vervolgspraak verschijnt, zouden ggz-instellingen actief contact kunnen zoeken met de betreffende patiënt. Indien nodig kan een snelle heropname de kans op suïcide verder terugdringen (King e.a. 2001).

Longitudinaal onderzoek waarbij patiënten met een suïciderisico gevolgd worden, zou meer duidelijkheid kunnen geven over redenen waarom deze patiënten uit de zorg verdwijnen. Dit soort onderzoek kan bijdragen aan het ontwikkelen van interventies met als doel de kans op suïcide te verlagen.

FIGUUR 1 Patiënten in nazorg tot 9 maanden na ontslag volgend op een suïcidegerelateerde inbewaringstelling (cumulatieve survivalcurve); A = vrouwen; B = mannen



LITERATUUR

- Appleby, L., Dennehy, J.A., Thomas, C.S., e.a. (1999). Aftercare and clinical characteristics of people with mental illness who commit suicide: a case-control study. *The Lancet*, 353, 1397-1400.
- Geddes, J.R. (1999). Suicide and homicide in mentally ill patients. *BMJ*, 318, 1225-1226.
- Hoogenboezem, J., & van den Berg, W. (2000). CBS, Maandstatistiek bevolking. <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/gezondheid-welzijn/publicaties/artikelen/archief/2000/2000-0435-wm.htm>
- Huisman, A., & Kerkhof, A.J.F.M. (2008). Preventie van suïcide na ontslag uit klinische opname: een inventarisatie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 50, 197-203.
- Ivonne van de Ven Stichting en de Depressie Stichting (2003). Kaderdocument nationaal actieplan suïcidepreventie. Amsterdam: Ivonne van de Ven Stichting; Eindhoven: Depressie Stichting. <http://www.ivonnevandevenstichting.nl/pdf/Kader%20NASP.pdf>
- Kerkhof, A.J.F.M. (2007). Matig beleid inzake suïcidepreventie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 49, 167-168.
- King, E.A., Baldwin, D.S., Sinclair, J.M.A., e.a. (2001). The Wessex recent in-patient suicide study, I. Case-control study of 234 recently discharged psychiatric patient suicides. *The British Journal of Psychiatry*, 178, 531-536.
- Meehan, J., Kapur, N., Hunt, I.M., e.a. (2006). Suicide in mental health in-patients and within 3 months of discharge. *The British Journal of Psychiatry*, 188, 129-134.
- Mortensen, P.B., Agerbo, E., Erikson, T., e.a. (2000). Psychiatric illness and risk factors for suicide in Denmark. *The Lancet*, 355, 9-12.
- Motto, J.A., & Bostrom, A.G. (2001). A randomized controlled trial of postcrisis suicide prevention. *Psychiatric Services*, 52, 828-833.
- Qin, P., & Nordentoft, M. (2005). Suicide risk in relation to psychiatric hospitalization: evidence based on longitudinal registers. *Archives of General Psychiatry*, 62, 427-432.
- Rihmer, Z. (1996). Strategies of suicide prevention: Focus on health care. *Journal of affective disorders*, 39, 83-91.
- Verwey, B., van Waarde, J.A., van Rooij, I.A.L.M., e.a. (2007). Richtlijnen voor de opvang van suïcidepogers in Nederlandse ggz-instellingen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 49, 157-165.
- WHO (2007). SUPRE prevention of suicidal behaviours, a task for all. <http://www.who.int/mental-health/prevention/suicide/information/en/index.html>

AUTEURS

S.C. DE VRIES is psycholoog en werkzaam bij de afdeling Psychiatrie van het Erasmus MC voor het O3 Onderzoekcentrum GGZ Rijnmond.

A.I. WIERDSMA is socioloog en werkzaam bij de afdeling Psychiatrie van het Erasmus MC voor het O3 Onderzoekcentrum GGZ Rijnmond.

C.L. MULDER is psychiater en bijzonder hoogleraar Openbare Geestelijke Gezondheidszorg en programmaleider van het O3 Onderzoekcentrum GGZ Rijnmond, Erasmus MC, en werkzaam bij de GGD Rotterdam-Rijnmond en bij BavoEuroport. Correspondentieadres: S.C. de Vries, O3 Onderzoekcentrum GGZ, Erasmus MC, Afdeling Psychiatrie, Postbus 2040, 3000 CA Rotterdam.

E-mail: s.c.devries@erasmusmc.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 14-1-2008.

SUMMARY

Continuity of care following suicide-related compulsory admission – S.C. de Vries, A.I. Wierdsma, C.L. Mulder –

In connection with recent articles about guidelines for dealing with persons attempting suicide, we investigated the quality and continuity of aftercare provided for patients admitted to a mental institution because they have attempted to commit suicide. 25% of patients received no aftercare at all. For most of the others aftercare began within two weeks; 50% of these patients were still receiving care nine months later. Follow-up studies are needed so that we can find out whether the absence of aftercare can cause problems for patients admitted to an institution because they have threatened to commit suicide.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 50(2008)8, 533-538]

KEY WORDS aftercare, psychiatric case register, suicide