

Preventie van suïcide na ontslag uit klinische opname: een inventarisatie

A. HUISMAN, A. J. F. M. KERKHOF

ACHTERGROND Uit onderzoek is bekend dat de eerste tijd na ontslag uit klinische opname in een psychiatrische instelling een risicoperiode is voor suïcide. Er is echter nog weinig onderzoek gedaan naar de preventieve activiteiten die ggz-instellingen ondernemen om dit risico te verminderen.

DOEL Inventariseren van wat momenteel in de ggz wordt gedaan om het risico op suïcide na ontslag uit een kliniek terug te dringen.

METHODE Aan 15 hulpverleners van 10 locaties van ggz-instellingen in Noord-Holland werd middels interviews gevraagd informatie te geven over hun beleid omtrent de preventie van suïcide na ontslag uit opname.

RESULTATEN Eén van de onderzochte locaties hanteerde een standaardbeleid voor de preventie van suïcides na ontslag uit psychiatrische opname. Verder hanteerden 4 locaties een informeel beleid en 5 een ad-hocbeleid. Er bleken grote verschillen te bestaan in de visies van behandelaren op suïcidepreventie en op de verantwoordelijkheid van ggz-instellingen voor suïcidepreventie in de periode na ontslag.

CONCLUSIE Slechts de helft van de instellingen hanteert een preventiebeleid voor suïcidepreventie na ontslag. Er zijn nog preventiemogelijkheden die onbenut worden gelaten.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 50(2008)4, 197-203]

TREFWOORDEN continuïteit van zorg, ggz, periode na ontslag, suïcidepreventie

In de eerste maanden na ontslag uit een psychiatrische opname is er een verhoogd risico op suïcide (Appleby e.a. 2001; Brunenberg & Bijl 1996; Ho 2003; King e.a. 2001). Ongeveer 27% van alle suïcides binnen de ggz vindt plaats binnen een jaar na ontslag (Appleby e.a. 2001). Bij depressieve patiënten is er een verhoogd risico in de eerste één à twee jaren na ontslag uit een psychiatrische opname (Oquendo e.a. 2002).

Na ontslag komen niet alleen meer suïcides voor. Van de suïcidepogers die behandeld worden in algemene ziekenhuizen blijkt dat 20-35% korte tijd daarvoor in psychiatrische ziekenhuizen opgenomen was (Arensman e.a. 1994).

Mogelijke verklaringen voor het verhoogde risico op suïcidaliteit na ontslag zijn onvoldoende herstel, een groter ziekte-inzicht, confrontatie met de stressvolle omstandigheden van voor de opname, een verhoogde kwetsbaarheid door het wegvallen van intensieve zorg en een grotere beschikbaarheid van middelen (Appleby 2000).

Er zijn aanwijzingen dat continuïteit van zorg het suïciderisico na ontslag vermindert. Zo werd in retrospectief onderzoek (King e.a. 2001) gevonden dat continue zorg na ontslag uit het psychiatrisch ziekenhuis, zoals de mogelijkheid tot snelle heropname, gepaard ging met een verlaagd risico op suïcide. Ook uit een prospectieve

gerandomiseerde klinische trial kwam naar voren dat systematisch contact met ex-patiënten die verhoogd risico lopen suïcide te plegen (vanwege depressie of suïcidaliteit) en zorg weigeren, voor minstens twee jaar een preventieve werking uitoefent (Motto & Bostrom 2001). Recent onderzoek bij patiënten die waren opgenomen in een crisiscentrum vanwege een suïcidepoging wees uit dat patiënten met wie een maand na ontslag contact werd opgenomen, statistisch significant minder vaak opnieuw een suïcidepoging deden na ontslag (Vaiva e.a. 2007).

Suïcidepreventie zou zich dus op de periode na ontslag uit opname moeten concentreren. Verschillende richtlijnen voor de behandeling van suïcidale patiënten benadrukken het belang van continuïteit van zorg (American Association of Suicidology 2005; American Psychiatric Association 2003; Huisman e.a. 2007; International Association for Suicide Prevention 2000). In deze richtlijnen wordt aanbevolen het suïciderisico voorafgaand aan ontslag opnieuw te taxeren en zowel de patiënt als zijn of haar familie psychoeducatie te geven over suïcidaliteit (zoals het leren identificeren van omstandigheden die suïcidaliteit teweeg kunnen brengen; uitleg over het verloop van het herstelproces; mogelijkheid van terugval; een open gesprek over suïcidaliteit). Ook moeten de patiënt en diens familie goed op de hoogte zijn van de bereikbaarheid van de hulpverlening in het geval van een crisis.

Op basis van resultaten uit nationaal onderzoek in het Verenigd Koninkrijk en Noord-Ierland werd aanbevolen dat patiënten met een verhoogd suïciderisico, binnen 48 uur na ontslag uit klinische opname gezien moeten worden door de ambulante hulpverleners (Appleby e.a. 1999). Alle patiënten moeten binnen een week na ontslag een vervolgspraak krijgen, inclusief degenen die tegen advies met ontslag zijn gegaan. Tevens wordt aanbevolen dat de klinisch en de ambulante psychiater gezamenlijk een behandelbeleid na ontslag opstellen en samen het suïciderisico inschatten.

Er zijn geen gegevens bekend over de doel-

stelling van ggz-instellingen in Nederland in de dagelijkse behandelpraktijk waar het gaat om preventie van suïcidaal gedrag na ontslag uit klinische opname.

Wij verrichtten een onderzoek om te inventariseren wat momenteel in (een deel van) Nederland wordt geprobeerd om het risico op suïcide in deze periode terug te dringen. De vraagstelling was: 'hanteren psychiatrische ziekenhuizen een beleid om patiënten te behoeden voor suïcide na ontslag uit een klinische opname?' En in het verlengde hiervan: 'Wat zien hulpverleners van psychiatrische ziekenhuizen zelf als mogelijkheden en onmogelijkheden in het preventiebeleid van suïcide na ontslag'.

METHODE

Opzet Gekozen werd voor een studie waarbij relevante informanten uit ggz-instellingen in persoonlijke interviews gevraagd werd naar de werkwijze van hun instelling wat betreft suïcidepreventie na ontslag uit de kliniek en naar hun ideeën over de mogelijkheden tot suïcidepreventie in deze periode. Het onderzoek beperkte zich tot de provincie Noord-Holland omdat op voorhand geen redenen aanwezig waren om te veronderstellen dat in andere provincies het beleid wezenlijk anders zou zijn.

Deelnemers Van de 6 in aanmerking komende ggz-instellingen werkten er 4 mee aan dit onderzoek. Eén ggz-instelling wilde niet meewerken zonder opgave van reden, in een tweede instelling vond men suïcidepreventie dermate individueel bepaald dat een suïcidepreventiebeleid voor de periode na ontslag onmogelijk werd geacht. Uit de 4 meewerkende instellingen werden in totaal 15 hulpverleners geïnterviewd die werkzaam waren in totaal 10 behandellocaties.

De groep informanten bestond uit 12 psychiaters (van wie 3 beleidspsychiaters), 1 klinisch psycholoog, 1 arts en 1 verpleegkundige. Zij waren werkzaam op verschillende locaties, zoals klinische opnameafdelingen, een locatie voor langdu-

rige intensieve zorg, een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis (PAAZ), een ouderenkliniek, een afdeling voor crisisopname en een afdeling voor ambulante zorg.

Beleidscategorieën Per locatie werd bepaald in welke van de volgende drie categorieën het beleid paste: een formeel beleid, een informeel beleid of een ad-hocbeleid.

Onder een formeel beleid werd verstaan: een beleid voor suïcidepreventie na ontslag van een patiënt dat schriftelijk is vastgelegd en bekend is bij en wordt onderschreven door alle hulpverleners van de locatie of de ggz-instelling. Onder een informeel beleid werd verstaan: een beleid dat algemeen aanvaard en gehanteerd wordt door alle medewerkers van de locatie of instelling, zonder dat dit formeel op schrift is vastgelegd of als beleid is vastgesteld door het bestuur. Onder een ad-hocbeleid werd verstaan: een beleid dat afhankelijk is van de patiënt, van de omstandigheden of van de visie van de behandelaar.

RESULTATEN

In totaal bleek er bij 5 van de 10 locaties een samenhangend stelsel van afspraken te zijn om suïcide na ontslag tegen te gaan, terwijl er op 5 locaties sprake was van een ad-hocbeleid.

Formeel beleid

Op één locatie was er een formeel beleid in de vorm van een protocol dat werd onderschreven door alle behandelaars. Dit beleid bestond eruit dat bij patiënten die bekend waren wegens suïcidaliteit (als een van de opnameredenen of als dreiging tijdens de behandeling) altijd speciale maatregelen getroffen moesten worden bij vertrek uit de kliniek vanwege ontslag of bij verlof. In de aanloop tot ontslag of in het exitgesprek werd uitdrukkelijk gesproken over de mogelijkheid van terugkeer van suïcidale gedachten, en de patiënt werd geïnstrueerd wat hij of zij kon doen als die zich voordeden. Dit werd vastgelegd in een signa-

leringsplan. Daarnaast moest er altijd aansluitende ambulante nazorg zijn. De kliniek vermeldde haar oordeel over mogelijke suïcidaliteit in het dossier dat aan het ambulante zorgkader wordt doorgegeven. Ook had de kliniek afspraken met de ambulante hulpverleners, zodanig dat de kliniek er op kon vertrouwen dat zij contact op zouden nemen met de patiënt als deze niet verscheen op een vervolgafspraak. In de praktijk bleek nog een vijfde regel gehanteerd te worden die echter niet als zodanig in het uitgeschreven protocol was terug te vinden: indien mogelijk werden ook naasten bij deze ontslagvoorbereiding betrokken en werd hen geleerd hoe te handelen bij terugkeer van (impulsieve) suïcidaliteit.

Informeel beleid

Op vier locaties was er een informeel beleid. Dit werd op één locatie gestalte gegeven doordat de klinisch behandelaar na ontslag uit opname verantwoordelijk bleef voor de nazorg. Op twee andere locaties werd psychiatrische thuiszorg of acute deeltijdbehandeling ingezet na ontslag van een patiënt waarbij het suïciderisico werd ingeschat. Verder werd patiënten met persoonlijkheidsstoornissen en frequente suïcidale impulsen een 'bed-op-receptregeling' aangeboden.

Op twee andere locaties kwam het suïcidepreventiebeleid indirect naar voren uit algemene beleidsmatige afspraken, zoals duidelijke afspraken over wie verantwoordelijk was voor een patiënt na ontslag, signaleringsplannen en afspraken over suïcidaliteit. Deze hielden in: de ambulante behandelaar bleef betrokken tijdens opname en zorgde voor overbruggingscontacten, de patiënt werd op de hoogte gesteld met wie hij of zij contact op kon nemen buiten kantooruren, en de crisisdienst werd op de hoogte gesteld als een behandelaar inschatte dat terugval op kon treden na ontslag.

Ad-hocbeleid

Bij de overige 5 locaties werd een ad-hocbeleid gevoerd wat betreft de preventie van suïcides vlak

na ontslag uit de kliniek. Een aantal behandelaren noemde dat men patiënten principieel niet naar huis liet gaan zo lang er nog sprake was van suïcidale dreiging. Suïcidale verlangens dienden in de loop van de opname bijgebogen te zijn. In het exitgesprek werd dan ook nadrukkelijk geen aandacht besteed aan de mogelijkheid van terugval in suïcidaliteit.

Verschillende visies op suïcidaliteit

In de interviews werd duidelijk dat voor onze informanten suïcidaliteit sterk gekoppeld was aan het type patiënt. Daarover bleek consensus te bestaan. Suïcidaliteit in het kader van een wanhopige depressie werd anders ingeschat en behandeld dan die in het kader van een borderlinepersoonlijkheidsstoornis. Ook waren behandelaren over het algemeen eensgezind over de beslissing tot ontslag bij suïcidale patiënten. Vooral als suïcidaliteit van een patiënt een meer chronisch karakter had, werd opname niet als beschermend beschouwd. Wel werden dan de woonsituatie en het sociale netwerk van een patiënt van belang geacht. Als contra-indicatie voor ontslag gold suïcidaliteit die voortkwam uit een psychose of een ernstige depressie.

In de gesprekken konden wij echter twee duidelijk verschillende visies onderscheiden op de noodzaak en de mogelijkheden van suïcidepreventie in de periode na ontslag. Getalsmatig hielden beide visies elkaar in evenwicht.

Aan de ene kant was er de visie dat suïcidaliteit die zich bij opname aandient vooral een symptoom is van de onderliggende psychiatrische aandoening. Goede behandeling van de psychiatrische stoornis zou er in deze visie toe leiden dat bij ontslag de symptomen aanzienlijk waren verminderd of waren verdwenen. Preventie van terugval moest zich in deze visie op de kern van de aandoening richten, zoals de depressie.

Aan de andere kant was er de visie dat suïcidaliteit zich steeds opnieuw kan blijven manifesteren, ook als de psychiatrische aandoening adequaat is behandeld. In deze visie was er sprake van

een voortdurende kwetsbaarheid om met de teleurstellingen van het alledaagse leven om te gaan. Suïcidaliteit verdiende specifieke aandacht, naast de aandacht voor de psychiatrische aandoening. Ook als de patiënt bij ontslag volledig opgeknapt leek te zijn, dan was het toch van belang te waarschuwen voor mogelijke terugval.

Suggesties voor verbetering van het huidige beleid

Respondenten deden een aantal suggesties om het huidige beleid voor suïcidepreventie na ontslag uit de kliniek te verbeteren. Verschillende informanten stelden dat behandelaren zich meer ervan bewust dienden te zijn dat suïcidaliteit een voortdurend actueel thema was bij sommige patiënten. Dit thema zou dan ook consequent besproken moeten worden.

Een andere suggestie was dat bij patiënten bij wie suïcidaliteit een rol speelde, dit expliciet zou moeten leiden tot een geïntegreerd behandel- en preventiebeleid. Tevens moest meer nadruk gelegd worden op het belang van het betrekken van de familie bij de behandeling van de patiënt, ook in de periode rond ontslag. Er diende open met de familie over suïcidaliteit gesproken te worden.

Ook werd een aantal aanbevelingen gedaan voor een goede overdracht van de klinisch psychiater naar de behandelaar in de ambulante situatie. Uit de interviews kwam naar voren dat de overdracht van patiënten van de kliniek naar de ambulante behandelaar lang niet altijd optimaal verliep. Door wachttijden bij de ambulante sector moest de kliniek soms noodgedwongen tijdelijke nazorg geven. Ambulante behandelaren werden niet altijd tijdig uitgenodigd voor patiëntbesprekingen in de kliniek. De communicatie tussen de klinisch psychiater en de ambulante psychiater verliep niet altijd rechtstreeks, waardoor problemen in de overdracht konden ontstaan. Daarom noemde een aantal respondenten dat er direct contact diende te zijn tussen de kliniekpsychiater en de ambulante psychiater bij het ontslag: dezen zouden in samenspraak een behandelplan moeten opstellen over wat te doen bij terugval bij een patiënt na ontslag.

DISCUSSIE

Bevindingen Uit de resultaten blijkt dat er in het algemeen in de ggz-instellingen van Noord-Holland nauwelijks een formeel beleid is voor preventie van suïcide na ontslag uit een psychiatrische kliniek. Daarbij zag men in één ggz-instelling, die niet verder heeft meegewerkt aan het onderzoek, suïcidepreventie als dermate individueel bepaald dat een suïcidepreventiebeleid na ontslag niet mogelijk werd geacht.

Deze afwezigheid van formeel beleid lijkt samen te hangen met de verschillen in opvatting omtrent de noodzakelijkheid van preventiemaatregelen. Enerzijds heeft ongeveer de helft van de 15 deelnemende behandelaren de visie dat suïcidaliteit geen psychiatrisch ziektebeeld is. Suïcidale verlangens zijn in deze visie slechts een symptoom van een psychiatrische aandoening en zullen verdwijnen indien de psychiatrische stoornis adequaat behandeld wordt. In deze visie behoort suïcidepreventie na ontslag niet tot de kerntaken van klinische opnameafdelingen.

De andere helft van de behandelaren heeft de visie dat suïcidaliteit na ontslag wel tot hun taken behoort. In deze visie is het van belang rekening te houden met mogelijke terugkeer van suïcidale gevoelens, ongeacht adequate behandeling van de psychiatrische aandoening. Deze tegenstrijdige gezichtspunten bestaan soms binnen dezelfde ggz-instelling.

Opvattingen over suïcidaliteit Er bestaat dus een zekere verdeeldheid in de psychiatrie of een beleid voor suïcidepreventie na ontslag noodzakelijk, mogelijk en wenselijk is. Recente onderzoeksresultaten wijzen erop dat suïcidaliteit een langdurig karakter heeft en dat de neiging om met suïcidaliteit te reageren beter opgevat kan worden als een persoonlijkheidsdimensie. Dat houdt in dat suïcidaliteit niet altijd of niet uitsluitend opgevat dient te worden als een secundair symptoom van een psychiatrische stoornis, maar vooral als een uiting van een kwetsbaarheid die covarieert met de ernst van de psychiatrische

stoornis. Zo bleek men met dezelfde set predictoren bij zowel depressie als bij schizofrenie onderscheid te kunnen maken tussen suïcidale en niet-suïcidale patiënten (Ahrens & Linden 1996). Het ging daarbij om rumineren, hopeloosheid, sociale terugtrekking en apathie. Deze onderzoekers concluderen dat suïcidaliteit een apart syndroom is dat als latente kwetsbaarheid langdurig aanwezig is en manifest wordt in tijden van stress en van psychiatrische aandoeningen.

Ook de hoge recidiefcijfers van suïcidaal gedrag kunnen begrepen worden als een indicatie van een langdurige kwetsbaarheid. Onderzoek naar de relatie tussen hopeloosheid en suïcide (Beck e.a. 1999) laat zien dat hoge niveaus van wanhoop voorspellend zijn voor suïcide, zelfs al speelden de hoogste niveaus van hopeloosheid al weer vele jaren geleden voor de daadwerkelijke suïcide. Studies over het autobiografisch geheugen van suïcidepogers laten zien dat suïcidale patiënten gekenmerkt worden door overgegeneraliseerde hopeloosheid bij (geringe) tegenslagen (Williams 1996). Respondenten die in het verleden een suïcidepoging hadden ondernomen, maar tijdens het onderzoek niet suïcidaal waren, bleken bevattelijk voor stemmingsinductie, met muziek van Prokofjev op halve snelheid (Williams e.a. 1996). Na deze stemmingsinductie waren zij aanmerkelijk minder in staat positieve verwachtingen te formuleren voor hun toekomst.

Het lijkt er kortom steeds meer op dat wij suïcidaliteit beter kunnen opvatten als een langer durende kwetsbaarheid, die niet zonder meer verdwenen is na een geslaagde behandeling tegen bijvoorbeeld depressie. De geneigdheid om met overgegeneraliseerde hopeloosheidgevoelens en suïcidaliteit te reageren op tegenslagen lijkt ook na ontslag onverminderd aanwezig als persoonsdimensie. Voor de periode na ontslag lijkt het dan ook aanbevolen om de patiënt en diens familie ervan te doordringen dat de kans aanwezig is dat suïcidaliteit opnieuw de kop opsteekt, maar dat het goed mogelijk is om dan met de nodige opmerkzaamheid waarschuwingssignalen te herkennen en dienovereenkomstig te handelen.

Het is nog niet geheel bewezen dat een coherent beleid voor suïcidepreventie na ontslag leidt tot een vermindering van het aantal suïcides na ontslag. Wel blijkt uit de ervaringen in de staat Minnesota (Office of the Ombudsman 2002) dat het voor de patiënt en diens familie belangrijk is om goed voorgelicht te worden, bijvoorbeeld door een folder bij ontslag. Daarnaast is continuïteit van zorg een belangrijk thema dat wordt benadrukt door nationale en internationale richtlijnen voor de behandeling van suïcidale patiënten (AAS 2005; APA 2003; Appleby e.a. 2001; Huisman e.a. 2007). Ook onderzoek geeft aanwijzingen dat het hantieren van een actief beleid na ontslag een preventieve werking heeft (Motto & Bostrom 2001; King e.a. 2001; Vaiva e.a. 2007).

CONCLUSIE

Wij concluderen dat er in het opzicht van suïcidepreventie na ontslag nog mogelijkheden tot verbetering zijn. Op slechts één van alle locaties werd een standaardprocedure gehanteerd om de patiënt en familie of partners van een patiënt voor te bereiden op mogelijke terugkerende suïcidaliteit na ontslag uit psychiatrische opname. Hulpverleners lijken soms geneigd te zijn om 'moeilijke onderwerpen' zoals suïcidaliteit te laten rusten, zeker als het aan het eind van de opname beter gaat met de patiënt. Het lijkt alsof men het idee heeft suïcidaliteit weer op te roepen als men deze in het exitgesprek ter sprake brengt.

De resultaten van deze studie bieden hopelijk een aanzet om het beleid voor suïcidepreventie na ontslag uit de kliniek in de ggz-instellingen ter discussie te stellen. Mogelijk is er nog onvoldoende continuïteit van zorg voor suïcidale patiënten in de overdracht van kliniek naar ambulante zorg. De langdurige aard van suïcidaliteit lijkt te vragen om een actieve en outreachende opstelling van behandelaren, ook als patiënten zorg weigeren.

LITERATUUR

- Ahrens, B., & Linden, M. (1996). Is there a suicidality syndrome independent of specific major psychiatric disorder? Results of a split half multiple regression analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 94, 79-86.
- American Psychiatric Association. (2003). Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Patients With Suicidal Behaviors, via <http://www.psych.org/psych—pract/treatg/pg/SuicidalBehavior—05-15-06.pdf>
- American Association of Suicidology. (2005). AAS Recommendations for inpatient and residential patients known to be at elevated risk for suicide, via <http://www.suicidology.org/associations/1045/files/FinalRecommendations.pdf>
- Appleby, L. (2000). Prevention of suicide in psychiatric patients. In K. Hawton, K. van Heeringen. (Red.). *The international handbook of suicide and attempted suicide*. John Wiley & Sons.
- Appleby, L., Sheraratt, J., Amos, T., e.a. (2001). Safety First, Five-Year Report of the National Confidential Inquiry into Suicide and Homicide by People with Mental Illness. London: Stationery Office. <http://www.medicine.manchester.ac.uk/suicideprevention/nci/SAFETYFIRST2001.pdf>
- Appleby, L., Shaw, J., Amos, T., e.a. (1999). Safer Services, Report of the National Confidential Inquiry into Suicide and Homicide by People with Mental Illness. London: Stationery Office. <http://www.medicine.manchester.ac.uk/suicideprevention/nci/Useful/Safer—Services—Report.pdf>
- Arensman, E., Kerkhof, A.J.F.M., Hengeveld, M.W., e.a. (1994). The epidemiology of attempted suicide in the area of Leiden, The Netherlands, 1989-1991. In A.J.F.M. Kerkhof. *Attempted Suicide in Europe*. Leiden/Copenhagen: DSWO Press/World Health Organization.
- Beck, A.T., Brown, G.K., Steer, R.A., e.a. (1999). Suicide ideation at its worst point: a predictor of eventual suicide in psychiatric outpatients. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 29, 1-9.
- Brunenberg, W., & Bijl, R. (1996). Een ongewenst einde. Utrecht: Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid.
- Ho, T.P. (2003). The suicide risk of discharged psychiatric patients. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64, 702-707.
- Huisman, A., Kerkhof, A.J.F.M., Robben, P.B.M. (2007). Richtlijnen voor de behandeling van suïcidale patiënten: een overzicht. In: C.S. Schene (red.). *Jaarboek Psychiatrie en Psychotherapie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- International Association for Suicide Prevention. (2000). IASP guidelines for suicide prevention. <http://www.med.uio.no/iasp/english/guidelines.html>

- 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, 537-542.
- Motto, M.D., & Bostrom, A.G. (2001). A randomized controlled trial of postcrisis suicide prevention. *Psychiatric Services*, 52, 828-833.
- Office of the Ombudsman for Mental Health and Developmental Disabilities. (2002). Client Education survey. Minnesota: Office of the Ombudsman for Mental Health and Developmental Disabilities.
- Oquendo, M.A., Kamali, M., Ellis, S.P., e.a. (2002). New research-adequacy of antidepressant treatment after discharge and the occurrence of suicidal acts in major depression: a prospective study. *The American Journal of Psychiatry*, 159, 1746-1751.
- Vaiva, G., Ducrocq, F., Meyer, P., e.a. (2007). Effect of telephone contact on further suicide attempts in patients discharged from an emergency department: randomized controlled study. *BMJ*, 332, 1241-1245.
- Williams, J.M.G. (1996). Depression and the specificity of autobiographical memory. In D.C. Rubin, (Red.). *Remembering our past – Studies in autobiographical memory*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Williams, J.M.G., Ellis, N., Tyers, C., e.a. (1996). The specificity of autobiographical memory and imageability of the future. *Memory and Cognition*, 24, 116-125.
- World Health Organization (2000). Preventing Suicide A Resource for Primary Health Care Workers. Geneva: WHO. <http://www.who.int/entity/mental-health/media/en/59.pdf>.

AUTEURS

A. HUISMAN is promovendus aan de Vrije Universiteit in Amsterdam.

A.J.F.M. KERKHOF is hoogleraar Klinische Psychologie, Psychopathologie en Suïcidepreventie aan de Vrije Universiteit in Amsterdam.

Correspondentieadres: A. Huisman, Vrije Universiteit, Faculteit Psychologie en Pedagogiek, afdeling Klinische Psychologie, Van der Boerhorststraat 1, 1081 BT Amsterdam.

E-mail: a.huisman@psy.vu.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 11-7-2007.

SUMMARY

Prevention of post-discharge suicide: an inventory – A. Huisman, A.J.F.M. Kerkhof – BACKGROUND Research has shown that the first months after discharge from psychiatric inpatient care is a high risk period for suicide. However, there has been very little research into the prevention policies that mental health care centres pursue in order to reduce this risk.

AIM To draw up an inventory of the preventive activities that mental health services undertake to reduce the risk of suicide by psychiatric patients discharged from inpatient treatment.

METHOD Fifteen mental health care providers of 10 different departments of 4 mental health care organisations in the province North-Holland were asked in a personal interview about the policy of their institution regarding the prevention of suicide after discharge.

RESULTS One out of 10 locations had a standard policy for the prevention of suicide after discharge from psychiatric care. Four locations had an informal policy and 5 an ad hoc policy. Differences were found in the views of mental health care providers regarding suicide prevention and the responsibility of mental health care centres for the prevention of post-discharge suicide.

CONCLUSION Only half of the mental health institutions employed a preventive policy with regard to post-discharge suicide. So far, the possibilities for prevention have not been fully utilised.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 50(2008)4, 197-203]

KEY WORDS continuity of care, mental health care, post-discharge suicide, suicide prevention