

Opneming in algemene ziekenhuizen wegens suïcidepogingen in de periode 1970-1976

Naar aanleiding van het artikel van A. C. DE GRAAF en R. F. W. DIEKSTRA (1980) moet ik helaas enkele opmerkingen maken. Het artikel is een typisch voorbeeld van verkeerd gebruik van informatiegegevens. De door de schrijvers getrokken conclusies zijn naar mijn oordeel ten dele onjuist. Dit is te meer van belang, omdat deze conclusies de landelijke en regionale pers hebben gehaald en afkeuring hebben teweeggebracht van het vermeende beleid in de ziekenhuizen in Nederland en der interne geneeskunde in het bijzonder. Bovendien komen deze conclusies voor rekening van de Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid.

Het innemen van een te grote dosis medicamenten uit suïcidale of uit pseudosuïcidale overwegingen is een incident in een veel grotere geschiedenis van psychisch deraillement. Soms zal dit geheel onverwacht gebeuren voor degenen die reeds eerder met de patiënt bezig waren, maar vaak is het een incident dat past in het verloop van de ziektegeschiedenis.

Het artikel wekt de indruk dat de schrijvers menen, dat de behandeling van deze patiëntengroep alleen verantwoord kan gebeuren in een klinische situatie. Deze stelling wordt nergens onderbouwd, maar wel gesuggereerd. Het aandeel van de somatisch behandelaar (meestal de internist) is veelal klein. Van veel groter belang voor het vervolg zijn de behandelaars die reeds eerder met de patiënt bezig waren, dan wel na de suïcidepoging worden ingeschakeld. De huisarts wordt in het artikel nergens genoemd en is naar mijn oordeel een heel belangrijke figuur in dezen. Het overleg met de huisarts of met de reeds met patiënt bekende psychiatrische behandelaars (psychiaters, RIAGG, psychologen, maatschappelijke werkers) onttrekt zich geheel aan de registratie door middel van het SMR-formulier. Ook het overleg met psychische hulpverleners binnen het ziekenhuis wordt slechts vermeld indien het tot een consult komt „in de zin van het ziekenfonds”.

In ons ziekenhuis doen zich met betrekking tot suïcidepogingen de volgende situaties voor: (1) De patiënt weigert contact met de psychiater of psycholoog; na overleg wordt dan een extramurale vorm van verdere behandeling gekozen. (2) De patiënt staat reeds extramuraal onder behandeling en controle; in overleg met die behandelaars wordt besloten de verdere behandeling extramuraal voort te zetten. (3) In overleg met de niet somatische behandelaar wordt een plan opgesteld, waarin snel ontslag van grote therapeutische betekenis is. Verlengde klinische behandeling legt de nadruk op het gebeurde en kan nadelig zijn voor het verwerken ervan doordat gevoelens van schaamte bij patiënt en familie worden opgeroepen.

Dit zijn allemaal voorbeelden van adequate behandeling waarvan niets is terug te vinden op de SMR-formulieren. En dat is ook niet het doel waarvoor deze gegevensverzameling is opgezet. Ik kan slechts spreken over onze eigen aanpak en wil niet dezelfde fout maken die de schrijvers zich menen te kunnen veroorloven, door voor alle Nederlandse ziekenhuizen te generaliseren.

Bij elke suïcidepoging gaat het om een unieke uiting van een individuele patiënt. Hoe belangrijk somatische behan-

deling ook mag zijn voor het inperken van de schade en het weer tot het leven terugbrengen van de patiënt, het is slechts symptoombehandeling, geen oorzakelijke therapie. Nadat een patiënt bij ons op de interne afdeling is opgenomen en daar de noodzakelijke somatische behandeling heeft ondergaan, proberen wij inzicht te krijgen in de oorzaak. Reeds vroegtijdig wordt in overleg met de hulpverleners die de patiënt reeds kennen, bepaald hoe de behandeling verder zal worden voortgezet. Heeft die behandeling de vorm van (intramuraal) psychiatrisch consult, dan wordt dit onverwijld aangevraagd. Is dit consult niet aangewezen, of wordt het geweigerd, dan wordt in overleg met de huisarts of andere deskundigen een alternatief gekozen. Is dat klinisch, dan blijft patiënt opgenomen.

Het is heel wel mogelijk dat juist een snel beëindigen van de klinische opname en het inschakelen van een extramuraal hulpverlening vaak de voorkeur verdienen. De zinsnede in het artikel van DE GRAAF en DIEKSTRA: „...wat de waarschijnlijkheid groot maakt dat de huidige situatie recidief bevordert, waardoor de kans op dodelijke afloop toeneemt”, wordt niet gesteund door de getallen in tabel 6. Wie gegevens verzamelt over het voorkomen en de behandeling van zelfmoord en zelfvergiftiging in Nederland, moet zich naar mijn mening niet beperken tot de statistieken van de Stichting Medische Registratie, maar moet als hij wetenschappelijk verantwoorde conclusies wil trekken ook onderzoek doen naar de werkwijze in de Nederlandse ziekenhuizen. Als de schrijvers dat hadden gedaan, dan hadden zij onder meer kennis kunnen nemen van de gedragslijn die wij hier beschrijven. Wellicht hadden zij dan hun conclusies zorgvuldiger geformuleerd en was geen blaam geworpen op alle Nederlandse ziekenhuizen. Onzekerheid bij patiënten en familie als gevolg van deze publicatie, was dan tevens voorkomen.

Dat de redactie van dit Tijdschrift het artikel voor publicatie heeft aanvaard, betreur ik zeer. Ik hoop dat de schrijvers hun werk nog eens willen toetsen aan directe gegevens uit de ziekenhuizen, buiten de SMR om.

Literatuur: GRAAF, A. C. DE en R. F. W. DIEKSTRA (1980) *Ned. T. Geneesk.* 124, 149.

Assen, februari 1980

R. J. COERS

Het is verheugend dat DE GRAAF en DIEKSTRA (1980) aandacht vragen voor de toename van het aantal suïcidepogingen in Nederland en dat zij daarbij hun blik richten op de algemene ziekenhuizen die dergelijke patiënten opnemen. Sinds enige tijd ben ik als psycholoog in een algemeen ziekenhuis bezig met onderzoek om te zien of de opvang van deze patiënten verbetering behoeft. Dat zou ik niet doen wanneer ik van mening was dat alles optimaal was geregeld. Wat dat betreft kan ik het dus wel met DE GRAAF en DIEKSTRA eens zijn.

Waar ik wel kritiek op heb is het feit dat DE GRAAF en DIEKSTRA hun analyse uitsluitend baseren op gegevens van de Stichting Medische Registratie zonder een woord te wijden aan de graad van betrouwbaarheid en de beperkingen van deze gegevens. Voor het opsporen van tendensen in toe- of afname van het aantal gevallen kan men de SMR-gegevens gebruiken wanneer men er vanuit gaat dat de