

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

wijze van registreren van de gegevens in de ziekenhuizen over de jaren weinig verandert. Weliswaar vond ik op 44 patiënten die na een suïcidepoging door middel van zelfvergiftiging in het eerste half jaar van 1978 in ons ziekenhuis werden opgenomen er 4 (9,1%) terug in de SMR-gegevens onder diagnosesnummer 300.9 (neurose NNO) en niet onder diagnosesnummer E 958 (suïcide en automutilatie) waar DE GRAAF en DIEKSTRA vanuit gaan. Wanneer dergelijke afwijkingen van de codering ook elders voorkomen, betekent dat hoogstens dat de absolute aantallen in feite nog hoger zijn dan in het artikel aangegeven en blijft de reden tot verontrusting over de hoogte van de aantallen overeind.

DE GRAAF en DIEKSTRA beperken zich echter niet tot het aangeven van landelijke tendensen maar trekken op basis van SMR-gegevens ook conclusies over wat er daadwerkelijk in de algemene ziekenhuizen met de patiënten gebeurt. Daarbij wrekt zich dan de mogelijk gebrekkige betrouwbaarheid van bepaalde gegevens uit de SMR-statistiek en de beperktheid van de gegevens zoals die worden genoteerd. Enkele voorbeelden kunnen dit illustreren.

1. DE GRAAF en DIEKSTRA concluderen dat „in 1976 slechts een minderheid van deze patiënten (45,2%) tijdens het verblijf in een algemeen ziekenhuis door een psychiater is (mede)behandeld of in consult gezien”. Een vergelijking van de statusverslagen van voornoemde 44 patiënten met de SMR-gegevens over dezelfde patiënten levert het volgende op:

Volgens de SMR-gegevens zijn 22 (50%) van deze patiënten door de psychiater gezien en de andere 22 (50%) niet. Dit percentage komt dicht in de buurt van het percentage van DE GRAAF en DIEKSTRA. Volgens de verslagen in de statussen van deze patiënten zijn 36 (82%) patiënten door de psychiater bezocht en 8 (18%) niet. Dat is een verschil van 32%. Het omgekeerde geval, psychiater niet geweest maar wel in de SMR-gegevens gecodeerd, komt niet voor.

Het is niet waarschijnlijk dat ons ziekenhuis nu juist het enige ziekenhuis in Nederland is waar dit soort discrepanties voorkomen. De genoemde conclusie van DE GRAAF en DIEKSTRA lijkt mij dan ook enigszins voorbarig geformuleerd.

2. Een verwante conclusie van DE GRAAF en DIEKSTRA luidt: „Deze patiënten worden na een vaak kort durend verblijf in het ziekenhuis *meestal zonder enige vorm van psychiatrische hulp weer naar huis ontslagen*” (cursivering van mij, M.N.).

In de SMR-gegevens is echter niet terug te vinden: a. of de naar huis ontslagen patiënten een verwijzing hebben meegekregen voor de ambulante geestelijke gezondheidszorg, wel of niet via een psychiater; b. of de patiënten die niet door een psychiater zijn gezien in het ziekenhuis hulp hebben gehad van een niet-medische hulpverlener zoals een maatschappelijk werker, een geestelijk verzorger of een psycholoog; c. wat de reden is dat de patiënt niet door een psychiater is gezien in het ziekenhuis. Er zijn patiënten die geen prijs stellen op een gesprek met een psychiater of die al een afspraak met hun eigen psychiater buiten het ziekenhuis hebben lopen. Sommige patiënten willen zo snel mogelijk weer naar huis zonder het bezoek van de psychiater af te wachten.

Niet-medische hulpverlening in het ziekenhuis en verwijzing naar een ambulante vorm van hulpverlening worden meestal niet in de SMR-gegevens verwerkt. Patiënten met geheel verschillende achtergronden en hulpbehoeften worden onder één diagnosecategorie ondergebracht. Daarom is de genoemde conclusie naar mijn inzicht te algemeen gesteld.

Wat er precies voor de patiënten in de ziekenhuizen wordt gedaan weten we niet. Hoe ze na ontslag verder worden geholpen weten we ook niet. Wanneer DE GRAAF en DIEKSTRA dan ook nog concluderen: „Dit lijkt er op te wijzen dat algemene ziekenhuizen doorgaans niet toegerust zijn om aan dit verschijnsel het hoofd te bieden, wat de waarschijnlijkheid groot maakt dat de huidige situatie recidief bevordert, waardoor de kans op dodelijke afloop toeneemt” dan is het best mogelijk dat daar een kern van waarheid in zit. Maar zelfs als hypothese lijkt mij deze conclusie nog te weinig gefundeerd omdat de kwaliteit van de gegevens waar ze op stoelt niet is onderzocht.

Nader onderzoek in de algemene ziekenhuizen zelf zal uit moeten wijzen hoe de problemen precies liggen en welke oplossingen daarvoor kunnen worden gezocht. Dat de zaak ingewikkelder is dan op het eerste gezicht lijkt hoop ik te hebben aangetoond. Waarbij ik me ervan bewust ben dat ook in een korte reactie als deze niet alles aangeroerd kan worden wat ter zake van belang is. DE GRAAF en DIEKSTRA hebben gelijk wanneer ze stellen dat onderzoek naar de omvang van het verschijnsel suïcidepoging in Nederland nagenoeg ontbreekt. Nog meer geldt dit voor onderzoek naar de opvang van de patiënten in de algemene ziekenhuizen. Het zal duidelijk zijn dat ik er voor pleit ook dit soort onderzoek uit te breiden, hetgeen zonder twijfel ook de bedoeling van DE GRAAF en DIEKSTRA is.

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

Amsterdam, februari 1980

M. NOTEBOOM

Herwaardering van masturbatie

Als men iets wil herwaarderen, is het goed om enkele punten goed in het oog te houden:

De nadelen van de oude (vastgeroeste) visies zijn natuurlijk al lang duidelijk gebleken, zeker voor zover ze extreem waren; het is moeilijk te onderscheiden of deze te wijten zijn aan het vastgeroest zijn of aan de visies zelf; de nadelen van de nieuwe visie hebben nog niet zo zeer de gelegenheid gehad zich te manifesteren; als een visie een onderdeel is van een cultuur en bekleed is met taboes, dan is het breken ermee misschien wél heroïsch, maar daarom nog niet steeds aan te raden (voor iedereen); degene die wil herwaarderen kan licht doorschieten in het andere uiterste; hij zal het moeilijk hebben om mild en objectief te blijven, en niet zelf op ketterjacht te gaan en een nieuw taboe te scheppen; oude taboes liggen vaak dieper en beter verankerd dan men denkt. Het ontbreken van rationele argumentatie mag niet te vlug als basis dienen om de nieuwe visie gelijk te geven.

Men kan deze opmerkingen toepassen op de masturbatie. Bovendien lijkt het me dienstig – voor ieder die mee wil denken – om een parallel te trekken tussen masturbatie en duimzuigen. Natuurlijk, elke vergelijking gaat mank, en wat voor de ene mens geldt, geldt nog niet voor de andere, maar toch geldt m.i. wél, dat zowel de orale als de auto-genitale bevrediging in de regel een surrogaat-bevrediging is. Fantasie (=zelfbedrog) moet de werkelijkheid aanvullen of vervangen. Vaak schuilt er een aanklacht in tegen de omgeving, en wordt (dus) de veroordeling door de ouders automatisch en fel gehanteerd. Een kind dat gelukkig is in zijn contacten met zijn omgeving heeft weinig reden om lang stil te staan bij zichzelf. Vanuit deze gezichtshoek lijkt