

VU Research Portal

Learning from suicides

Huisman, A.

2010

document version

Publisher's PDF, also known as Version of record

[Link to publication in VU Research Portal](#)

citation for published version (APA)

Huisman, A. (2010). *Learning from suicides: Towards an improved supervision procedure of suicides in mental health care in the Netherlands*. [PhD-Thesis - Research and graduation internal, Vrije Universiteit Amsterdam]. Ipskamp Drukkers.

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

E-mail address:

vuresearchportal.ub@vu.nl

Samenvatting

De meldingsprocedure van suïcides aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft tot doel de kwaliteit van zorg in Nederland te waarborgen en te verbeteren. In dit proefschrift wordt het functioneren van deze vorm van toezicht geëvalueerd.

In Hoofdstuk 1 worden de onderzoeksvragen van het proefschrift gepresenteerd. Verder bevat dit hoofdstuk achtergrondinformatie over de inspectie en toezicht op suïcides door patiënten die onder behandeling zijn van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ).

De Inspectie voor de Gezondheidszorg hanteert de algemeen geaccepteerde normen voor kwaliteit van zorg die binnen de GGZ gelden om meldingen van suïcides te beoordelen. In Nederland is echter tot dusverre geen interdisciplinaire richtlijn voor de behandeling van suïcidale patiënten voorhanden. Daarom wordt in Hoofdstuk 2 een overzicht gepresenteerd van alle nationale en internationale richtlijnen voor de risico-inschatting en behandeling van suïcidale patiënten, als uitgangspunt van goede kwaliteit van zorg. De kern van deze richtlijnen bestaat uit het regelmatig inschatten van het suïciderisico, adequate behandeling van psychiatrische stoornissen en suïcidale impulsen, het betrekken van naasten in de behandeling en continuïteit van zorg.

In Hoofdstuk 3 worden patiënt- en behandelkenmerken beschreven van een steekproef van 505 suïcides door GGZ patiënten, inclusief de resultaten van interne evaluaties van de betrokken behandelaren. De resultaten laten zien dat het merendeel van de patiënten stierf tijdens een klinische opname of binnen 3 maanden na ontslag (54%). Meer dan tweederde (68%) uitte zich suïcidale in de twee maanden voor de suïcide en het merendeel had een voorgeschiedenis van suïcidaliteit (94%). De belangrijkste hoofddiagnosen waren een depressieve stoornis (43%), schizofrenie en andere psychotische stoornissen (28%) en verslaving (8%). In 26% van de 505 suïcidemeldingen rapporteerden de betrokken behandelaren of de eerste geneeskundige dat er leerpunten naar voren waren gekomen uit de evaluatie van de suïcide, of dat beleidswijzigingen waren doorgevoerd. Deze leerpunten betroffen veelvuldig het verbeteren van communicatie tussen behandelaren en de continuïteit van zorg (n=52), het verbeteren van methoden van risicotaxatie (n=32), het meer betrekken van het systeem rond een patiënt bij de behandeling (n=16) en het gebruik of het aanpassen van behandelrichtlijnen (n=15).

In Hoofdstuk 4 worden de reacties van inspecteurs op de steekproef van 505 suïcidemeldingen nader bekeken (zie Hoofdstuk 3). Van de totale steekproef kregen 227 meldingen een nadere inhoudelijke reactie: voor 104 meldingen betrof dit vragen om verdere informatie, bij 106 meldingen gaven inspecteurs opmerkingen of suggesties voor verbetering en bij 17 meldingen werd persoonlijk gesproken met de betrokken behandelaren of de directie. Inhoudelijke reacties van inspecteurs betroffen veelal de vraag of een suïcide was geëvalueerd en de uitkomsten hiervan. Andere belangrijke thema's in de reacties van inspecteurs betroffen de adequaatheid van de behandeling van psychiatrische stoornissen, het gebruik van behandelrichtlijnen en de samenwerking met andere hulpverleners of instellingen. Een nadere inhoudelijke reactie door inspecteurs werd vaker gegeven wanneer de suïcide een patiënt betrof die korter dan een jaar onder behandeling was van de GGZ, of wanneer in een melding leerpunten werden geformuleerd.

Nadere vragen of opmerkingen kwamen minder vaak voor wanneer een patiënt was ontslagen uit klinische zorg in de 3 maanden voor de suïcide. In slechts één melding bracht een inspecteur het gebruik van non-suïcide contracten ter sprake, hoewel het gebruik van dergelijke contracten in 23% van de steekproef werd gerapporteerd. Vergeleken met de meldingen uit de jaren 1996-2001, benadrukten reacties van inspecteurs het belang van het inschatten van suïcidaliteit vaker in meldingen uit de periode 2002-2006. Aanbevelingen zijn dat de inspectie haar toezicht kan verbeteren door de nadruk op risicotaxatie te behouden en door meer aandacht te besteden aan de behandeling van patiënten die recent zijn ontslagen uit klinische zorg en meer aandacht voor het gebruik van non-suïcidecontracten.

In Hoofdstuk 5 worden de uitkomsten van interviews met eerste geneeskundigen (n=28), hulpverleners (n=30) en inspecteurs (n=15), over hun visie op de suïcide meldingsprocedure, beschreven. Analyse van de resultaten duiden op ambivalentie bij zowel eerste geneeskundigen als hulpverleners wat betreft de effecten van de procedure. De evaluatie van gebeurtenissen en verleende zorg voorafgaande aan een suïcide werden unaniem als positief beschouwd. Toezicht door de inspectie onderstreepte hierbij het belang van suïcidepreventie en hield zowel eerste geneeskundigen als behandelaren alert. Een ander positief aspect van de procedure volgens de geïnterviewden was extern toezicht op de kwaliteiten van zorg, waardoor disfunctionerende instellingen en behandelaren kunnen worden opgespoord. Hiernaast heeft de inspectie de ontwikkeling van beleid voor de behandeling van suïcidale patiënten gestimuleerd. De belangrijkste kritiek op de meldingsprocedure

van zowel eerste geneeskundigen als hulpverleners betrof de sfeer van schuld en verwijt die suïcides in de GGZ omringt. In de conclusies van dit onderzoek komt naar voren dat de inspectie een stimulerende rol heeft gehad, die motiveerde zelfkritisch te reflecteren en de discussie heeft geopend over behandelnormen rond risicotaxatie van suïcidaliteit, het gebruik van non-suïcidecontracten en het betrekken van het steunsysteem van een patiënt in de behandeling. Aandachtspunten voor de verbetering van de procedure betroffen de sfeer van schuld en de focus op individuele meldingen in plaats van structurele problemen.

In Hoofdstuk 6 wordt het gebruik van non-suïcidecontracten bediscussieerd. In 23% van alle 505 suïcidemeldingen (zie hoofdstuk 3 en 4) werd het gebruik van een contract gemeld. Er is echter weinig wetenschappelijke evidentie voor de werkzaamheid hiervan. Non-suïcidecontracten geven geen garantie dat een patiënt niet om het leven zal komen door suïcide en kunnen mogelijk ook negatieve effecten hebben. Alternatieven voor het non-suïcidecontracten worden voorgesteld, zoals taxatie van het suïciderisico, een “commitment to treatment statement” en een uitstel van suïcide overeenkomst, met mogelijk minder negatieve consequenties en positievere behandeluitkomst.

In Hoofdstuk 7 worden de psychiatrische en demografische kenmerken van patiënten, die zijn verzameld in hoofdstuk 3 en 4, gebruikt om de vraag te beantwoorden of er een relatie bestaat tussen psychiatrische diagnose en de methode van suïcide. De resultaten lieten onder andere zien dat psychotische stoornissen waren geassocieerd met het springen van hoogten en dat verslaving aan middelen was geassocieerd met zelfvergiftiging. Depressieve stoornissen vertoonden geen samenhang met een specifieke suïcide methode.

In hoofdstuk 8 wordt een onderzoek naar beleid in GGZ instellingen rond de preventie van suïcide na ontslag uit klinische opname gepresenteerd. Een van 10 locaties van GGZ instellingen had een formeel beleid voor de preventie van suïcide na ontslag. Vier locaties hadden een informeel beleid en 5 een ad hoc beleid. Geconcludeerd wordt dat in slechts de helft van GGZ instellingen een preventiebeleid aanwezig was voor suïcide na ontslag. Er zijn nog preventiemogelijkheden die onbenut worden gelaten.

In hoofdstuk 9 worden de resultaten van dit proefschrift bediscussieerd en de belangrijkste conclusies getrokken. Verschillende methodologische beperkingen van de studies worden besproken. Tenslotte wordt een nieuw model voor toezicht voorgesteld, gebaseerd op de onderzoeksresultaten. In dit nieuw model is minder

aandacht en nadruk op individuele meldingen van suïcide en meer aandacht voor het opsporen van structurele problemen en het algemene suïcidepreventiebeleid in GGZ instellingen. Verder wordt aanbevolen dat alle GGZ instellingen een suïcide preventiecommissie aanstellen en richtlijnen voor de zorg van suïcidale patiënten implementeren. Hopelijk kan deze these bijdragen aan het optimaliseren van toezicht op kwaliteit van zorg voor suïcidale patiënten onder behandeling van de GGZ.