

1 De psychiatrische crisisdienst. Beoordeling en beleid bij
2 suïcidaliteit.

3

4

5

6 *RFP de Winter, MH de Groot, M van Dassen, ML Deen, DP de Beurs*

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16 Rubriek: oorspronkelijk artikel

17 Aantal woorden (zonder tabellen): 4948

18 Aantal tabellen: 3

19

20

21

22

23

1 **Samenvatting**

2

3 *Achtergrond*

4 Suïcide staat in Nederland op de tweede plaats als niet-natuurlijke doodsoorzaak. De
5 psychiatrische crisisdiensten spelen een belangrijke rol in de herkenning,
6 behandeling en preventie van suïcide en suïcidaal gedrag. Er is echter weinig
7 bekend rondom de beoordelingen van suïcidaal gedrag door de crisisdienst. De
8 Haagse crisisdienst heeft over een aantal jaren een gedegen cohort van
9 crisisconsultaties in een grote stad met één grote ggz- aanbieder opgebouwd.

10

11 *Doel*

12 Door consultaties aan suïcidale patiënten te beschrijven geven we inzicht in de
13 beoordeling van suïcidaal gedrag door de crisisdienst.

14

15 *Methode*

16 De Haagse crisisdienst heeft in 62 maanden 14.705 face-to-face consultaties
17 gedetailleerd gearchiveerd. We vergelijken kenmerken van de consultaties waarbij
18 wel en geen sprake was van suïcidaal gedrag. Als er sprake was van suïcidaal
19 gedrag vergeleken we dezelfde kenmerken tussen consultaties waarbij wel en geen
20 sprake was van een suïcidepoging. Verschillen werden getoetst met multiple
21 multivariate logistische regressiemodellen.

22

23 *Resultaten*

24 Bij 33.2% (n=4.741/14.705) van de consultaties was sprake van suïcidaal gedrag. In
25 9.2 % (n=1.364/14.705) van de consultaties ging om het beoordelen van een patiënt
26 na een suïcidepoging. Suïcidaal gedrag kwam vaker voor bij een depressie,
27 persoonlijkheidsstoornis, aanpassingsstoornis of een angststoornis. Het kwam
28 minder vaak voor bij een primaire diagnose van een psychotische stoornis, overige
29 stemmingsstoornis of een uitgestelde diagnose. Suïcidale patiënten werden vaker
30 vrijwillig opgenomen dan niet-suïcidale patiënten. De politie zorgt voor de meeste
31 verwijzingen van niet-suïcidale patiënten; suïcidale patiënten werden vooral door de
32 huisarts of vanuit een algemeen ziekenhuis verwezen.

33

34 *Conclusie*

35 Suïcidaal gedrag komt voor bij een derde van de consultaties door de Haagse
36 crisisdienst. Suïcidaal gedrag komt vooral voor bij depressie, aanpassingsstoornis en

1 een persoonlijkheidsstoornis, en minder vaak bij een psychotische stoornis. Suïcidale
2 patiënten worden in bijna de helft van de gevallen zonder dwang opgenomen.

3

4 Trefwoorden: spoedeisende psychiatrie, outreachend, acute psychiatrie, suïcidaal
5 gedrag, suïcide pogingen

6

1 **Summary**

2

3 *Background*

4 In The Netherlands, suicide ranks at the second place as non-natural cause of death.

5 The outreaching emergency psychiatry service plays an important role in
6 recognition, estimation, intervention and prevention of suicide and suicidal behavior.

7 However, little is known about the assessment outcome of suicidal behavior during
8 consultations of outreaching emergency psychiatry services. In The Hague, a large
9 multicultural city in The Netherlands with one mental health care provider, a solid
10 cohort of psychiatric consultations has been collected.

11

12 *Purpose*

13 By describing these consultations and focusing on suicidal patients, we provide
14 knowledge on features of consultations with and without suicidal behavior with
15 respect to demographic and diagnostic features of patients, referral resources and
16 what care is provided when patients show suicidal behavior.

17

18 *Method*

19 Over 62 months, psychiatric consultation service in The Hague has built a cohort of
20 14.705 face-to-face consultations. Demographic and diagnostic features of patients
21 were recorded, as well as information on referral and consultation outcome. Patient
22 and care characteristics between consultations with and without suicidal behavior
23 and between consultations with and without attempted suicide were compared by
24 using multiple multivariate logistic regression models.

25

26 *Results*

27 In 32.2% (n=4.741) of the consultations (n=14.705), suicidal behavior was
28 recognized. For 9.2 % (n = 1.364) of the consultations there was also assessment
29 after a suicide attempt. Suicidal behavior was more common when the patient was
30 primarily diagnosed with depression, personality disorder, adjustment disorder or
31 anxiety disorder. It was less common with a primary diagnosis of psychotic disorder,
32 other mood disorder or a deferred diagnosis. suicidal patients were more often
33 voluntarily admitted than non-suicidal patients. The police referred most of the non-
34 suicidal patients, whereas suicidal patients were most likely referred by a GP or by
35 the emergency department of a general hospital.

36

37 *Conclusion*

1 Suicidal behavior is common during consultations by the outreaching emergency
2 psychiatry service. Suicidal behavior was most likely in patients with depressive
3 disorder, adjustment disorder or personality disorder, and less likely in patients with a
4 psychotic disorder. In almost a half of the cases, suicidal patients are admitted
5 without coercion.

6

7 Keywords: emergency psychiatry, outreaching, acute psychiatry, suicidal behavior,
8 suicide attempts

1 **Achtergrond**

2

3 In Nederland neemt het aantal suïcides de laatste jaren toe. In 2007 ging het om
4 1.353 gevallen en dit aantal is in vijf jaar met ruim 30% gestegen tot 1.854 in 2014
5 (Aleman & Denys 2014; CBS 2015). Suïcide staat in Nederland op de vijftiende
6 plaats als doodsoorzaak (CBS 2015) en op de tweede plaats als niet-natuurlijke
7 doodsoorzaak (de Winter & Kerkhof 2012). De economische recessie wordt gezien
8 als belangrijke oorzaak voor de stijging van suïcide-aantallen (Reeves e.a. 2014;
9 Rihmer e.a. 2013). Gerelateerde oorzaken zijn stijgende werkloosheid en de
10 verminderde toegankelijkheid van gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg
11 (ggz).

12 Suïcide is een zeldzame uitkomst van het totale spectrum van suïcidaal gedrag. Er
13 zijn per jaar ongeveer 400.000 mensen die suïcidegedachten hebben en er worden
14 jaarlijks naar schatting 96.000 suïcidepogingen gedaan (Ten Have e.a. 2006). Van
15 deze mensen komen er jaarlijks ongeveer 15.000 voor behandeling in een
16 ziekenhuis (Hoeymans & Schoemaker 2010). Een fractie van de personen met
17 suïcidaal gedrag sterft dus door suïcide. Suïcide hangt samen met de aanwezigheid
18 van stress- en duurzame kwetsbaarheidsfactoren (Van Hemert e.a. 2012); deze zijn
19 weergegeven in tabel 1. Suïcide en suïcidaal gedrag hebben de laatste jaren meer
20 aandacht gekregen. In 2012 verscheen een multidisciplinaire richtlijn voor
21 diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag (MRSG) (Van Hemert e.a. 2012;
22 Bueno de Mesquita e.a. 2012).

23

24 Personen die worden beoordeeld na een suïcidepoging vormen een groep mensen
25 die een of meer suïcidepogingen hebben overleefd. Deze groep verschilt wat betreft
26 demografische kenmerken en primaire diagnose van de groep die door suïcide sterft
27 zonder suïcidepogingen in de voorgeschiedenis (Miret e.a. 2011; Wexler e.a. 2012)
28 Zo doen vrouwen vaker een suïcidepoging dan mannen, terwijl mannen vaker dan
29 vrouwen overlijden door suïcide. Naar schatting leidt de eerste suïcidepoging bij een
30 depressie bij 50% van de pogers tot een geslaagde suïcide (Isometsa 2013). Van
31 alle personen die door suïcide overlijden is 40-44% op dat moment in zorg bij de ggz
32 (Huisman e.a. 2010).

33

34

< Tabel 1 hier ergens >

35

36 De spoedeisende psychiatrie (crisisdienst, 7 x 24-uursdiensten) van een ggz-
37 instelling speelt een belangrijke rol in de consultatie van suïcidaal gedrag. De

1 crisisdienst beoordeelt patiënten met psychiatrische symptomen waarvoor acute
2 beoordeling noodzakelijk is. Er worden diverse soorten patiënten gezien,
3 bijvoorbeeld een patiënt met schizofrenie die in een psychotische toestand het
4 verkeer staat te regelen, een patiënt die onder invloed van een middel ernstig
5 verward is, of een patiënt die zich bij de huisarts suïcidaal uitlaat. Indien suïcidaal
6 gedrag door een hulpverlener (huisarts/politie/verpleegkundige) als risicovol wordt
7 ingeschat, wordt de persoon beoordeeld door een psychiatrische crisisdienst. De
8 spoedeisende psychiatrie is dan 'de voordeur', waarna een behandeling van het
9 suïcidale gedrag kan worden ingezet (Van Hemert e.a. 2012). Onderzoek laat zien
10 dat een 24-uurs psychiatrische crisisdienst onafhankelijk bijdraagt aan het
11 verminderen van het aantal suïcides (While e.a. 2012). Ondanks dat de diensten
12 vaak te maken hebben met suïcidaal gedrag, is er weinig systematische kennis over
13 kenmerken van personen die door de 24-uurs crisisdienst worden gezien.
14 In deze studie onderzochten we kenmerken van personen die werden geconsulteerd
15 door de Haagse 24-uurs crisisdienst. Van de personen die face-to-face werden
16 gezien onderzochten we verschillen tussen consultaties met en zonder suïcidaal
17 gedrag en de verschillen tussen consultaties die wel en geen suïcidepoging betroffen
18 en beschrijven we de gebruikte methoden voor de suïcidepogingen.

19

20 **Methoden**

21 Kwantitatief beschrijvend onderzoek van consultaties door de Haagse crisisdienst.
22 De dienst is actief in Den Haag en in diverse omliggende gemeenten. De dienst
23 heeft een *catchment area* van ongeveer 700.000 mensen en opereert zeven dagen
24 van 24 uur. Consultatieteams die bestaan uit een verpleegkundige en een arts (in
25 opleiding tot psychiater) doen de zogenaamde voorwacht. Per 24 uur zijn vier
26 consultatieteams werkzaam en tussen 14.00-22.00 uur is nog een extra team aan
27 het werk. Op de achtergrond is een achterwacht psychiater aanwezig waarmee wordt
28 overlegd als er sprake is van suïcidaal gedrag. De Haagse crisisdienst beoordeelt de
29 verwijzingen door zes algemene ziekenhuizen, de algemeen psychiatrische
30 ziekenhuizen (APZ) in de regio, de politie, huisartspraktijken en overige verwijzers
31 (zoals RIBW, vrijgevestigde hulpverleners etc.).

32

33 Tussen 1 juli 2009 en 10 september 2014 werd van alle personen die werden gezien
34 een aantal klinische en demografische parameters geregistreerd. Dit werd ter plaatse
35 gedaan door de consultatieteams; de gegevens werden uiteindelijk verzameld door
36 een administratief medewerker. Naast de primaire diagnose en demografische
37 kenmerken werd bijgehouden of er volgens het consultatieteam sprake was van

1 suïcidaal gedrag (ja/nee), of een poging was gedaan (ja/nee) en zo ja, met welke
2 methode. Suïcidaal gedrag werd gescoord als er sprake was van suïcidegedachten,
3 en/of voorbereidingshandelingen en/of pogingen die een zekere intentie uitdrukten
4 om zichzelf te doden (Van Hemert e.a. 2012). Een suïcidepoging werd gedefinieerd
5 als een handeling zonder dodelijke afloop, waarmee de persoon door de verwachting
6 van schade aan het eigen lichaam of de dood te bewerkstelligen of door het risico
7 daarop niet uit de weg te gaan, gewenste veranderingen probeert aan te brengen
8 (van Hemert e.a. 2012; Kerkhof & Van Luyn 2010). In eerste instantie werd suïcidaal
9 gedrag en/of een poging vastgesteld door het consultatieteam in overleg met de
10 achterwacht psychiater. Bij twijfel werd de casus bediscussieerd tijdens het generale
11 rapport van de crisisdienst, waarna alsnog werd bepaald of het al dan niet ging om
12 suïcidaal gedrag en/of een suïcidepoging.

13 Het type verwijzer werd bijgehouden (algemeen ziekenhuis, APZ, politie, huisarts, en
14 overige verwijzers). Verder werd genoteerd wat voor soort zorg werd ingezet. Bij een
15 opname werd bijgehouden of dit vrijwillig of via een in bewaringstelling (IBS) was
16 gebeurd.

17

18 *Demografische kenmerken*

19 Van elke persoon werden leeftijd, geslacht, burgerlijke staat en etniciteit
20 geregistreerd. Burgerlijke staat werd ingedeeld als gehuwd (getrouwd/partnerschap),
21 ongehuwd (partnerschap beëindigd), geen relatie (geen partner-nooit gehuwd),
22 weduwe/weduwnaar, onbekend. Etniciteit werd genoteerd volgens de indeling die
23 het Centraal Bureau voor de Statistiek hanteert (CBS 2015; Keij 2000). De indeling
24 is: Nederland ander westers land, Turkije, Marokko, Nederlandse Antillen, Suriname,
25 ander niet-westers land, onbekend (onbekend internationaal gebied/onbekend).

26

27 *Primaire diagnose*

28 Voor de primaire diagnose werd de classificatie volgens DSM IV TR aangehouden
29 (APA 2004). De classificatie werd door het consultatieteam toegekend. De volgende
30 hoofdgroepen werden aangehouden: depressieve stoornis; aanpassingsstoornis;
31 psychotische stoornissen (schizofrenie, schizo-affectieve stoornis etc); overige
32 stemmingsstoornissen (bipolaire stoornis, ongespecificeerd, laatste episode manisch
33 etc); persoonlijkheidsstoornis; neurotische/angststoornissen (paniekstoornis,
34 gegeneraliseerde angststoornis etc); organische stoornissen (delirium, dementie);
35 stoornissen gebonden aan alcohol, stoornissen gebonden aan drugs (of
36 gecombineerd gebonden aan alcohol en/of middelen). Overige DSM-IV TR
37 classificaties of als de classificatie onbekend was werden aangeduid als

1 overige/onbekende stoornissen. Geen diagnose of uitgestelde diagnose werd
2 genoteerd als geen/uitgestelde diagnose.

3

4 *Data analyse*

5 Voor de analyses werd gebruik gemaakt van SPSS software (versie 23.0). Met
6 beschrijvende statistiek werden de demografische en diagnostische kenmerken van
7 de patiëntengroep beschreven. Verschillen tussen suïcidale en niet-suïcidale
8 patiënten werden getoetst met multiple multivariate logistische regressiemodellen
9 met backward selectie. De afhankelijke variabele was aanwezigheid van suïcidaal
10 gedrag (ja=1; nee=0) en de onafhankelijke variabelen waren achtereenvolgens
11 demografische kenmerken (leeftijd, geslacht, etniciteit) (model 1), leeftijd, geslacht,
12 burgerlijke staat (model 2), primaire diagnose (model 3), verwijzer (model 4) en het
13 gevolgde beleid (model 5).

14 Vervolgens werd in de consulten waarbij sprake was van suïcidaal gedrag (n=4.741)
15 in vijf modellen (1a t/m 5a) in de groep met suïcidaal gedrag dezelfde verschillen
16 getoetst tussen consulten waarbij wel (n=1.364) en geen (n=3.377) sprake was van
17 een suïcidepoging.

18

19 **Resultaten**

20

21 *Kenmerken van de hele groep*

22 Tussen 1 juli 2009 en 10 september 2014 waren in totaal 14.705 face-to-face-
23 consultaties gedaan (tabel 2). In deze groep was de psychotische stoornis de meest
24 gestelde diagnose (n=3.761; 25.6%). De meeste consulten vonden plaats na een
25 verwijzing door de politie (39.0%, n=5.737). Na 2.088 consulten (14.1%) volgde een
26 opname onder dwang.

27

28 <Tabel 2 hier ergens>

29

30 *Verschillen tussen consultaties van personen met en zonder suïcidaal gedrag (tabel* 31 *2)*

32 Bij 32.2% (n=4.741) van de consultaties werd vastgesteld dat er sprake was van
33 suïcidaal gedrag. Binnen deze groep kwam de depressieve stoornis het meest voor
34 (n=1.349; 28.5%) (tabel 1). Bij 66.2% van de patiënten met een depressieve stoornis
35 was sprake van suïcidaal gedrag (n=1.349/2.038). Bij patiënten met een
36 psychotische stoornis was dit 13.1% (n=492/3.761) en kwam suïcidaal gedrag dus
37 minder vaak voor.

1 De gemiddelde leeftijd van patiënten met suïcidaal gedrag was lager dan bij
2 patiënten zonder suïcidaal gedrag (41.3; SD = 15.0 vs. 44.8;SD = 17.8) en het betrof
3 vaker vrouwen. Er waren geen significante verschillen in burgerlijke staat tussen de
4 consultaties met of zonder suïcidaal gedrag. Verder was er bij consultaties met
5 suïcidaal gedrag vaker sprake van een primaire persoonlijkheidsstoornis, een
6 aanpassingsstoornis of een angststoornis. Er was naast de psychotische stoornis
7 minder vaak sprake van een organische stoornis, overige stemmingsstoornissen
8 (bipolair, manisch etc), van een stoornis gebonden aan middelen of van een
9 uitgestelde diagnose.

10 Niet-Nederlanders waren minder vaak suïcidaal dan etnische Nederlanders;
11 personen afkomstig uit een ander westers land, Turkije, Marokko, de Nederlandse
12 Antillen, Suriname, andere niet-westers landen of onbekend internationaal
13 gebied/onbekend.

14

15 Bij de consultaties met suïcidaal gedrag werd in 42.6% van de gevallen (n=2.020) de
16 patiënt opgenomen. Vergeleken met de niet-suïcidale patiënten gebeurde dit vaker
17 vrijwillig dan onvrijwillig (met IBS). Verder werd er vaker naar spoedzorg verwezen of
18 naar zorg. Er werd minder vaak afgewacht of ter plaatste gelaten of vond er gewone
19 continuïteit van zorg plaats. Suïcidale patiënten werden vaker verwezen door de
20 huisarts en het algemeen ziekenhuis en minder vaak door de politie en een APZ.

21

22 *Suïcidepogingen (tabel 2)*

23 Van de consultaties van suïcidale personen werd 28.0% (n=1.364) beoordeeld na
24 een daadwerkelijke suïcidepoging (tabel 3). Vergeleken binnen de consultaties met
25 suïcidaal gedrag deden mannen minder vaak een poging dan vrouwen en de
26 gemiddelde leeftijd van suïcidepogers was lager dan van patiënten die geen
27 suïcidepoging deden. Nederlanders deden minder vaak een poging, terwijl bij de
28 consultaties van Turkse patiënten vaker sprake was van een poging. Suïcidepogers
29 hadden vaker een relatie of de relatiestatus was onbekend. Er was vaker sprake van
30 een uitgestelde of ontbrekende diagnose, en minder vaak van een angststoornis,
31 overige stemmingsstoornis (bipolair, manisch, een primair psychotische stoornis of
32 een stoornis gebonden aan alcohol) dan bij consultaties waarbij wel sprake was van
33 suïcidaal gedrag zonder poging.

34 Bij de consultaties waarvan sprake was van een suïcidepoging werd minder
35 spoedzorg of gewone continuïteit van zorg gegeven er werd vaker vrijwillig
36 opgenomen.

1 De grootste verwijzers bij de consultaties waarbij sprake was van een suïcidepoging
2 waren de algemene ziekenhuizen en de politie, terwijl huisarts minder vaak verwezen
3 na een suïcidepoging.

4

5

Tabel 3 hier ergens>

6

7 In meer dan de helft van de gevallen werd de poging met medicatie gedaan (n=696).
8 Verhanging, de meest gebruikte methode voor suïcide in de gehele Nederlandse
9 populatie (De Winter & Kerkhof 2012), stond bij de consultaties waarbij sprake was
10 van een poging tot verhanging met 7.8% (n=108) op de derde plaats. Er waren geen
11 verschillen in methoden tussen mannen en vrouwen.

12

13

14 **Beschouwing**

15 Een op de drie patiënten die voor consultatie bij de Haagse crisisdienst komen
16 vertoont suïcidaal gedrag. Suïcidaal gedrag komt vooral voor bij een primaire
17 diagnose van depressie, aanpassingsstoornis of een persoonlijkheidsstoornis. Van
18 de patiënten met een primaire diagnose depressie die door de Haagse crisisdienst
19 wordt beoordeeld, is twee derde suïcidaal. Er is weinig onderzoek gedaan naar
20 suïcidaal gedrag door de crisisdienst, terwijl deze discipline juist veel te maken heeft
21 suïcidaliteit en de crisisdienst belangrijk is in de preventie en behandeling van
22 suïcidaal gedrag (While e.a. 2013).

23 Meer dan een kwart van de suïcidale patiënten werd gezien na een poging. Deze
24 patiënten waren jonger en vaker vrouw. De gebruikte methoden voor
25 suïcidepogingen lijken in Den Haag niet anders te liggen dan in de rest van
26 Nederland (Burger & Schudel 2008). Het was opvallend dat een poging, de meest
27 betrouwbare voorspeller voor suïcide (Van Hemert e.a. 2012), binnen de groep van
28 consultaties bij suïcidaal gedrag vaker leidde tot een opname met IBS, maar niet
29 vaker tot opname of spoedzorg. Het betekent mogelijk dat patiënten vaker voor
30 somatische zorg in een algemeen ziekenhuis kunnen blijven of er mogelijk andere
31 factoren (zoals een betrokken systeem) opname onnodig maken; deze patiënten
32 leefden immers vaker samen met een partner en wellicht werden naasten vaker
33 betrokken. Deze suggestie vereist echter enige voorzichtigheid; een zwakte van deze
34 studie is dat burgerlijke staat matig geoperationaliseerd is en er is tevens sprake van
35 veel ontbrekende data wat betreft de relatiestatus..

36

37

1 Sinds meer dan een jaar wordt behandeling van de aanpassingsstoornis niet meer
2 vergoed (Van den Heuvel, 2013) en kunnen patiënten met deze diagnose niet meer
3 goed doorverwezen worden. Het is een zorg hoe deze patiënten adequaat
4 behandeld kunnen blijven worden en of de beperkte mogelijkheid om deze groep te
5 behandelen invloed heeft op het aantal suïcides in deze groep.

6 Bijna de helft van de door de crisisdienst beoordeelde suïcidale patiënten wordt
7 opgenomen en binnen deze groep werden pogers vaker opgenomen dan niet-
8 pogers. In 15.2% van de gevallen wordt de patiënt met een IBS opgenomen.
9 Het is echter onduidelijk wat de effectiviteit van interventies of de iatrogeniteit van
10 een opnameafdeling is (De Winter e.a. 2011). De hoge opnamecijfers hebben
11 waarschijnlijk te maken met specifieke regionale verschillen (Wierdsma e.a. 2012).
12 Op dit moment worden veel bedden afgebouwd in verband met de gevolgen van het
13 bestuurlijk akkoord (Van Hoof e.a. 2012) en het opnamepercentage zal daardoor
14 waarschijnlijk gaan afnemen. Onder andere systeeminterventies zullen een
15 belangrijkere rol moeten gaan spelen als alternatief voor opname (Cornelis 2011)
16 hetgeen door de MRSG bepleit wordt (Van Hemert e.a. 2012). Er is echter nog
17 weinig kennis over de vraag hoe naasten effectief kunnen worden betrokken bij de
18 diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag (De Groot e.a. in review).

19

20 We vinden in deze studie geen duidelijke verschillen voor de burgerlijke staat of
21 etniciteit en suïcidaal gedrag. Uit divers onderzoek komt naar voren dat alleenstaand,
22 gescheiden of weduw(e)naar zijn een groter risico geeft op suïcidaal gedrag en/of een
23 poging (Roskar e.a. 2011), maar dit zien we niet terug in deze studie. In Den Haag
24 vertonen relatief veel allochtone vrouwen suïcidaal gedrag en doen zij relatief vaak
25 suïcidepogingen (Burger e.a. 2005). Wij vinden echter minder vaak suïcidaal gedrag
26 bij niet-Nederlanders. Dit wordt wellicht verklaard doordat een selectie van patiënten
27 bij de Haagse crisisdienst in beeld komt. Een andere mogelijke verklaring is de wijze
28 van operationalisering van etniciteit. We konden Surinamers niet onderverdelen in
29 Hindoestanen of Creolen, terwijl we weten dat vooral jonge Hindoestaanse
30 Surinamers vaker pogingen doen (Burger e.a. 2009). Wel zagen we dat de
31 consultaties van Turkse suïcidepogers vaker voorkwam; dit is eerder is gevonden bij
32 Turkse vrouwen (Burger e.a. 2009). Het SUNA-programma speelt een belangrijke rol
33 in de opvang van deze personen; waarschijnlijk is een aantal niet beoordeeld door de
34 Haagse crisisdienst (Burger e.a. 2013) en is hierdoor bias opgetreden.

35

36 Suïcidale patiënten worden vaker verwezen door de huisarts en de algemene
37 ziekenhuizen. De politie is verhoudingsgewijs de grootste verwijzer en verwijst vaker

1 suïcidale patiënten met dan zonder suïcidepoging. Het aantal verwijzingen van
2 suïcidale personen door de politie kan toenemen als politiefunctionarissen worden
3 getraind in het herkennen van suïcidaal gedrag (Isaac e.a. 2009; Steendam & De
4 Keijser 2011). Patiënten die door de politie worden verwezen zijn vaker psychotisch
5 en/of zorgen vaak voor ernstige maatschappelijke overlast.

6

7 *Beperkingen*

8 In deze studie is er voor gekozen om de consultaties en niet individuele patiënten te
9 analyseren. Sommige patiënten zijn vaker gezien, maar in de analyses als
10 afzonderlijke cases beschouwd. Het kan betekenen dat bepaalde patiënten (bv
11 patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis) een naar verhouding zwaar
12 statistisch gewicht hebben gelegd in de uitkomsten en dit kan voor vertekening van
13 de uitkomsten hebben geleid. Immers, in deze groep worden de interventies (mede)
14 bepaald door wat in het behandelplan is opgenomen. Ook zijn
15 persoonlijkheidsstoornissen niet uitgesplitst, terwijl bekend is dat suïcidaal gedrag bij
16 borderline persoonlijkheidsstoornis veelvuldig voorkomt. Ook het afzonderlijk
17 beschouwen van consultaties van patiënten met andere diagnoses die vaker dan één
18 keer gezien zijn kunnen voor vertekening hebben gezorgd, omdat het beleid dat bij
19 vorige consultaties is gevoerd bepalend is voor actueel beleid.

20

21 De classificaties zijn gebaseerd op een klinisch oordeel of een eerder gestelde
22 diagnose zonder dat dit met een gevalideerd gestructureerd interview is gestaafd. Dit
23 geldt ook voor suïcidaal gedrag; er is gebruik gemaakt van het klinisch oordeel over
24 de aanwezigheid van suïcidaal gedrag en niet van gevalideerde meetinstrumenten.
25 Uit de literatuur is bekend dat dit kan leiden tot onderschatting van suïcidaal gedrag,
26 vooral van pogingen (Brown e.a. 2015). Aan de andere kant adviseert de MRSG de
27 klinische inschatting als maatgevend te nemen en raadt het gebruik van
28 instrumenten af, aangezien er geen betrouwbare meetinstrumenten beschikbaar zijn
29 om suïcidaal gedrag vast te stellen (Van Hemert e.a. 2012).

30

31 Als laatste is het lastig om een uitspraak te doen over de ernst van de poging. Als
32 voorbeeld geven we een suïcidepoging met een railvoertuig. Dit wordt in de regel als
33 een ernstige poging gedefinieerd; het aantal mensen wat een aanrijding met een
34 railvoertuig overleefd is immers gering (Van Houwelingen e.a. 2010; Krynska & De
35 Leo 2008). Bij de consultaties waren patiënten die op rails lagen en er door de politie
36 afgehaald waren, zonder dat het duidelijk was in hoeverre de persoon de bedoeling

1 had om te worden aangereden en/of er een trein op riskante wijze en op snelheid in
2 de buurt was.

3

4 *Vervolg beschouwing*

5 Suïcide is moeilijk te voorspellen maar een poging is een risicofactor voor suïcide
6 gedurende de rest van het leven. Het is dan ook noodzakelijk om met suïcidale
7 patiënten een professionele samenwerking aan te gaan. In de praktijk gebeurt het
8 echter vaak dat toch geen alliantie kan worden aangegaan met een ernstig suïcidale
9 patiënt (van Tilburg e.a. 2008, Jacobs e.a. 2003). Bij een reëel risico op suïcide of
10 ernstige zelfbeschadiging kan er als er geen mogelijkheid is om terug te vallen over
11 een adequaat steunsysteem, een inbewaringstelling worden aangevraagd (Van
12 Hemert e.a. 2012; Van Tilburg e.a. 2008). Verder is het belangrijk te beseffen dat van
13 de mensen met suïcidegedachten ongeveer 40% geen behandeling krijgt (Bruffaerts,
14 2011) en dus ook niet beeld komt bij een crisisdienst.

15

16 *Vervolgonderzoek*

17 Met dit onderzoek hebben we een eerste aanzet gegeven voor verder onderzoek.
18 Ondanks de grove maten beoogden we meer inzicht en duidelijkheid te vinden over
19 het handelen van de psychiatrische crisisdienst. De implementatie van de MRSG is
20 onderzocht in de Pitstopstudie (de Beurs e.a. 2013). De Haagse crisisdienst viel
21 binnen deze multicenter gerandomiseerde gecontroleerde studie in de controlegroep,
22 wat betekende dat tijdens de studie de medewerkers geen training in
23 richtlijntoepassingen ontvingen. Na de studie is er meer aandacht besteed aan de
24 scholing van medewerkers. Het zou interessant zijn om te onderzoeken of dit heeft
25 geleid tot verschillen in diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag.
26 Patiënten worden nu nog vaak vrijwillig opgenomen maar door de toekomstige
27 beddenafbouw zal er mogelijk een verschuiving ontstaan naar minder vrijwillige
28 opnames en meer gedwongen opnames (Rhodes e.a. 2014). Er is echter nooit
29 aangetoond dat opnames suïcides kunnen voorkomen (Rudd e.a. 1999). De laatste
30 jaren worden door de beddenafbouw steeds minder patiënten opgenomen (Van Hoof
31 e.a. 2012), terwijl het aantal opnamevoorkomende teams, die een belangrijke rol in
32 de diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag spelen, toeneemt (Ness e.a.
33 2012).

34 Relevant is te onderzoeken welke factoren de afhandeling van suïcidaal gedrag
35 bepalen. Verder is het interessant om te monitoren in hoeverre het handelen van de
36 crisisdiensten verandert door de beddenafbouw en hoe effectief
37 opnamevoorkomende teams zijn in het voorkomen van suïcide.

1

2 **Conclusie**

3 Suïcidaal gedrag komt voor bij een derde van de consultaties door de Haagse
4 crisisdienst. Suïcidaal gedrag komt vooral voor bij depressie, aanpassingsstoornis en
5 een persoonlijkheidsstoornis, en minder vaak bij een psychotische stoornis. Suïcidale
6 patiënten worden in bijna de helft van de gevallen zonder dwang opgenomen.
7 Suïcidale patiënten worden vooral verwezen door algemene ziekenhuizen en de
8 huisartsen, vooral als er sprake is van een suïcidepoging.

9

10

1 **Literatuur**

2 Aleman A, Denys D. Mental health: A road map for suicide research and prevention.
3 Nature 2014; 22(509, 7501): 421-423.

4

5 American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental
6 disorders. Text revision 4. Washington: American Psychiatric Press; 2000.

7

8 Beurs DP de, de Groot MH, Bosmans JE, de Keijser J, Mokkenstorm J, Verwey B ea.

9 Reducing patients suicide ideation through training mental health teams in the

10 application of the Dutch multidisciplinary practice guideline on assessment and

11 treatment of suicidal behavior: study protocol of a randomized controlled trial. *Trials*

12 2013; 14(372): 1-10.

13

14 Bueno de Mesquita J, de Winter RFP, Verwey B, de Groot M . De Multidisciplinaire

15 richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. *epidemiologisch bulletin*

16 2013; 48(1-2): 43-51.

17

18 Burger I, van Hemert AM, Bindraban CA, Schudel WJ. Parasuïcides in Den Haag.

19 Meldingen in de jaren 2000-2004. *epidemiologisch bulletin* 2005; 40(4): 2-8.

20

21 Burger I, Schudel WJ. Suïcides in Den Haag, 1987-2007 *epidemiologisch bulletin*

22 2008; 43(1): 2-9.

23

24 Burger I, van Hemert AM, Schudel WJ, Middelkoop BJC (2009). Suicidal behaviour in

25 four ethnic groups in The Hague, 2002-2004. *Crisis* 2009; 30: 63-67.

26

27 Burger I, van Vlist D, Bravaric R, Janki I, Ferber M. Verslaglegging over de periode

28 juni 2011 t/m oktober 2012, met casusverslagen SuNa-casemanagement Den Haag

29 voor 12 - 27-jarigen met suïcidaal gedrag *epidemiologisch bulletin* 2013; 48(1-2): 35-

30 42.

31

32 Brown GK, Currier GW, Jager-Hyman S, Stanley B. Detection and classification of

33 suicidal behavior and nonsuicidal self-injury behavior in emergency departments. *J*

34 *Clin Psychiatry* 2015; 76(10):1397-403.

35

36 Bruffaerts R, Demyttenaere K, Hwang I, Chiu WT, Sampson N, Kessler RC, ea..

37 Treatment of suicidal people around the world. *Br J Psychiatry* 2011;199(1): 64-70.

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37

Centraal Bureau Statistiek [online]. 2014 (bezoekt op 26 oktober 2015); Beschikbaar op URL: <http://www.cbs.nl>.

Cornelis J. Intervenieren bij suïcidaliteit. Zonder naasten gaat het niet. *Systeemtherapie* 2011; 23(4): 217-230.

Goldney, DR. *Suicide prevention*. Oxford: Oxford University Press; 2008.

Hasselberg N, Gråwe RW, Johnson S, Šaltytė-Benth J, Ruud T. Psychiatric admissions from crisis resolution teams in Norway: a prospective multicentre study. *BMC Psychiatry* 2013 18;113:1-16.

Have M ten, de Graaf R, van Dorsselaer S, Verdurmen J, van 't Land H, Vollebergh W. Suïcidaliteit in de algemene bevolking: Gedachten en pogingen resultaten van de Netherlands Mental Health. Survey and Incidence Study (NEMESIS). Utrecht: Trimbos-instituut; 2006.

Hemert AM van, Kerkhof AJFM, de Keijser J, Verwey B, van Boven C, Hummelen JW ea. *Multidisciplinaire richtlijn. Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag*. Trimbos-instituut, Utrecht; 2012.

Heuvel E van den. Zorgverzekeraars gaan winkelen in de DSM. *Psychopraktijk* 2013; 5(5): 31-34.

Hoeymans N, Schoemaker CG,. *De ziektelast van suïcide en suïcidepogingen*. Bilthoven RIVM; 2010.

Hoof F van, van Vugt M, Knispel A, Kroon. Bedden tellen - Afbouw van de intramurale ggz. *MGv* 2012; 67(6): 298-310.

Houwelingen CA van, Kerkhof AJ, Beersma DG. Train suicides in The Netherlands. *J Affect Disord* 2010; 127(1-3): 281-286.

Huisman A, van Houwelingen CH, Kerkhof AJFM. Psychopathology and suicidemethod in mental health care. *J Affect Disord* 2010; 121(1-2):94-99.

1 Isaac, M., Elias, B, Katz, LY, Belik, SL, Deane, FP, Enns, MW, & Sareen, J.
2 Gatekeeper training as a preventative intervention for suicide: a systematic review.
3 Can J Psychiatry 2009; 54(4), 260-268.
4
5 Isometsa E. Suicidal behaviour in mood disorders- Who, When, and Why. Can J
6 Psychiatry 2014; 59(3): 120-130.
7
8 Jacobs DG, McIntyre JS, Charles SC. Practice guideline for the assessment and
9 treatment of patients with suicidal behaviors. Am J Psychiatry 2003; 160(11 suppl): 1-
10 60.
11
12 Keij I. Hoe doet het CBS dat nou? Standaarddefinitie allochtonen. Index 2000;10: 24-
13 25.
14
15 Krysinska K, De Leo D. Suicide on railway networks: epidemiology, risk factors and
16 prevention. Aust N Z J Psychiatry 2008; 42(9): 763-771.
17
18 Miret M, Nuevo R, Morant C, Sainz-Corton E, Jimenez-Arriero MA, Lopez-Ibor JJ ea.
19 The role of suicide risk in the decision for psychiatric hospitalization after a suicide
20 attempt. Crisis 2011; 32(2): 65-73.
21
22 O'Connor RC, Nock MK. The psychology of suicidal behaviour. The Lancet
23 Psychiatry 2014; 1(1): 73 - 85.
24
25 Reeves A, McKee M, Stuckler D. Economic suicides in the Great Recession in
26 Europe and North America. Br J Psychiatry 2014; 205(3):249-247.
27
28 Rihmer Z, Kapitany B, Gonda X, Dome P. Suicide, recession, and unemployment.
29 Lancet 2013; 381(9868): 722-723.
30
31 Roskar S, Podlesek, A, Kuzmanic, M, Demsar, LO, Zaletel M, Marusic A. Suicide risk
32 and its relationship to change in marital status. Crisis 2011; 32(1): 24-30.
33
34 Rhodes P, Giles SJ. "Risky business": a critical analysis of the role of crisisresolution
35 and hometreatment teams. J Ment Health 2014;23(3): 130-134.
36

1 Steendam M, De Keijser J. Gatekeepers trainingen: (Hoe) werkt het?
2 Voorjaarscongres NVvP; 30 maart 2011; Amsterdam 2011.
3
4 Tilburg W van, van Veldhuizen JR, Beijaert EW, van de Ven-Dijkman MV, Mulder CL,
5 Schulte PF ea. Richtlijn besluitvorming dwang: opname en behandeling. In: Utrecht.
6 De Tijdstroom; 2008.
7
8 Wexler L, Silveira ML, Bertone-Johnson E. Factors associated with Alaska Native
9 fatal and nonfatal suicidal behaviors 2001-2009: trends and implications for
10 prevention. Arch Suicide Res 2012; 16(4): 273-286.
11
12 While D, Bickley H, Roscoe A, Windfuhr K, Rahman S, Shaw J ea. Implementation of
13 mental health service recommendations in England and Wales and suicide rates
14 1997-2006: a cross sectional and before and after observational study. Lancet 2013,
15 379(9820):1005-12.
16
17 Wierdsma, Al, Driessen, GAM, Smeets, HM, Visser, E. Regionale verschillen in
18 nazorg bij inbewaringstelling. Tijdschrift voor Psychiatrie 2012; 54(9): 777-783.
19
20 Winter RFP de, Krijger J, Hazewinkel MC, Miedema, van Amerongen A.
21 Fasering bij suïcidaliteit op een gesloten acute opnameafdeling. Psychopraktijk 2011;
22 3(2): 19-23.
23
24 Winter RFP de, Kerkhof AJFM. Suizid und Suizidprävention in den Niederlanden.
25 Suizidprophylaxe 2012; 150(3): 90-94.
26
27
28
29
30
31

1 **Auteurs**

2

3 Remco de Winter is psychiater en regio opleider volwassenen psychiatrie voor de
4 Parnassia Groep. Verder is hij senior onderzoeker aan de VU (Amsterdam).

5

6 Marieke de Groot is senior onderzoeker aan de VU (Amsterdam), en was lid van de
7 werkgroep voor de MRSG

8

9 Marina van Dassen MSc is ANIOS op de ADHD-poli van PsyQ Den Haag.

10

11 Mathijs Deen is psycholoog, promovendus en statisticus bij de Parnassia Groep

12

13 Derek de Beurs is psycholoog en senior onderzoeker aan het NIVEL.

14

15

16

17 Correspondentieadres:

18 Dr. RFP de Winter

19 Kiwistraat 42

20 2552 DH Den Haag

21 Telefoon: 088-3580031

22 E-mail: r.dewinter@parnassia.nl

23

24

25

26 Strijdige belangen: geen

27

28 **Dankbetuiging:**

29 We willen de medewerkers van de Haagse crisisdienst bedanken die de informatie
30 hebben verzameld en in het bijzonder het secretariaat van de crisisdienst die iedere
31 werkdag de meldingen naging en codeerde voor de database. Verder willen we
32 Ronald Kwakkelstein en Rineke van Zuthem-Soerel, bedanken voor de hulp van
33 “hogerhand” en Ad Kerkhof voor het grondig nakijkwerk en advies voor het
34 manuscript.

35

1 **Tabel 1 Selectie van stress- en kwetsbaarheidsfactoren voor suïcide (Van Hemert e.a.**
 2 **2012).**

<p>Algemeen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suïcidepoging • Letaliteit van de poging • Suïcidegedachten, intentie, plannen • Beschikbaarheid van een middel • Eerdere pogingen of zelfdestructief gedrag <p>Persoonskenmerken:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Leeftijd (ouder) • Geslacht (man) <p>Psychiatrische aandoeningen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stemmingsstoornis • Angststoornis • Schizofrenie of psychotische stoornis • Intoxicatie (alcohol en/of drugs) • Verslaving • Eetstoornis • Persoonlijkheidsstoornis • Voorgeschiedenis van psychiatrische behandeling • Slaapstoornis (bij ouderen) • Suïcide in de familie 	<p>Psychologische factoren</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wanhoop • Negatief denken • Denkt een last te zijn voor anderen • Angst • Agitatie en/of agressie • Impulsiviteit • Gebeurtenissen en verlies • Verlieservaringen • Ingrijpende gebeurtenissen (onder andere huiselijk geweld, seksueel misbruik, verwaarlozing) • Lichamelijke ziekte, pijn • Werkloosheid • Detentie • Overig • Onvoldoende contact bij onderzoek (te weinig informatie) <p>Beschermdende factoren (selectie)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Goede sociale steun • Verantwoordelijkheid tegenover anderen, kinderen • Actief betrokken zijn bij een religieuze gemeenschap • Goede therapeutische relatie
---	---

3
 4
 5
 6
 7
 8
 9
 10

1
2
3

Tabel 3 Methodes van pogingen bij consultaties van suïcidale patiënten

Methoden	4	5	6
	n	%	
Totaal	1364	100%	
Medicatie	696	51.0%	
Snijden	143	10.5%	
Ophanging	107	7.8%	
Gerelateerd aan railvoertuig/verkeer	53	3.9%	
Van hoogte springen	41	3.0%	
Verdrinken	30	2.2%	
Diverse (asfyxie, vuurwapen, auto, geforceerd ongeval etc.)	118	8.7%	
Vergiftiging	40	2.9%	
Onbekend invul fout	136	10.07%	

1 Tabel 2 Verschillen tussen consultaties van personen met (n=4.741) en zonder suïcidaal gedrag (n=9.964) en tussen consultaties met (n=1.364) en
 2 zonder suicidepoging (n=3.377) door de Haagse crisisdienst.

3

	Allen ^a n=1.4705	Suïcidaal ^a 4.741	Niet-suïcidaal ^a 9.964	Poging ^a 1.364	Suïcidaal vs. niet-suïcidaal	Indien suïcidaal pogers vs. niet-pogers
Model 1 (leeftijd, geslacht, etniciteit)						Model 1a
Leeftijd in jaren m (sd)	44.0(16.5)	41.3(15.1)***	44.8(17.8)	39.7(15.5) ***	OR = 0.98,(95% CI 0.98-0.98)	OR= 0.99(95% CI 0.99-1.00)
Geslacht (man)	53.7	48.7%***	56.1	42.3 ***	OR = 0.77,(95% CI 0.71-0.82)	OR= 0.75(95% CI 0.66-0.84)
Nederlands	59.6	65.1	57	59.3 ***	ns	OR=0.79(95% CI 0.69-0.90)
Niet-Nederlands	35.6	30.2	38.2	35.6	ns	-
Westers	9.4	7.5 ***	10.2	8.1	OR = 0.61, (95% CI 0.54-0.70)	ns
Marokko	3.7	2.9 ***	4.1	2.9	OR = 0.50, (95% CI 0.40-0.60)	ns -
Nederlandse-Antillen	2.4	1.7 ***	2.7	2.3	OR = 0.52, (95% CI 0.40-0.66)	ns-
Turkije	3.2	3.2 **	3.1	5.0 *	OR = 0.75, (95% CI 0.61-0.91)	OR=1.52(95% CI 1.08-2.12)
Suriname	9.2	8.2 ***	9.6	9.0	OR = 0.70, (95% CI 0.61-0.79)	ns
Overig niet-Westers	7.8	6.6 ***	8.2	8.3	OR = 0.59, (95% CI 0.51-0.68)	ns
Onbekend	4.7	4.6 **	4.8	5.1	OR = 0.77, (95% CI 0.65-0.91)	ns
Model 2 Leeftijd, geslacht, burgerlijke staat)	-	-	-	-	-	Model 2a
Gehuwd	15.5	17.3	14.5	19.9 *	ns	OR =1.20(95% CI 1.00-1.40)
Ongehuwd	48	48.1 ***	48.0	45.1 **	OR =0.70, (95% CI 0.65-0.77)	OR =0.78(95% CI 0.68-0.91)
Geen relatie	12.8	14.2	12.2	13.5	Ns	ns
Relatie onbekend	20.2	17 ***	21.7	18.6	OR =0.64, (95% CI 0.58-0.71)	ns
Weduw(e)(naar)	3.4	3.2	3.6	2.7	ns	ns
Model 3 (primaire diagnose)						Model 3a
depressieve stoornis	13.9	28.5 ***	6.6	28.7	OR = 3.72, (95% BI 3.31-4.19)	ns
overige stemmingsstoornissen	7.4	5.4 ***	8.4	4.0 **	OR = 0.58, (95% CI 0.50-0.68)	OR =0.57(95% CI 0.41-0.78)
aanpassingsstoornis	2.1	3.6 ***	1.4	4.4	OR = 2.25, (95% CI 1.78-2.84)	ns
neurotische /angst stoornis	7.2	9.4 ***	6.2	8.3 ***	OR = 1.38, (95% CI 1.19-1.59)	OR= 0.71(95% CI 0.55-0.90)
persoonlijkheidsstoornis	6.7	11.0 ***	4.7	12.9	OR = 2.14, (95% CI 1.85-2.47)	ns
psychotische stoornis	25.6	10.4 ***	32.8	8.6 ***	OR = 0.29, (95% CI 0.25-0.32)	OR=0.65(95% CI 0.51-0.82)
organische stoornis	4.3	0.95 ***	5.9	0.7	OR = 0.14, (95% CI 0.10-0.20)	ns
Geen/uitgestelde diagnose	6.8	4.7 ***	7.7	7.3 **	OR = 0.55, (95% CI 0.47-0.65)	OR=1.65(95% CI 1.24-2.20)
alcohol/middelen gebonden	19.7	19.7	19.7	17.7	Ns	ns
(primair alcohol)	14.6	16.0	14.0	13.9 ***	ns	OR=0.69(95% CI 0.57-0.85)
(primair middelen)	5.1	3.8 ***	5.7	3.8	OR = 0.60, (95% CI 0.50-0.73)	ns
Overig/Onbekend	6.3	6.4	6.3	7.4	ns	ns

Model 4 (verwijzer)	-	-	-	-	-	Model 4a
Algemeen ziekenhuis	16.9	21.7 ***	14.6	57.8 ***	OR = 1.59(95% CI 1.35-1.87)	OR=11.29(95% CI 9.07-14.04)
Verwijzer locatiedienst APZ	15.0	12.7 ***	16.1	6.7	OR =0.66 (95% CI 0.55-0.78)	ns
Politie	39.0	23.4 ***	45.9	18.8 ***	OR =0.44, (95% CI 0.37-0.51)	OR=0.64(95% CI 0.51-0.81)
Huisarts	23.4	35.7 ***	18.0	12.9 ***	OR = 1.67,(95% CI 1.43-1.96)	OR=0.61(95% CI 0.48-0.78)
Overig	2.7	3.0	2.6	1.9	ns	ns
Model 5 (gevolgde beleid)						Model 5a
Opname	34.4	42.6	30.8	45.3 **	ns	OR=2.12(95% CI 1.38-3.25)
Opname zonder dwang	20.3	32.9 ***	14.5 ***	32.5	OR = 4.69, (95% CI 4.10-5.37)	ns
Opname met IBS	14.1	9.7 ***	16.3	12.8 *	OR = 1.52, (95% CI 1.32-1.76)	OR=1.57(95% CI 1.01-2.45)
Spoedzorg	30.1	36.0 ***	28.0	32.2 ***	OR = 3.30, (95% CI 2.89-3.76)	OR=0.61(95% CI 0.46-0.80)
Zorg	20.0	13.0 ***	23.3	13.1	OR = 0.43, (95% CI 0.39-0.48)	ns
Afwachten/ter plaatse laten	14.7	7.8 ***	17.9	8.9	OR = 0.29, (95% CI 0.26-0.35)	ns

1 *** <.001, **< .01, * <.05.

2 ^a in % tenzij anders aangegeven

3

4

