

PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

The following full text is a publisher's version.

For additional information about this publication click this link.

<http://hdl.handle.net/2066/24827>

Please be advised that this information was generated on 2017-12-05 and may be subject to change.

Richtlijnen en naleving daarvan bij de psychiatrische opvang van suïcidepogers in algemene ziekenhuizen

B. VERWEY, G.T. KOOPMANS, B.C. OPMEER, F.G. ZITMAN EN F.J. HUYSE

Patiënten die een suïcidepoging hebben gedaan worden in ongeveer 30% van de gevallen opgenomen in een algemeen ziekenhuis.¹ Aanleiding voor opname is meestal de lichamelijke toestand van de patiënt. Niet alleen zijn observatie en bewaking noodzakelijk, ook de psychische toestand dient beoordeeld te worden. Voor een kwalitatief goede opvang is een aantal richtlijnen geformuleerd.²

Patiënten dienen opgenomen te worden op een afdeling waar zij de benodigde lichamelijke zorg krijgen. De psychiater dient snel betrokken te worden bij de zorg voor suïcidepogers en moet in staat zijn de gevraagde zorg snel te verlenen, ook buiten kantooruren. Suïcidepogers die niet helder zijn als zij voor het eerst door de psychiater worden gezien, dienen op een later tijdstip nog eens te worden beoordeeld.³ Een heteroanamnese en informatie van (vorige) behandelaars is vaak nodig, zeker bij geïntoxiceerde patiënten, om een juiste beoordeling mogelijk te maken. Zowel het verkrijgen van informatie over de aanleiding tot de suïcidepoging als het voorbereiden van opvang na de opname vormt een reden om anderen dan alleen de patiënt te spreken. Om de kans op adequate nazorg te vergroten, is contact met de nazorginstantie vanzelfsprekend van belang.

Met het hier gepresenteerde onderzoek wordt geprobeerd inzicht te geven in de kwaliteit van de zorg voor suïcidepogers in algemene ziekenhuizen. Het onderzoek richtte zich vooral op de kwaliteitsaspecten toegankelijkheid en coördinatie van de zorg.⁴ De volgende vragen stonden daarbij centraal:

- Welke richtlijnen hanteren ziekenhuizen ten aanzien van de opvang van suïcidepogers wat betreft toegankelijkheid en coördinatie van zorg?
- In hoeverre is de feitelijke opvang in overeenstemming met de gehanteerde richtlijnen?

PATIËNTEN EN METHODEN

Het onderzoek werd uitgevoerd in 2 academische en 5 perifere Nederlandse ziekenhuizen. Selectie van zieken-

Ziekenhuis Rijnstate, afd. Psychiatrie, Postbus 9555, 6800 TA Arnhem. B. Verwey, psychiater.

Erasmus Universiteit, Instituut Beleid Management Gezondheidszorg, Rotterdam.

G.T. Koopmans, psycholoog.

Academisch Ziekenhuis Vrije Universiteit, Psychiatrisch Consultatieve Dienst, Amsterdam.

B.C. Opmeer, research-psycholoog; dr. F.J. Huyse, psychiater.

Academisch Ziekenhuis Sint-Radboud, afd. Psychiatrie, Nijmegen.

Prof. dr. F.G. Zitman, psychiater.

Correspondentieadres: B. Verwey.

SAMENVATTING

Doel. Inzicht verkrijgen in de richtlijnen die gehanteerd worden bij de zorg aan suïcidepogers in algemene ziekenhuizen en in de mate waarin deze richtlijnen in de praktijk worden nageleefd.

Opzet. Beschrijvend, retrospectief.

Plaats. Ziekenhuis Rijnstate, afdeling Psychiatrie, Arnhem.

Methode. Inventarisatie van richtlijnen voor opvang van suïcidepogers vond plaats door middel van interviews met aan 7 algemene ziekenhuizen verbonden psychiaters. Deze inventarisatie beperkte zich tot richtlijnen ten aanzien van de toegankelijkheid (dit is de tijd tussen opname en consultaanvraag en -verlening) en de coördinatie van zorg (dit is de afstemming op de toestand van de patiënt, de overdracht van informatie). Vervolgens werd van alle in 1991 in deze ziekenhuizen opgenomen suïcidepogers onderzocht hoe deze richtlijnen in de praktijk werden nageleefd door gebruikmaking van gegevens van een meeromvattend Europees onderzoek.

Resultaten. In alle 7 ziekenhuizen bleken afspraken te zijn gemaakt over de opvang van suïcidepogers. De richtlijnen met betrekking tot de toegankelijkheid van zorg vertoonden een vrij sterke overeenkomst in de verschillende ziekenhuizen; over de coördinatie van zorg bleken er meer lokale varianten te bestaan. De toegankelijkheid van zorg bleek veelal in overeenstemming met de richtlijnen te zijn. De coördinatie van zorg liet meer afwijkingen van de richtlijnen zien, waarbij bovendien aanzienlijke verschillen tussen de ziekenhuizen te constateren waren in de mate waarin van de richtlijn werd afgeweken.

Conclusie. Richtlijnen bij de zorg aan suïcidepogers opgenomen in algemene ziekenhuizen kwamen niet in alle opzichten overeen; de naleving verschilde aanzienlijk, vooral betreffende de coördinatie van zorg.

huizen was gebaseerd op deelname aan een meer omvattend Europees onderzoek: de 'European consultation liaison workgroup (ECLW) collaborative study'. Elders is beschreven hoe dit onderzoek tot stand is gekomen en welke methode werd gevolgd.⁵⁻⁸ In het kader van dit onderzoek werden gegevens verzameld van in 1991 in algemene ziekenhuizen opgenomen patiënten die werden doorverwezen naar een psychiatrisch consultatieve dienst. Ten behoeve van het huidige onderzoek werd geïnventariseerd welke richtlijnen in de verschillende ziekenhuizen werden gebruikt. Vervolgens werden uit het ECLW-onderzoek die patiënten geselecteerd die waren verwezen wegens een suïcidepoging (n = 348). Patiënten die alleen op de spoedeisende hulp werden gezien, werden niet in het onderzoek betrokken.

De richtlijnen ten aanzien van de opvang van suïcidepogers werden vastgesteld op basis van gesprekken met

psychiaters van de ziekenhuizen die bij het onderzoek betrokken waren. Bij 5 ziekenhuizen waren er schriftelijk vastgelegde richtlijnen, bij 2 ging het om mondeling overeengekomen richtlijnen. Met name die richtlijnen werden nagetrokken die betrekking hadden op de mate waarin de zorg voor suïcidepogers beschikbaar was (toegankelijkheid) en op de mate waarin de zorg op de juiste manier op de patiënt werd afgestemd (coördinatie: wordt de zorg op de juiste plaats en op het juiste moment gegeven en hoe vindt informatieoverdracht plaats?).

Bij de statistische bewerking werden verschillen tussen ziekenhuizen getoetst met de χ^2 -toets.

RESULTATEN

Ziekenhuis- en dienstkenmerken. De in de 7 ziekenhuizen aanwezige psychiatrisch consultatieve diensten verschilden wat betreft de beschikbaarheid van personele middelen: de grootste dienst had een personele capaciteit van 0,38 zogenaamde fulltime-equivalent (fte) per 1000 opnamen en de kleinste een van 0,07 fte per 1000 opnamen. De meeste diensten beschikten over circa 0,2 fte per 1000 opnamen. Het percentage suïcidepogingen als deel van het totale aantal consulten varieerde van 9,8 tot 41,1 en bedroeg gemiddeld 17,9.

Patiëntenkenmerken. Vrouwen waren enigszins oververtegenwoordigd en bijna de helft van de verwijzingen betrof jongvolwassenen. Het merendeel (70%) van de patiënten was ongehuwd, gescheiden of verweduwd. Bijna 35% woonde alleen (tabel 1).

Een groot deel had een psychiatrische voorgeschiedenis: bijna 35% had de afgelopen 5 jaar één of meer psychiatrische opnamen gekend. Ruim 35% was reeds in behandeling bij een ambulante instelling voor de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) (tabel 2).

Richtlijnen. De verschillende richtlijnen die bij de opvang van suïcidepogers in de verschillende ziekenhuizen

TABEL 1. Demografische kenmerken van 348 patiënten die in 1991 wegens suïcidepoging werden opgenomen in een algemeen ziekenhuis

	n (%)
<i>geslacht</i>	
man	160 (46,0)
vrouw	187 (53,7)
onbekend	1 (0,3)
<i>leeftijd (in jaren)</i>	
tot 18	4 (1,1)
18-34	167 (48,0)
35-50	109 (31,3)
51-64	25 (7,2)
65-74	14 (4,0)
≥ 75	16 (4,6)
onbekend	13 (3,7)
<i>burgerlijke staat</i>	
ongehuwd	178 (51,1)
gehuwd	97 (27,9)
gescheiden	52 (14,9)
verweduwd	14 (4,0)
onbekend	7 (2,0)
<i>leefsituatie</i>	
alleen	121 (34,8)
met anderen	222 (63,8)
onbekend	5 (1,4)

TABEL 2. Voorgeschiedenis van 348 patiënten die in 1991 wegens suïcidepoging werden opgenomen in een algemeen ziekenhuis

	n (%)
<i>psychiatrische zorg (laatste 5 jaar)</i>	
geen	113 (32,5)
huisarts	17 (4,9)
poliklinisch	89 (25,6)
1-2 opnamen	76 (21,8)
3 of meer opnamen	45 (12,9)
onbekend	8 (2,3)
<i>somatische zorg (laatste 5 jaar)</i>	
geen	122 (35,1)
huisarts	70 (20,1)
poliklinisch	41 (11,8)
1-2 opnamen	60 (17,2)
3 of meer opnamen	20 (5,7)
onbekend	35 (10,1)
<i>poliklinische behandeling</i>	
geen	161 (46,3)
maatschappelijk werk	9 (2,6)
bij huisarts	35 (10,1)
ambulante geestelijke gezondheidszorg	123 (35,3)
eigen dienst	12 (3,4)
onbekend	8 (2,3)
<i>psychiatrische diagnose (ICD-10)</i>	
geen of opgeschort	61 (17,5)
F0 – organisch syndroom	16 (4,6)
F1 – gebruik van psychoactieve middelen	58 (16,7)
F2 – schizofrenie	58 (16,7)
F3 – stemmingsstoornis	38 (10,9)
F4-9 – anders	117 (33,6)

ICD = 'International classification of diseases'.

werden gehanteerd, staan hierna genoemd. Daarbij is aangegeven in hoeverre het ECLW-onderzoek criteria bevatte om de richtlijn te toetsen.

– Binnen 24 h na opname moet een psychiatrisch consult worden aangevraagd. Deze richtlijn gold in alle ziekenhuizen. Geregistreerd werden de datum van opname en die van de aanvraag van het consult.

– De uitvoering van het consult dient op dezelfde dag als de aanvraag te geschieden. Geregistreerd werden de datum van aanvraag en die van uitvoering van het eerste consult.

– De psychiatrisch consultatieve dienst is zowel binnen als buiten kantooruren beschikbaar, maar aanvragen voor een consult worden zoveel mogelijk binnen kantooruren uitgevoerd. Dit gold voor alle ziekenhuizen.

– De patiënt wordt beoordeeld als hij aanspreekbaar is (6 ziekenhuizen) of direct (1 ziekenhuis). Om de mate van helderheid van patiënten bij het eerste consult vast te stellen werd de 'Reaction level scale'-85 gebruikt. Hierbij wordt in 8 graden ('alert', 'suf of verward', 'zeer suf of verward' et cetera) onderscheid gemaakt, naargelang patiënten reageren op prikkels (aanspreken of aanraken, roepen of schudden en pijn).⁹

– Patiënten die bij het eerste consult niet alert waren, dienen een vervolgsconsult te krijgen. Er werd geregistreerd hoe vaak patiënten een vervolgsconsult kregen.

– Informatie van huisarts, behandelaar en derden (familie) dient altijd te worden ingewonnen (5 ziekenhuizen) of alleen op indicatie (2 ziekenhuizen). Er werd geregi-

streerd welke informatie werd ingewonnen van medische bronnen, sociale bronnen, GGZ-bronnen, familieleden en anderen, en andere bronnen.

– De familie wordt, indien mogelijk, altijd bij het consult betrokken (5 ziekenhuizen) of alleen indien gewenst (2 ziekenhuizen). Er werd geregistreerd op wie de psychologische behandeling en gedragsmatige benadering zich richtte: patiënt, familie of staf.

– Overleg met de nazorginstantie dient altijd telefonisch en schriftelijk te geschieden (4 ziekenhuizen), altijd telefonisch (2 ziekenhuizen) of altijd schriftelijk (1 ziekenhuis). Er werd geregistreerd of de nazorginstantie werd geïnformeerd en, zo ja, hoe: telefonisch, schriftelijk, telefonisch én schriftelijk of niet.

Uitvoering richtlijnen. Ziekenhuizen bleken statistisch significant te verschillen ten aanzien van de uitvoering van de richtlijn dat voor suïcidepogers binnen 24 h na opname een consult moest worden aangevraagd (tabel 3). In één van de ziekenhuizen werd in 33% van de gevallen op de dag van opname een consultaanvraag gedaan, terwijl dat in een ander ziekenhuis voor 68% van de gevallen gold.

Ten aanzien van de richtlijn dat de uitvoering van het consult op dezelfde dag als de aanvraag diende te geschieden verschilden ziekenhuizen ook statistisch significant van elkaar. Bij de 2 ziekenhuizen die onder het gemiddelde zaten, werd in respectievelijk 62 en 75% van de opnamen conform deze richtlijn gehandeld.

Ook was er een statistisch significant verschil ten aanzien van het percentage buiten kantooruren uitgevoerde consulten. In 3 ziekenhuizen werd ongeveer eenderde van de consulten buiten kantooruren verricht.

Gemiddeld 77% van de patiënten was bij het eerste consult alert, 17% versuft en 5% zeer versuft tot buiten bewustzijn. De ziekenhuizen verschilden statistisch significant wat betreft het percentage alerte patiënten dat werd gezien. In ziekenhuis 3, waar de richtlijn gold alle patiënten direct te beoordelen, bleek het percentage niet-alerte patiënten niet het hoogst te zijn, terwijl in een van de ziekenhuizen waar de afspraak gold alleen aanspreekbare patiënten te beoordelen bijna 40% van de patiënten in (meer dan) versufte toestand werd gezien.

Niet-alerte patiënten werden percentueel vaak (gemiddeld 81%) voor een follow-upgesprek gezien. In 1 ziekenhuis was dit percentage beduidend lager: 29. De aantallen waren echter te klein om dit statistisch te interpreteren.

Gemiddeld werd in 72% van de gevallen informatie verzameld via één of meer externe bronnen. De mate waarin extern informatie werd ingewonnen verschilde per ziekenhuis, maar toetsing van de verschillen was niet zinvol, omdat er 2 verschillende richtlijnen werden gehanteerd. Eén van de 2 ziekenhuizen (2 en 7) waar de richtlijn gold dat alleen op indicatie informatie moest worden ingewonnen, bleek meer dan gemiddeld (in 85% van de gevallen) extern informatie in te winnen. Bij ziekenhuis 5, waar standaard informatie moest worden ingewonnen, bleek dit in slechts 38% van de gevallen te gebeuren.

Wanneer gekeken werd naar alleen die patiënten die met anderen samenleefden, bleek de familie gemiddeld in een percentueel klein aantal gevallen betrokken te worden bij het consult (gemiddeld 31%; uitersten: 14-50). Ziekenhuizen verschilden onderling statistisch significant in dit opzicht. Onder de ziekenhuizen (1, 3, 4, 5 en 6) die de richtlijn hanteerden dat de familie standaard moest worden betrokken, bleek dit bij 2 slechts in 14% van de gevallen te gebeuren.

Communicatie met een nazorginstelling vond gemiddeld in 86% van de gevallen plaats. Communicatie verliep in 22% van de gevallen uitsluitend schriftelijk, in 32% uitsluitend telefonisch en in 46% zowel schriftelijk als telefonisch. Omdat er 3 verschillende richtlijnen werden gehanteerd, was hier toetsing ook niet zinvol. Eén ziekenhuis voerde in 100% van gevallen overleg met de nazorginstantie, terwijl een ander ziekenhuis in 33% van de gevallen op geen enkele wijze overleg had gevoerd. Bij de ziekenhuizen die volgens de richtlijn werkten dat zowel schriftelijk als telefonisch gecommuniceerd diende te worden, bleek vooral de schriftelijke vorm regelmatig achterwege gelaten te worden (1 ziekenhuis kwam niet verder dan 15%). Het ziekenhuis dat aangaf de schriftelijke vorm te verkiezen, bleek in dit opzicht ook het hoogst te scoren: in 87% van de gevallen werd de na-

TABEL 3. Uitvoering richtlijnen rond psychiatrische consultatie bij 348 patiënten die in 1991 wegens suïcidepoging werden opgenomen in een algemeen ziekenhuis*

	ziekenhuis							totaal (n = 348)	p†
	1 (n = 59)	2 (n = 45)	3 (n = 47)	4 (n = 26)	5 (n = 40)	6 (n = 85)	7 (n = 46)		
aanvraag binnen 24 h na opname	47	60	68	58	48	53	33	52	< 0,05
consult op dag aanvraag	86	87	94	62	75	87	85	84	0,000
consult binnen kantooruren	63	69	66	85	93	82	76	76	0,008
patiënt alert bij 1e consult	63	87	75	75	83	72	89	77	0,02
vervolggesprek met aanvankelijk niet-alerte patiënt	90	75	67	100	29	95	80	81	≥ 0,05
informatie ingewonnen	86	49	81	100	38	71	85	72	
familie betrokken bij consult	50	18	14	47	14	38	30	31	< 0,01

*Weergegeven zijn percentages waarin voldaan werd aan de betreffende richtlijn.

†De waarde van p geeft weer of de ziekenhuizen onderling verschilden (χ^2 -toets).

zorginstantie schriftelijk op de hoogte gesteld. De ziekenhuizen die telefonisch overleg prefereerden, sprongen er echter niet uit op dit punt (zie tabel 3).

BESCHOUWING

In alle ziekenhuizen bestonden afspraken over de opvang van suïcidepogers. De richtlijnen betreffende de toegankelijkheid van zorg vertoonden een grotere mate van overeenstemming dan die ten aanzien van de coördinatie van zorg. Ten aanzien van de uitvoering werd soms substantieel afgeweken van de norm die men zelf gesteld had.

Er is daarbij echter wel wat af te dingen op de validiteit van de geconstrueerde criteria, omdat het in feite gaat om een onderzoek dat met gegevens werkt die zijn verzameld voor een breder doel. Criteria waarmee de gehanteerde richtlijnen direct worden beoordeeld, zijn harder dan andere. Een criterium waarmee de tijd in dagen tussen opnamedatum en consultdatum wordt beoordeeld, is in hoge mate betrouwbaar bij onderzoek naar het naleven van de richtlijn dat een suïcidepogers binnen 24 h na opname beoordeeld moet worden. Dat geldt echter minder voor een criterium waarmee men wil toetsen in hoeverre de familie bij het consult betrokken werd.

Dit alles impliceert dat de soms grote discrepanties die naar voren zijn gekomen, niet zonder meer als inadequate zorg bestempeld kunnen worden. Desalniettemin vertonen de resultaten een zeker patroon, waaraan wij enige tentatieve conclusies menen te kunnen verbinden.

Wat de toegankelijkheid van zorg betreft, leek de praktijk redelijk tot goed in overeenstemming te zijn met de richtlijnen. Op aanvragen werd over het algemeen snel gereageerd, zeker als ze urgent waren, terwijl tegelijkertijd de consulten in de meeste gevallen tijdens kantooruren werden uitgevoerd. Alleen het aanvragen van een consult geschiedde in veel gevallen niet binnen de daarvoor gestelde termijn.

Ten aanzien van de coördinatie van zorg vertoonden de richtlijnen zelf niet alleen een grotere diversiteit, ook de mate waarin ze werden uitgevoerd was nogal wisselend. Wat betreft de aanspreekbaarheid van de patiënt, hanteerden op 1 na alle ziekenhuizen dezelfde richtlijn, maar deze werd in bijna een kwart van de gevallen niet nageleefd. De richtlijn om de familie bij het consult te betrekken, die door 5 van de 7 ziekenhuizen werd gehanteerd, bleek in de praktijk voor alle ziekenhuizen in meer of mindere mate weerbarstig te zijn. Communicatie met nazorginstanties, door alle ziekenhuizen op enige wijze onderschreven als noodzakelijk, bleek voor sommige goed uitvoerbaar, maar werd door een ander bij ongeveer eenderde van de patiënten niet gerealiseerd.

Voor de richtlijnen waarbij meerdere partijen betrokken waren, leken erg kwetsbaar te zijn. Richtlijnen waarbij de consultatieve dienst de naleving ervan zelf in handen had, zoals duidelijk het geval bij de responstijd en in feite ook bij het vervolfbezoek aan niet-alerte patiënten, werden door het merendeel van de diensten goed uitgevoerd.

Mogelijk wordt bij de opvang van suïcidepogers voor-

al 'eerste hulp' (aan de patiënt) gegeven en het verdere werk minder nauwgezet (dit is conform de richtlijnen) uitgevoerd. Aangezien dit deel van het werk meestal erg arbeidsintensief is, kan er een verband bestaan met de beschikbare mankracht. Gelet op het geringe aantal deelnemende ziekenhuizen kan dat binnen het kader van dit onderzoek niet worden aangetoond. Uit de ECLW-onderzoeksgegevens bleek echter wel dat de totale tijd besteed aan een casus in 76% van de gevallen hooguit 120 min was (en in 41% van de gevallen maximaal 60 min). Wanneer in die tijd de patiënt beoordeeld moet worden en relevante informatie aan derden (familie, huisarts, verwijzer) gevraagd en gegeven moet worden, lijkt dat kort.

Deelnemende coördinatoren en ziekenhuizen: dr.F.J.Huyse, Academisch Ziekenhuis Vrije Universiteit, Amsterdam; J.H.M. van Laarhoven, Elisabeth Ziekenhuis, Tilburg; dr.W.op den Velde, Sint Lucas Ziekenhuis, Amsterdam; J.Pronk, Academisch Ziekenhuis Groningen; J.N.Schoenmacker, Ignatius Ziekenhuis, Breda; B.Verwey, Ziekenhuis Rijnstate, Arnhem, J.van Zaane, Spaarne Ziekenhuis, Heemstede.

Financiële steun werd verkregen van COMAC-HSR (grant MR-340-NL), Robert Bosch Stiftung (grant 1-1.5.130.0075.0), het Nationaal Fonds Geestelijke Volksgezondheid (grant 90.3594), Upjohn en Pfizer.

ABSTRACT

Guidelines and their observance in the psychiatric care of failed suicides in general hospitals

Objective. To gain insight into the guidelines established for the care of failed suicides in general hospitals, and into the degree to which these guidelines are observed in practice.

Design. Descriptive, retrospective.

Setting. Department of Psychiatry, Rijnstate Hospital, Arnhem, the Netherlands.

Method. An inventory of guidelines for the care of failed suicides was made by interviewing seven psychiatrists on the staff of general hospitals. The inventory was limited to access (interval between admission and referral/consultation), and the coordination of the care (i.e. adjustment to the patient's condition, transfer of information). Subsequently, the cases of all failed suicides admitted to these hospitals in 1991 were studied to find out how these guidelines were observed in practice; use was made for this purpose of data from a more extensive European study.

Results. All seven hospitals proved to have rules for coping with failed suicides. Guidelines concerning accessibility of care were fairly similar in the various hospitals; regarding the coordination of care, more local variants were found to exist. The accessibility of care was found to be mostly in accordance with the guidelines. There were more deviations from the guidelines where the coordination of care was concerned; in addition, there were substantial differences between the hospitals in the degrees to which deviation from the guidelines occurred.

Conclusion. Guidelines for the care of failed suicides admitted to general hospitals were not in all respects similar; the observance differed markedly, especially regarding the coordination of care.

LITERATUUR

- ¹ Kerkhof AJFM. Suïcide en de geestelijke gezondheidszorg [proefschrift]. Lisse: Swets en Zeitlinger, 1985.

- ² Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale toetsing. Opvang van suicidepogers in algemene ziekenhuizen. Utrecht: CBO, februari 1991.
- ³ Laan WJDM, Verwey B. Een zinvol gesprek op de juiste tijd? Ned Tijdschr Geneesk 1992;136:353-5.
- ⁴ Harteloh PPM, Casparie AF. Kwaliteit van Zorg, van een zorginhoudelijke benadering naar een bedrijfskundige aanpak. Den Haag: Vuga/De Tijdstroom, 1991.
- ⁵ Huyse FJ. Consultation-liaison psychiatry. Does it help to get organized? The European Consultation-Liaison Workgroup. Gen Hosp Psychiatry 1991;13:183-7.
- ⁶ Huyse FJ, Herzog T, Malt UF, Lobo A. The European Consultation-Liaison Workgroup (ECLW) Collaborative Study. I. General outline. Gen Hosp Psychiatry 1996;18:44-55.

- ⁷ Lobo A, Huyse FJ, Herzog T, Malt U, Opmeer BC. The ECLW Collaborative study II: patient registration form (PRF) instrument, training and reliability. European Consultation/Liaison Workgroup. J Psychosom Res 1996;40:143-56.
- ⁸ Malt UM, Huyse FJ, Herzog T, Lobo A, Rijssenbeek APMM and the ECLW. The European Consultation-Liaison Workgroup (ECLW) Collaborative Study of ICD-10 psychiatric diagnoses in the general hospital setting - an investigation of 220 consultants from 14 European countries. J Psychosomatic Res 1996;41:451-63.
- ⁹ Starmark JE, Stalhammar D, Holmgren E. The Reaction Level Scale (RLS85). Manual and guidelines. Acta Neurochir (Wien) 1988;91:12-20.

Aanvaard op 17 april 1997

Casuïstische mededelingen

Verworven hemofilie A

R.E.BROUWER, M.V.HUISMAN, J.D.M.FEUTH EN F.J.M.VAN DER MEER

Een nieuw ontstane bloedingsneiging is een indicatie voor stollingsonderzoek. Als aan een daarbij gevonden afwijkende laboratoriumuitslag onvoldoende aandacht wordt besteed, kan dat leiden tot vertraging in diagnostiek en behandeling. Dit kan ernstige complicaties tot gevolg hebben. Wij zagen recentelijk een patiënt met een verworven stollingsstoornis die zich bij oriënterend onderzoek uitte in een verlengde geactiveerde partiële tromboplastinetijd (APTT). Verder onderzoek toonde antistoffen tegen stollingsfactor VIII, waarna de diagnose 'verworven hemofilie A' werd gesteld.

ZIEKTEGESCHIEDENIS

Patiënt A, een 74-jarige man, die tevoren niet wegens bloedingsneiging bekend was, zocht elders medische hulp vanwege persisterende hematurie 3 weken na een transurethrale resectie van de prostaat. Ondanks sectio alta met evacuatie van stolsels en blaashalsresectie persisteerde de bloeding. Stolselvorming resulteerde 10 weken later in een blaasretentie, waarop wederom een sectio alta met lokale hemostase werd verricht. Hierna ontstonden hematomen over het gehele lichaam. Nu pas werd aandacht besteed aan een al langer bestaande verlengde APTT en werd patiënt naar ons ziekenhuis overgeplaatst.

Wij zagen een zieke, bleke man met een bloeddruk van 110/60 mmHg en een polsfrequentie van 110/min. Het litteken van de onderbuiklaparotomie was bloederig. Over het hele lichaam werden uitgebreide hematomen gezien. De hemoglobineconcentratie was 3,8 mmol/l. Stollingsonderzoek toonde een verlengde APTT (50,6 s (normaal \leq 33)) en een normale protrombinetijd. Trombocytengetal en bloedingstijd waren nor-

SAMENVATTING

Een 74-jarige man kreeg een ernstige bloedingsstoornis op basis van verworven factor-VIII-remming. Hij had een verlengde geactiveerde partiële tromboplastinetijd (APTT), maar een normale protrombinetijd. De factor-VIII-waarde bedroeg 0,07 internationale eenheden en de hoeveelheid factor-VIII-remmer 8,8 Bethesda-eenheden. Minstens de helft van de gevallen van verworven hemofilie A hangt samen met de zwangerschap, de postpartumperiode, een onderliggende maligniteit of auto-immuunziekte. De bloedingsneiging kan ernstig en levensbedreigend zijn. Acute bloedingen kunnen worden behandeld met humane- of varkensfactor-VIII-concentraat, met geactiveerde-protrombinecomplex-concentraat (FEIBA) of met recombinantfactor VIIa, afhankelijk van de antilichaamtiter. Immunosuppressieve therapie zorgt ervoor dat bij minstens 60% van de patiënten de stollingsremmer verdwijnt. Bij patiënten met een spontane bloedingsneiging moet een zorgvuldige anamnese worden opgenomen, moeten stollingsproeven worden gedaan en dient een specialist te worden ingeschakeld.

maal. Verder stollingsonderzoek toonde een factor-VIII-activiteit van 0,07 internationale eenheden (normaal: 0,49-1,82). Er werden antistoffen tegen humane factor VIII aangetoond (8,8 Bethesda-eenheden; zie verder). De diagnose 'verworven hemofilie A' werd gesteld. De patiënt kreeg erythrocytentransfusies en het stollingsfactorconcentraat FEIBA (van 'factor eight inhibitor bypassing activity'), een concentraat van geactiveerde-protrombinecomplex, in een dosering van 100 E/kg 2 dd. De stolsels werden operatief uit de blaas verwijderd. De volgende dag werd, omdat inmiddels een lage kruisreactiviteit tegen varkensfactor VIII was gevonden, deze factor toegediend. Het resultaat daarvan was echter onvoldoende en er werd weer overgegaan op FEIBA. Hierna traden geen noemenswaardige bloedingscomplicaties meer op. Patiënt werd echter steeds zieker: er ontstond multiorgaanfalen en hij maakte een enterokokken- en *Pseudomonas*-sepsis door. Ondanks maximale therapie verbeterde zijn toestand niet en 19 dagen na opname bij ons overleed hij.

Academisch Ziekenhuis, Postbus 9600, 2300 RC Leiden.
Afd. Algemene Interne Geneeskunde: R.E.Brouwer, assistent-geneeskundige; dr.M.V.Huisman, internist.
Afd. Heelkunde Intensive Care: dr.J.D.M.Feuth, internist.
Afd. Hematologie, sectie Hemostase en Trombose Onderzoek: F.J.M.van der Meer, internist.
Correspondentie-adres: R.E.Brouwer.