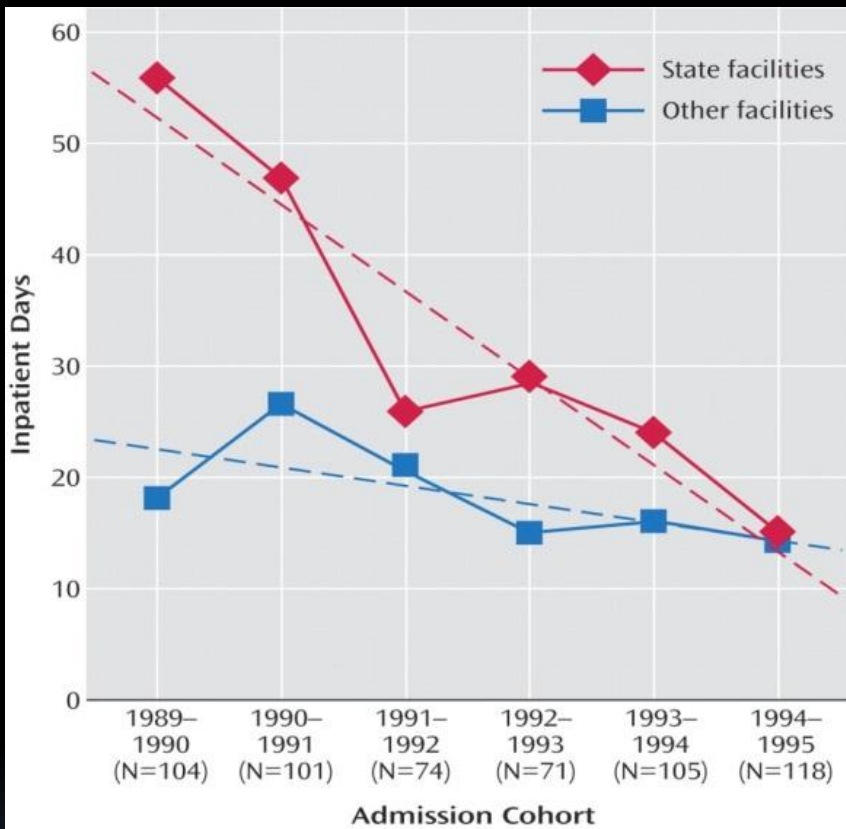
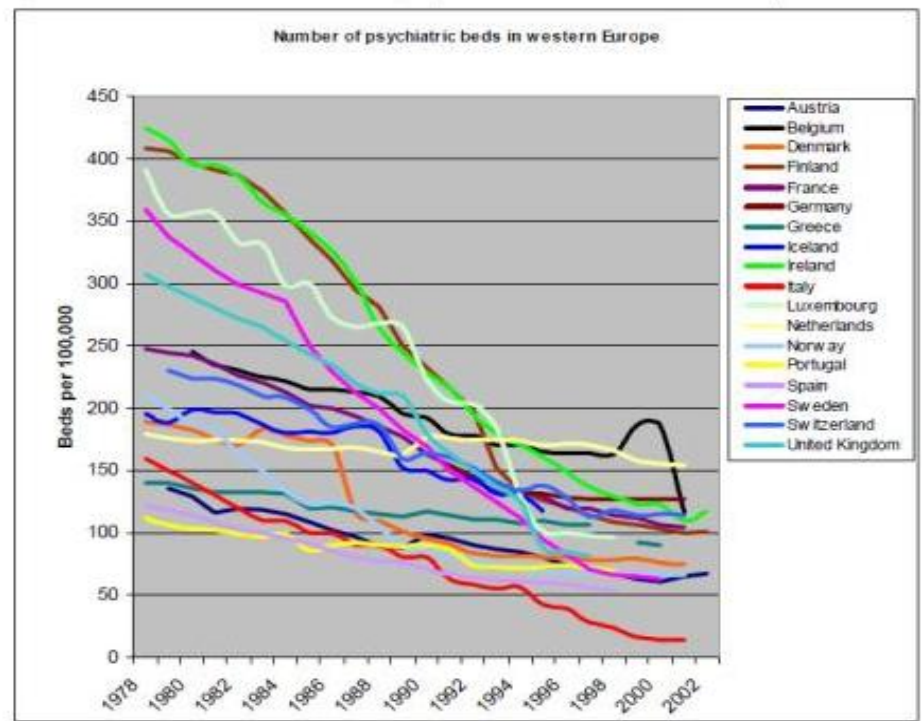


# Kan het gebruik van vragenlijsten suicide voorkomen ?

Prof. Dr. Ronny Bruffaerts  
UPC-KULeuven



**42-82% daling in opnameduur voor psychotische stoornissen, 1989-1995**



Source: WHO Health For All 2005

**63% minder psychiatrische bedden in de EU, 1978-2002**

# Top down effecten van vermaatschappelijking

- Mbt 'plaats' van de zorg : **'opschuiven' van locus of care**
  - Institutie > maatschappij > thuissituatie
  - Institutie > somatisch ziekenhuis en huisarts
  - Per decade zoekt 10% méér personen met emotionele problemen hulp
- Mbt klinische paradigma's : **disabilities < skills/abilities**
  - ° Kortdurende motivatieverhogende interventies
  - ° Rehabilitatie voor de chronische patiënt
  - Van *care* naar *cure*
- ° **Preventiedenken**
  - Van prevalentie naar preventie : hoe voorkómen ?

# Over het voorkomen

---

	12 maanden	ooit
Gedachten	0,9%	8,3%
Plannen	0,6%	3,2%
Pogingen	0,4%	2,9%
Overlijdens	0,02%	--

---

- **Suïcidaliteit gaat 'op-en-af'**
  - Schommelt, ook binnen één dag
  
- **Persistent**
  - 33% rapporteert nog suïcide-ideatie tot 10 jaar na baseline
  - 7-14% rapporteert nog suïcidepogingen tot 10 jaar na baseline

# Behandelaspecten

---

	België	wereld
□ Suïcide-ideatie	89%	34%
□ Suïcideplan	83%	42%
□ Suïcidepoging	50%	52%
□ (gewogen) gemiddelde	<b>64%</b>	39%

---

- Gemiddeld 36% zoekt geen hulp
  - Vooral cognitie “Ik heb geen nood aan behandeling”
- Meerderheid in contact met (g)gz
  - 59% op niveau van eerstelijns; 54% op niveau van ggz
  - Niet (noodzakelijk) omwille van emotionele redenen

- Van diegenen die in contact komen met (g)gz
  - Tot 70% van aan TS overleden ptn gaf géén indicatie van suïcidaliteit bij laatste contact
  - Van diegenen die aangaven dat er suïcidedreiging is, is *timing* van de TS moeilijk te voorspellen – ‘binnen het jaar’
  - Tot 50-75% ‘unrecognized suicide’



# Barrières ten aanzien van hulp zoeken bij suïcidale personen



# Hoe het suïcidale proces beïnvloeden?

## ■ Preventie

- Beter **herkenning**

- Een beter interview
- Het gebruik van meetinstrumenten

- 'Means restriction'

- 'Gatekeeper education'

## ■ Behandeling

- Gedragstherapeutische aanpak

- In behandeling zijn is *op zich* voldoende

# Meetinstrumenten ...

- 4 systematische reviews, > 100 suicide risk instruments (1966 -2012)
- Evaluaties 'good practices' suicide risk assessment
  - 11% A-rating – consistente *good practice* en evidentie
  - 28% B-rating – wellicht *good practice* en evidentie
  - 61% C-rating of lager – *geen effect of af te raden*

# Meetinstrumenten

- **Scale for Suicide Ideation (SSI)**
  - 21 items; ingevuld door de pt, ~10'
  - Predictief voor overlijden door suicide: score > 2 → 7x hoger
  - Valide & betrouwbaar in klinische én niet-klinische settings
  - Sensitief voor verandering in suicide-ideatie in 24h
- **Suicide Intent Scale (SIS)**
  - 15 items, interview, ~10'
  - Niet predictief voor overlijden door suicide
  - Hoge betrouwbaarheid maar middelmatige validiteit

# Crisis Triage Rating Scale

- 3 crisisgerelateerde domeinen
  - Gevaar / suïcidaliteit
  - Gepercipieerde sociale steun
  - Motivatie tot behandeling
- Gescoord door de clinicus
- Evidente *anchored items*
  - Score per dimensie én een totaalscore

# Suicide risk assessment scale

Suicide risk	Signal/Symptom	Investigation	Conduct
0	No disturbance or discomfort.	-	-
1	Mild emotional disturbance.	Inquire about suicidal ideation.	Listen with empathy.
2	Vague death-related ideas.	Inquire about suicidal ideation.	Listen with empathy.
3	Vague suicide-related ideas.	Investigate intention (plan and method).	Investigate support possibilities.
4	Suicide-related ideas with <b>no</b> mental disorder.	Investigate intention (plan and method).	Investigate support possibilities.
5	Suicide-related ideas <b>with</b> mental disorders <b>or</b> important social stressor.	Investigate intention (plan and method). Establish rapport.	Refer to psychiatric care.
6	Suicide-related ideas <b>with</b> mental disorders <b>or</b> agitation <b>and</b> previous suicide attempt.	Patient should not be left alone (in order to block the access to means to commit suicide).	Hospitalization.

- **Gebruik instrumenten = betekenisloos**, geen doel op zich
- **'Clinical chain in suicide prevention'**
  - Assessment
  - Managen
    - Contact- / behandelingsdimensie met de patiënt
    - Veiligheid en gesecuriseerde band met hulpverlener
    - Woord verlenen; taal geven aan suicidaliteit
  - Behandeling en langere intensieve follow-up

# Kan het gebruik van meetinstrumenten suicide voorkomen?

## ■ Nee

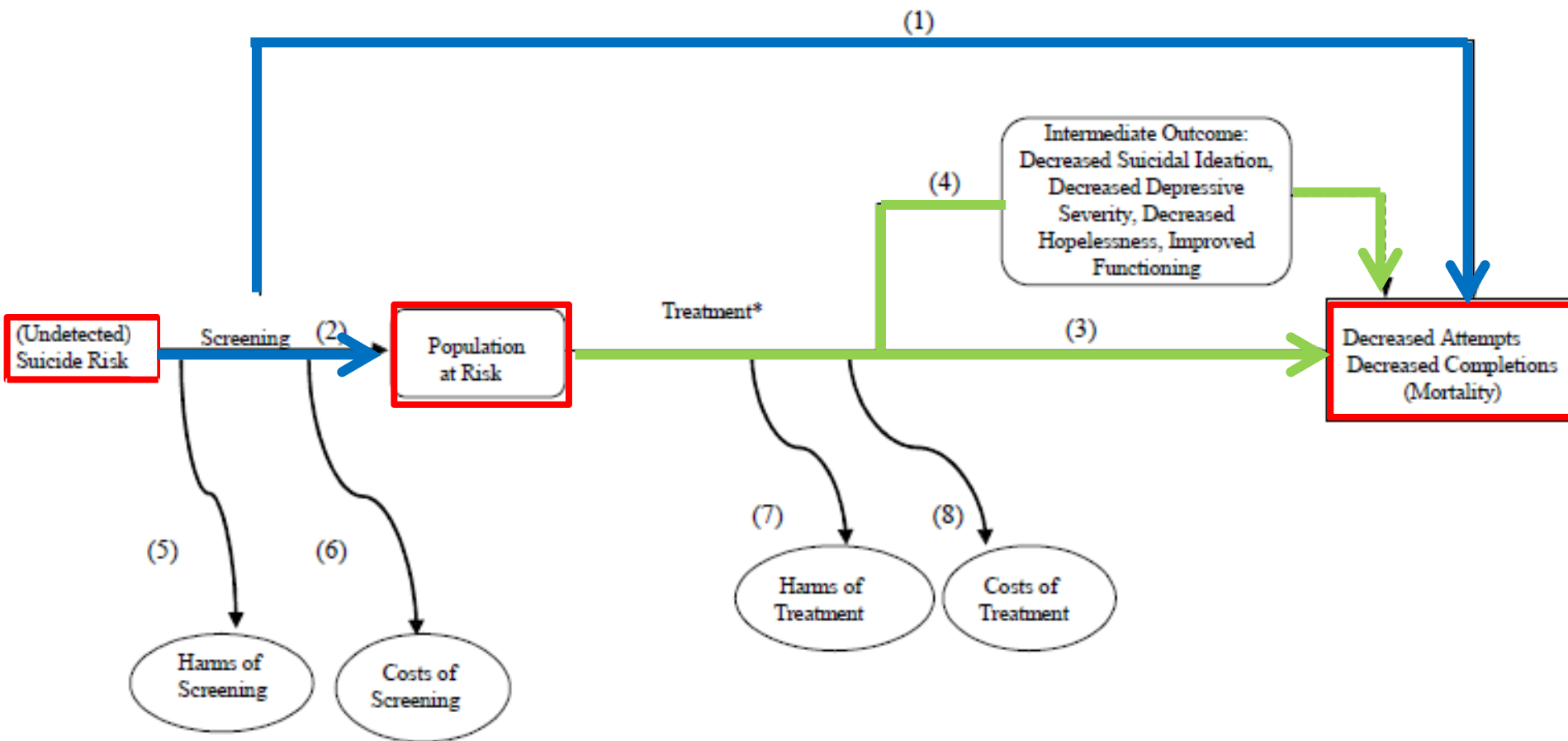
- Nergens aangetoond ...
- Screeningsinstrumenten hebben geen predictieve waarde
- Hoe instrumenten gebruiken als men niet in de zorg komt?
- Louter gebruik heeft geen zin
- Gebruik van instrumenten heeft geen enkel verband met suïdecijfers
- Patiënten geven niet aan dat ze suïcidaal zijn
- ...

## ■ Ja

- Selectieve preventie – 18-25-jarigen
- Inbedding in ketenzorg
- Therapeutische tool geven aan pt en hulpverlener
  - 'gemeenschappelijkheid'
- Band met hulpverlener = preventief
  - Enkel als ingangspoort voor Rx
  - Commitment to treatment
- Klinische waarde



# Suïcidaliteit als maatschappelijk gezondheidsprobleem



# Tot besluit

- Preventie van suïcide is een eenduidige beleidslijn maar moeilijk te operationaliseren (*wat versus hoe*)
- Het gebruik van meetinstrumenten leidt niet tot een daling van suïcidaliteit
- Toch kunnen meetinstrumenten makkelijk worden geïmplementeerd in de klinische zorg en risicopatiënten identificeren en dus via behandeling suïcide verminderen
- Preventie van suïcide als schakel in geïntegreerde ketenzorg of *chained clinical care*

**9u30:** Kan protocollair behandelen suïcide voorkomen?  
Prof. Dr. K. Van Heeringen (psychiater, eenheid voor zelfmoordonderzoek, UZ Gent)

**10u15** Kan correcte berichtgeving suïcide voorkomen?  
Prof. Dr. G. Portzky (psycholoog, eenheid voor zelfmoordonderzoek, UZ Gent)

**11u00:** Koffiepauze

**11u30:** Kan gebruik van meetinstrumenten suïcide voorkomen?  
Prof. Dr. R. Bruffaerts (psycholoog, onderzoeksgroep psychiatrie, UZ Leuven)

**12u15:** Lunch

*Voorzitter namiddagsessie: Dr. C. Bervoets (psychiater, PZ OLV Brugge)*

**13u15** Kan dwang suïcide voorkomen?  
Prof. Dr. J. Vandenberghe (psychiater, onderzoeksgroep psychiatrie, UZ Leuven)

**14u 00** Kan euthanasie suïcide voorkomen?  
Lic. Mevr. A. Callebert (psycholoog, MTA De Vliering, Boechout en De Pont, Mechelen)

**14u45** Koffiepauze

**15u15** Kan beschikbaarheid van zorg suïcide voorkomen?  
Mevr. R. Vanhove (coördinator zorg voor suïcidepogers, suïcidepreventie CGG, Lommel)

**16u00** Afsluitend woord  
Dr. H. Demunter (psychiater, UPC KU Leuven)