

Ontwikkelen van een richtlijn voor het beoordelen van het risico van suïcide

Bert van Hemert
Madeleine van der Velden
Remco de Winter



Discussiegroep



Parnassia - Den Haag
Bureau 24-uurszorg
Crisisdienst

Statistiek

- **Parasuïcide: ± 100 per 100.000 per jaar**
 - Jaarlijks 16.000 parasuïcides in Nederland
- **Suïcide: ± 10 per 100.000 per jaar**
 - Jaarlijks 1.600 suïcides in Nederland
- **Op 10 parasuïcides 1 suïcide**

Evidence base

- Veel onderzoek naar risicofactoren van suïcide: klinisch voorspellen lukt niet
- Probleem: er zijn geen clinical trials!

→ Risicoweging

Evidence based medicine

Het nauwgezet, expliciet en verstandig
gebruik van de best beschikbare evidentie

David Sackett, BMJ 1996; 312: 71

Klinische richtlijn

- Beschikbare evidentie
- Best practice (klinische praktijk)
- Systematiek van de beoordeling
- Zorgvuldigheid van de beoordeling
- Overeenstemming over de methodiek

Internationaal

- **Engeland**
 - NICE, 2004
- **USA**
 - APA, 2003
 - Risk management foundation, 2003
- **Nieuw Zeeland**
 - NZGG, 2003
 - NZGG Young, 1998
- **Nieuw Zeeland&Australie**
 - RANZCP, 2003
- **Australie**
 - ACEM Young, 2000

Nederland

- CBO 1991
- Richtlijncommissie
- Ziekenhuis psychiatrie

- Allerhande lijstjes
- Nog geen klinische richtlijn

Programma

- **Inleiding**
 - Bert van Hemert**Discussie**
–
- **Feiten over suïcide**
 - Madeleine vd Velden**Discussie**
–
- **Beoordeling risico**
 - Remco de Winter**Discussie**
–

Discussie

Suïcidaliteit suicide

Wat we ervan weten

Wat we ermee doen

Wat is er nodig bij suïcidale uitspraken

- Kennis statistische gegevens
- Interviewtechnieken
- Richtlijn?

Richtlijn suïcidaliteit

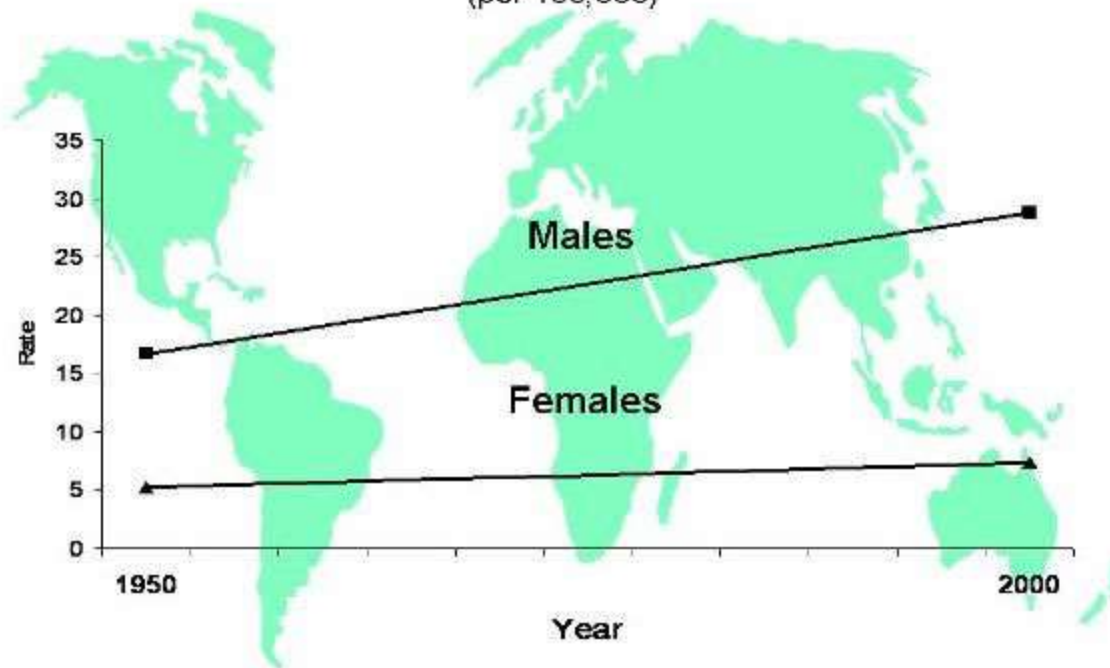
- Hij is er niet in Nederland
- Hij is er wel in andere landen USA, Nieuw Zeeland
- Ook al gaat het best wel goed
- Misschien kan het toch de beoordeling verbeteren
- Vaak wisselende artsen

Wat is er bekend over suïcide?

Demografische factoren

Evolution of global suicide rates 1950-2000

(per 100,000)

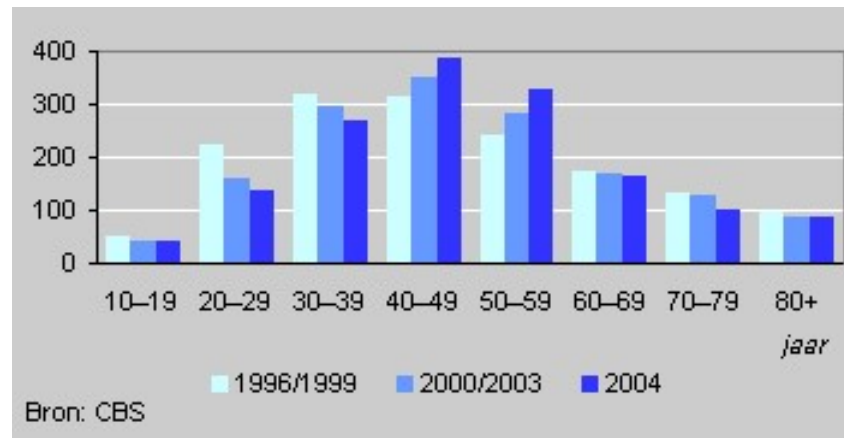


Suicide 2004

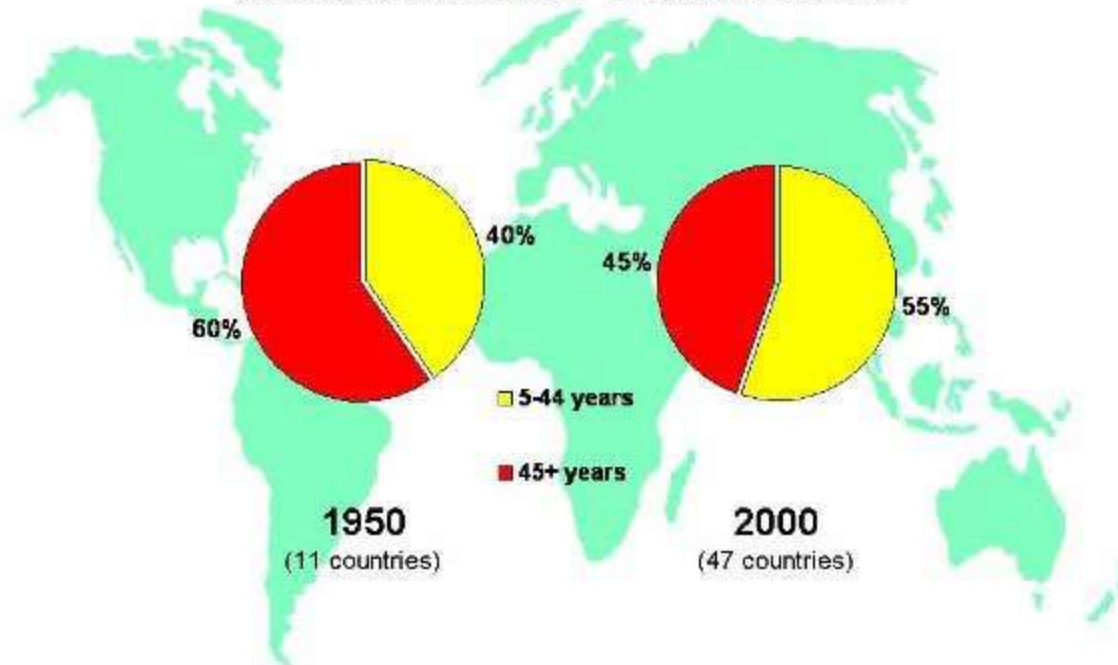
Nederland

- 1514 suicides, gemiddeld 4 per dag
- 1% van totaal aantal overledenen
- Mannen 2 x zo vaak als vrouwen
- Aantal suicides is al jaren stabiel
- Belangrijkste doodsoorzaak jong volwassenen
- Concentratie op middelbare leeftijd (toename)
- Afname op jongere en oudere leeftijd

Leeftijd



Changes in the age distribution of cases of suicide between 1950 and 2000



Aantallen

- Grote gemeentes oververtegenwoordigd
- 2% slagingspercentage pogingen
- 4-5% van de bevolking doet ooit één of meer keer een poging
- Verhanging meest gekozen methode
- Aantal verschilt per land

Factoren

- Psychiatrisch beeld
- Sociale factoren
- Erfelijke factoren

Sociale factoren

- Werkeloosheid
- Trauma
- Geweld
- Verlating
- Ontbreken van sociale steun
- Teruggang sociaal economisch
- Homo/biseksualiteit
- Werkgerelateerd

Werkgerelateerd

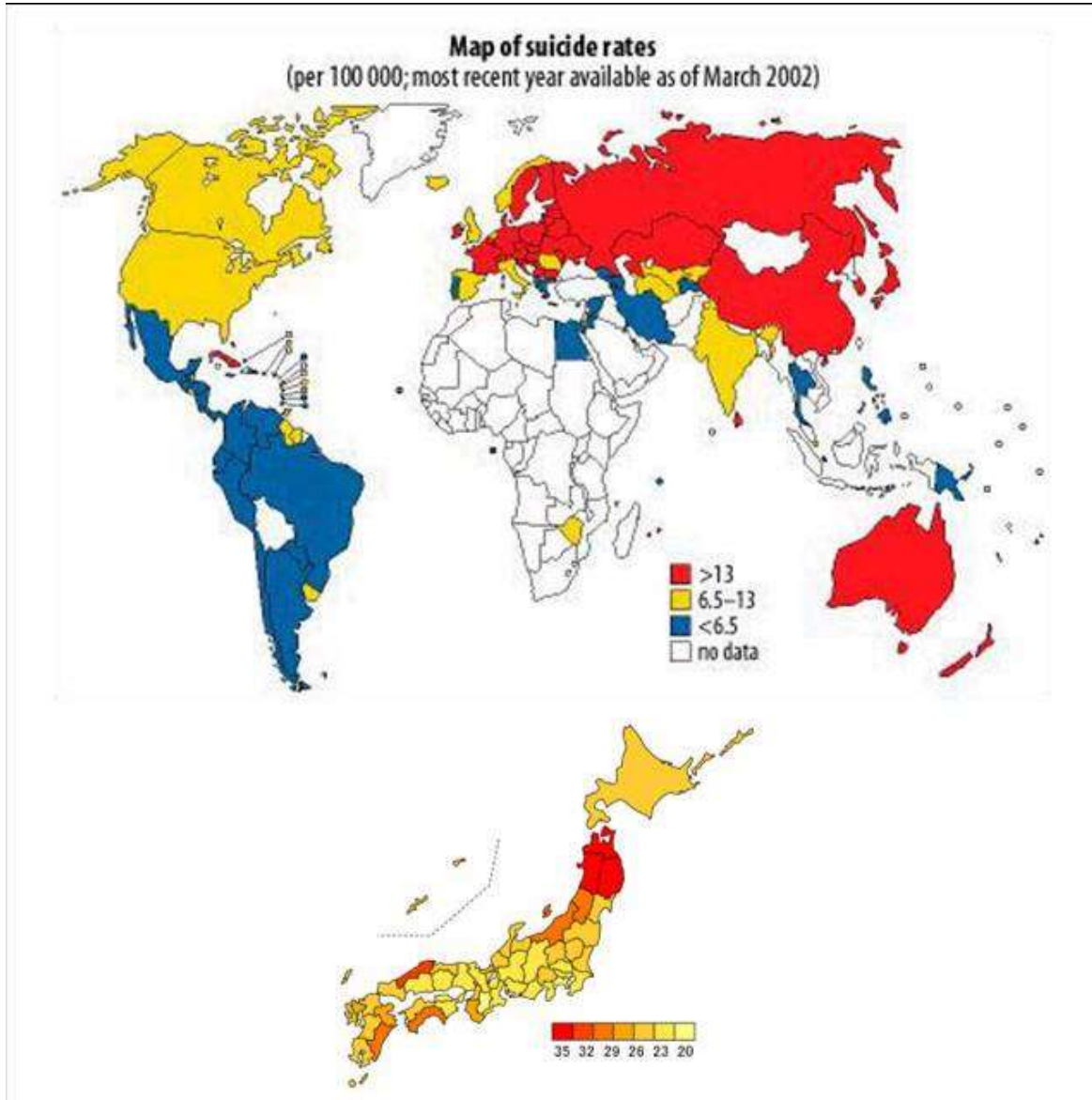
- Artsen tandartsen dierenartsen, apothekers
- Psychiaters en pathologen
- Machinisten
- Politie
- Leger

Culturele factoren

- Landen
- Beschikbaarheid methodiek
- Culturele herkomst
- Zelfmoord terroristen
- Suicide kliniek Zwitserland
- Internet groeps suicide
- Godsdienst

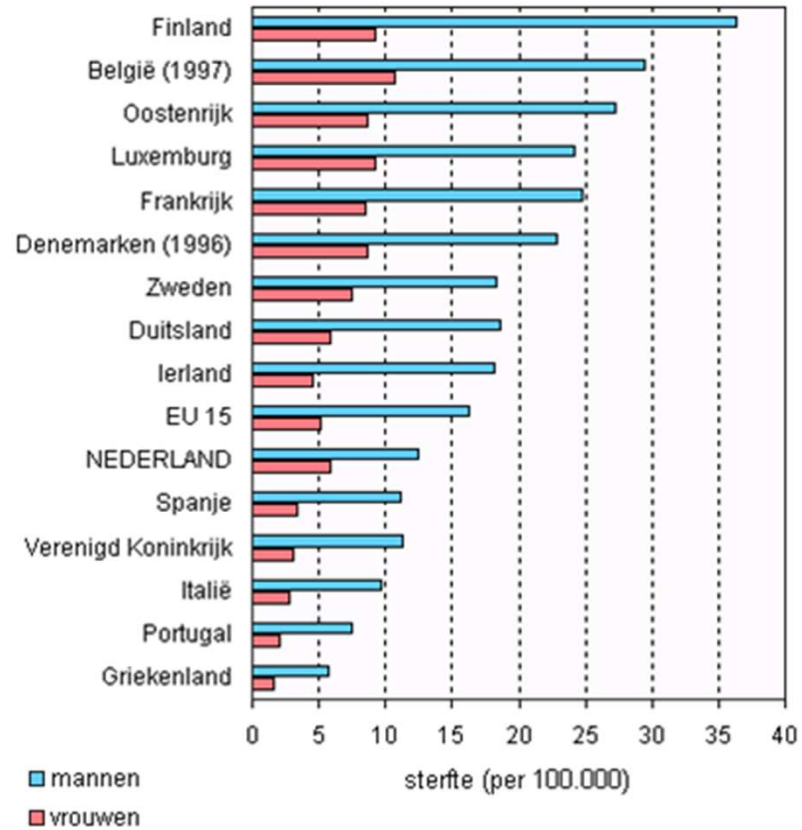
Landen

- Baltische staten
- Scandinavische landen
- China (vrouwen)
- Donkere landen
- Zonnige landen



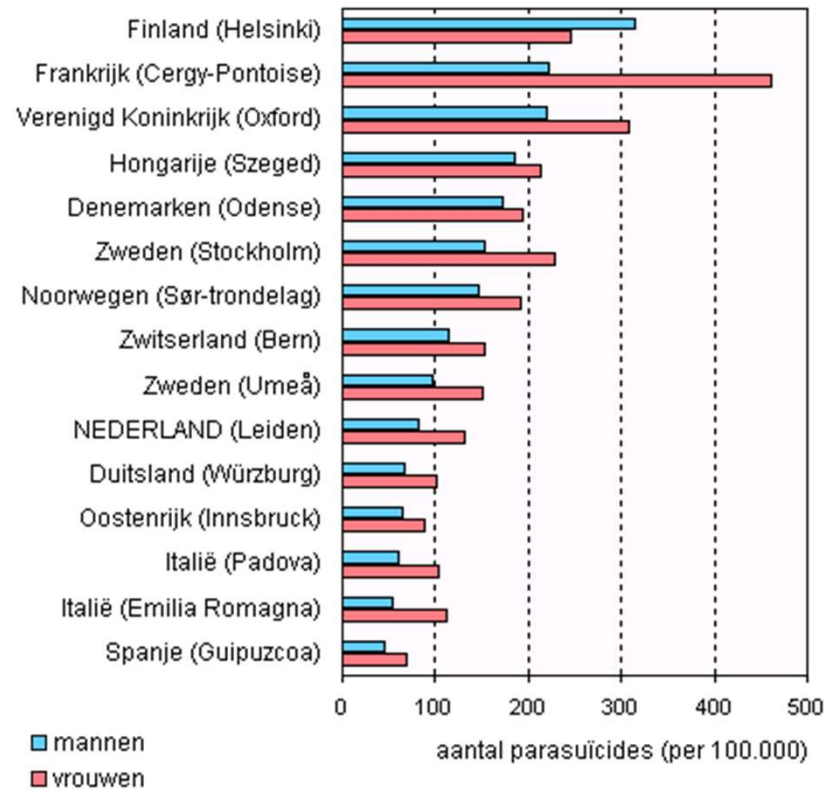
Europa

Suicide



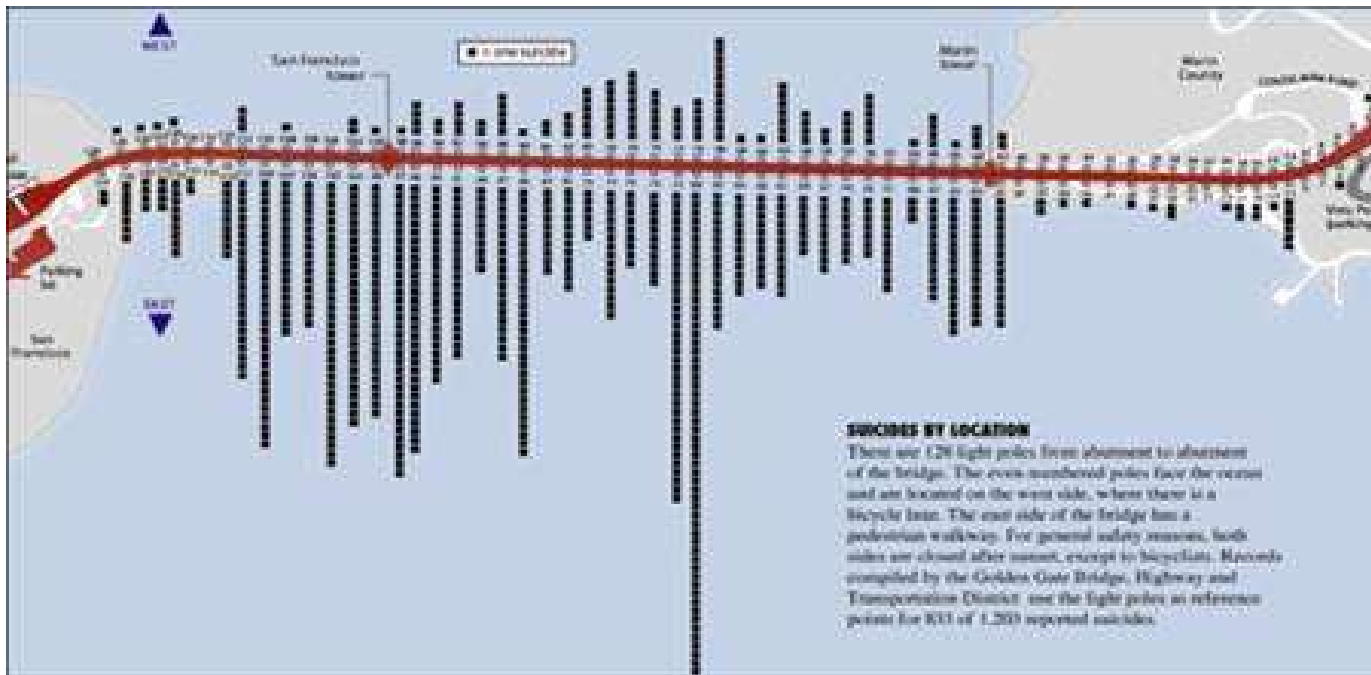
Europa

Pogingen



Beschikbaarheid methodiek

- Vuurwapens
- Gas
- Paracetamol
- Azijnzuurconcentraat
- Parathion (Finland)





Ieder land zijn eigen richtlijn?

Ontwikkeling van een richtlijn voor de beoordeling van het risico van suïcide

*Bureau 24-uurszorg Parnassia
Psychomedisch Centrum*

Remco de Winter, psychiater

www.Spoed.PsychiatrieWeb.nl

Indeling:

- Korte inleiding
- Casus
- Discussie
- Suïcidaliteitsbeoordeling in 4 gebieden
- Hoe verder?

O.a gebruikte richtlijnen

- American Psychiatric Association (APA) workgroup on suicidal behaviors. Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. Washington DC: APA 2003
- New Zealand Guidelines Group (NZGG) The assessment and management of people at risk of suicide. Wellington, New Zealand, NZGG 2003
- Risk management foundation Harvard medical school. Suicide guidelines. Harvard, 1996
- Dutch guideline for suicidal behaviors NVVP, 2007

Suicide is niet te voorspellen!

Hoe werken we in de praktijk?

Casus

- *Vrouw 28 jaar* via SEH
- Vg identiteitsproblematiek, thans geen behandeling
- 4 maal eerder TS eenmaal ernstig
- Net ontslagen, relatie 3 mndn verbroken.
- Sinds 3 weken depressieve klachten
- Veel cannabis gebruik
- 2 kinderen zitten bij oma
- Hopeloos, ziet geen toekomst
- Alcohol en benzo's genomen
- Afhoudend in hulp

Vragen

- Is er reden om te beoordelen?
 - Is er een kans $> 10\%$ op suicide?
 - Wilt u een opname?
 - Wilt u een IBS?
-
- Wie wil meer informatie?

Discussie

Suïcidaliteitsbeoordeling

- 1) **Beoordelen van de poging**
- 2) **Psychiatrisch onderzoek; Psychologische aspecten**
- 3) **Anamnese met betrekking tot risicofactoren**
- 4) **Weging van de informatie**

1) Beoordelen van de poging

Voorgeschiedenis

Wat zijn belangrijk aspecten?

Vragen naar suïcidegedachten en -plannen

Hierarchie vragen bij suicidaliteit!

- 1) Starten met vragen over hoe de patiënt voelt en denkt over het “leven”?
- 2) Gedachten rond suïcide en/of zelfbeschadiging?
- 3) Indien er een poging is verricht ?
- 4) Bij patiënten met recidiverende pogingen?
- 5) Indien er sprake is van psychotische symptomen?
- 6) Gevaar voor anderen?

2) Psychiatrisch onderzoek? Psychologische aspecten

- Welke psychiatrische diagnoses?
- Psychologische aspecten?

3) Anamnese tot betrekking van de risicofactoren?

- Demografische factoren?
- Psychosociale factoren?
- Misbruik, mishandeling, verwaarlozing?
- Somatiek?
- Genetica?
- Beschermende factoren?
- Overige factoren?
 - Beschikbaarheid van middelen?
 - Therapeutische relatie
 - ...

4) Weging van de informatie?

Wat doen we na de weging?

- 1) Wanneer is een opname noodzakelijk?
- 2) Opname meestal noodzakelijk?
- 3) Vervolgbehandeling buiten een kliniek?
- 4) Eventuele “contra-indicatie” voor opname?

Wat doen we nu met patiënten?

Informatie verzamelen: kwantiteit/kwaliteit suicidaliteit
Voorgeschiedenis, derden

Verschuiven naar ander tijdstip
Verantwoordelijkheid elders

Is patient
beoordeelbaar?

Ernst poging

Risico inschatting

Risico o.a. letaliteit

Invoelbaarheid?

Afspraken?

Taxatie, argumenten
voor handelen

Maatregelen na sterven?

Maatregelen evt ontdekken?

Risicofactoren?

Steunsysteem betrekken?

Psychiatrie iez?

Situationele verandering?

Additionele/preventieve zaken?

Opname
(on)vrijwillig

Naar huis: systeem
inschatten

Nazorg