

Beoordelen van suïcidaliteit blijft mensenwerk

Geen enkel klinisch meetinstrument kan suïcidaal gedrag betrouwbaar voorspellen. Tests zijn niet bruikbaar om passende behandelingen te vinden, zelfs niet in een hoogrisico-populatie, zo blijkt uit een recent, internationaal onderzoek naar suïcidepreventie. Huisartsen kunnen dat wel, het vertrouwelijke contact en doorvragen zijn hierbij de cruciale factoren.

In de Verenigde Staten vindt de zorg plaats aan de hand van risico- of ziekteclassificatie. Beleidsmakers werken er graag met gestandaardiseerde protocollen, voor bijvoorbeeld SEH's, waarmee hoogrisicopatiënten voor suïcide of zelfbeschadiging kunnen worden geïdentificeerd. Deze werkwijze staat haaks op de Britse (en ook Nederlandse) richtlijn, waarbij de inzet van zorg wordt bepaald door de noden en behoeften van de patiënt. Tegen deze achtergrond zochten Carter et al. naar een antwoord op de vraag of er überhaupt betrouwbare tests zijn om patiënten met hoog risico op suïcide en/of zelfbeschadiging op te sporen.¹ Die tests zijn er niet. Die conclusie is conform het advies van de NICE-richtlijn uit het Verenigd Koninkrijk.

DIVERSE TESTS

De auteurs deden een systematisch literatuuronderzoek met meta-analyse naar de positief voorspellende waarde van uiteenlopende tests, zoals biologische tests, psychologische schalen en psychometrische instrumenten. Zij includeerden Engelstalige artikelen van onderzoeken met longitudinale cohorten, waarbij instrumenten werden ingezet voor risicotaxatie op suïcide en/of zelfbeschadiging. Deze instrumenten hadden een afkappunt voor hoog risico. De onderzoeken moesten de resultaten (suïcide, zelfbeschadiging of allebei) van de follow-upperiode registreren.

De auteurs vonden 70 geschikte onderzoeken voor de meta-analyse: 52 onderzoeken over psychologische schalen, 17 over biologische tests, en 1 over beide. De onderzoeken over biologische tests, bijvoorbeeld de dexamethason-suppressietest, waren vaak al wat ouder. Het gros van de deelnemers werd geworven in ziekenhuizen, waar zij waren opgenomen na zelfbeschadiging of een suïcidepoging, of in psychiatrische ziekenhuizen, waar de meesten waren opgenomen met een depressie. De gemiddelde follow-upperiode was 1 jaar (spreiding < 6 maanden tot 10 jaar).

De gepoolde positief voorspellende waarde (PVW) van alle tests voor zelfbeschadiging, suïcidepoging of suïcide was 16,1% (spreiding 3,7% tot 38,9%). Uitgesplitst was de gepoolde

PVW voor suïcide 5,5%, voor zelfbeschadiging 26,3% en voor zelfbeschadiging en suïcide 35,9%.

SUÏCIDEPREVENTIE

Suïcidaliteit is een serieus en beladen probleem. Gemiddeld verliest een huisarts eens per twee à drie jaar een patiënt door suïcide. De impact op de nabestaanden is groot en duurt vaak levenslang.

Hulpvragen waarin suïcidale gedachten, suïcidepogingen of zelfbeschadiging resoneren, komen in de huisartsenpraktijk veel vaker voor. Om hier achter te komen, moet de huisarts het onderwerp eerst bespreekbaar maken. Hiervoor is veel tact en invoelend vermogen nodig. Tegelijkertijd helpt juist dit vertrouwelijke contact het meest bij wanhopige mensen die geen perspectief meer zien. Het samen definiëren van het probleem en naar een oplossing zoeken, kan houvast bieden.

Bij radeloze mensen moet je niet met afstandelijke instrumenten aankomen, dat kan iedere huisarts op zijn klompen aanvoelen. Toch is er, door de huidige verzakelijking van onze geestelijke gezondheidszorg, een tendens om zoveel mogelijk gestandaardiseerde meetinstrumenten in te zetten. Nuttig te weten dat wetenschappelijk onderzoek bevestigt dat instrumenten niet geschikt zijn om er suïcidaliteit mee te voorspellen. Ook op drukke huisartsenposten en SEH's moet tijd en aandacht blijven voor de medemenselijkheid in de hulpverlening.

Bij iedere wanhopige of sombere patiënt moet de huisarts het risico op suïcide afwegen. Hiervoor is een persoonlijke en vertrouwelijke gespreks sfeer nodig, zegt de multidisciplinaire richtlijn Diagnostiek en Behandeling van Suïcidaal Gedrag. De huisarts maakt daarbij een inschatting van de ernst van de cognitieve en emotionele ontregeling. Dit vereist betrokkenheid, psychologische kennis en communicatieve vaardigheden.

De afgelopen tien jaar is het totale aantal zelfdodingen in Nederland toegenomen. Vooral mannen op middelbare leeftijd zijn een risicogroep, maar ook jongeren lopen risico. Het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) registreerde in 2015 en 2016 dat 48 jongeren onder de twintig jaar zichzelf om het leven hadden gebracht.

Zelfdoding voorkomen staat hoog op de agenda van de Nederlandse overheid, en de landelijke campagne van 113 SuïcidePreventie Actienetwerk (Supranet) ging dit jaar van start met als slagzin 'Stel de vraag van je leven' om het taboe op praten over suïcide te doorbreken. Naast huisartsen en geestelijke gezondheidszorg zijn gemeenten, scholen, spoorwegen, en politie hierbij betrokken. Doet u ook mee? ■

LITERATUUR

- 1 Carter G, Milner A, McGill K, et al. Predicting suicidal behaviours using clinical instruments: systematic review and meta-analysis of positive predictive values for risk scales. *Br J Psychiatry* 2017;210:387-95.