

Aanpak van suicidaliteit in de eerste lijn

Referentie

Richards JA, Cruz M, Stewart C, et al. Effectiveness of integrating suicide care in primary care : secondary analysis of a stepped-wedge, cluster randomized implementation trial. *Ann Intern Med* 2021;177:1471-81. DOI: 10.7326/M24-0024

Duiding

Pauline Stas, klinisch psycholoog, wetenschappelijk medewerker Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie
Geen belangenvermenging met het onderwerp.

Klinische vraag

Wat is de effectiviteit van het implementeren van screening en een veiligheidsplan in vergelijking met gebruikelijke zorg voor suïcidepreventie bij volwassenen in de eerstelijnszorg?

Achtergrond

In 2021 overleden in België 1 640 personen aan zelfdoding, wat neerkomt op ongeveer 4,5 zelfdodingen per dag (1). Hoewel dit een daling is ten opzichte van eerdere metingen in 2012 blijft dit een aanzienlijk aantal. Het is daarom belangrijk om aan suïcidepreventie te doen. Hulpverleners uit de eerste lijn spelen een belangrijke rol binnen suïcidepreventie omdat zij vaak een laagdrempelig contactpunt kunnen vormen. Zo raadpleegde meer dan 75% van de personen die overleden aan zelfdoding een eerstelijns hulpverlener in het jaar voor hun overlijden (2-6). Hoewel deze contacten niet altijd in het kader van zelfmoordgedachten plaatsvinden, bieden ze hulpverleners wel de kans om signalen te herkennen die verband kunnen houden met het denken aan zelfdoding. Op die manier zouden zij het gesprek kunnen aangaan en de persoon voorzien van de juiste hulpbronnen. Internationaal wordt dan ook steeds meer ingezet op richtlijnen voor hulpverleners om suïcidaliteit tijdig te herkennen en te bespreken en personen die aan zelfdoding denken op te volgen en gepast door te verwijzen. Een van de tools die men gebruikt als eerstelijnsinterventie bij suïcidaliteit is het Safety Plan of veiligheidsplan, ook wel crisis- of signaleringsplan genoemd (7). Het Safety Plan (beschikbaar op www.zelfmoord1813.be/safetyplan) is een invulblad dat personen met zelfmoordgedachten kunnen invullen en gebruiken om suïcidale crisissen te overbruggen. Door een aantal vragen inventariseert men alarmsignalen, stappen die de persoon zelf of samen met anderen kan ondernemen en wie men kan contacteren wanneer een suïcidale crisis optreedt. Een eerdere systematische review met meta-analyse toonde aan dat het Safety Plan het risico van suïcidaal gedrag met 43% kan verminderen (8). Bij het ontwikkelen van richtlijnen voor suïcidepreventie in de eerste lijn is het belangrijk om de effectiviteit en implementatie van deze tool na te gaan (9).

Samenvatting

Bestudeerde populatie

- rekrutering via 22 eerstelijnspraktijken in Washington
- inclusiecriteria: volwassenen (≥ 18 jaar) die de deelnemende eerstelijnspraktijken bezochten tussen 1 januari 2015 en 31 juli 2018
- exclusiecriteria: bezoeken van personen in één van de drie eerstelijnspraktijken die eerder deelnamen aan een pilootstudie van deze interventie
- uiteindelijke inclusie van 333 593 patiënten (met een totaal van 1 568 913 bezoeken aan eerstelijnspraktijken) met een gemiddelde leeftijd van 49,7 jaar en iets meer vrouwen (58,9%).

Onderzoekopzet

Secundaire analyse van een **stepped wedge** clustergerandomiseerde gecontroleerde **implementatiestudie**

- de interventie:

- de interventie uit de originele studie was gericht op zorg voor depressie, suïcidaliteit en middelenmisbruik in de algemene bevolking; ze bestond uit het jaarlijks afnemen van een screeningsvragenlijst met 7 items, waarvan 2 vragen over depressie van de **PHQ-9-vragenlijst** komende en 5 vragen over middelengebruik (alcohol, cannabis en illegale middelen)
- bij een verhoogde score op de 2 vragen van de PHQ-9-vragenlijst volgde:
 - een bevraging van de overige 7 items van de PHQ-9
 - screening naar suïcidaliteit bij suïcidale ideatie met de **C-SSRS-vragenlijst** en het samen invullen van een Safety Plan bij suïcidale intentie/plannen in de voorbije maand
 - eventueel op korte termijn regelen van opvolging en begeleiding door opgeleide sociaal werkers
- het implementeren van deze interventie werd op 3 manieren ondersteund: via praktijkfacilitatie (zorgteams werden nauw opgeleid en opgevolgd om de interventie op een gepaste manier toe te passen), ondersteunen van klinische beslissingen in elektronische medische dossiers (bijvoorbeeld op basis van de resultaten van screening) en prestatie monitoring (feedback aan zorgteams)
- comparator: gebruikelijke zorg.

Uitkomstmeting

- primaire uitkomstmaten:
 - mate van safety planning binnen 14 dagen na screening
 - suïcidepogingen of overlijden door zelfdoding binnen de 90 dagen na het bezoek aan de eerstelijnspraktijk
- secundaire uitkomstmaten:
 - procesindicatoren zoals risico-inschatting met PHQ-9, C-SSRS
 - opstarten van psychotherapie binnen de 30, 60 of 90 dagen
- verzameling van gegevens uit elektronische medische dossiers en verzekeringsvorderingen
- analyse met mixed effects logistisch regressiemodel, dat rekening hield met stratificatie, tijdstip van interventie binnen het stepped wedge protocol.

Resultaten

- van de primaire uitkomstmaten:
 - statistisch significant meer safety planning in de interventiegroep dan in de controlegroep: 38,3 versus 32,8 of een verschil van 5,5 (95% BI van 2,3 tot 8,7) per 10 000 patiëntbezoeken
 - statistisch significant minder zelfmoordpogingen in de interventiegroep dan in de controlegroep: 4,5 versus 6,0 of verschil van -1,5 (95% BI van -2,6 tot -0,4) per 10 000 patiëntbezoeken
- van de secundaire uitkomstmaten:
 - alle secundaire uitkomstmaten waren statistisch significant beter in de interventiegroep versus de controlegroep, behalve de opstart van psychotherapie die op 90 dagen lager was in de interventiegroep (niet significant na 30 en 60 dagen) (*zie tabel*).

Tabel. Secundaire uitkomstmaten in de controle- en interventiegroep met verschil per 10 000 patiëntbezoeken (95% BI).

Uitkomstmaat	Controle	Interventie	Verskil per 10 000 personen	95% BI van het verschil
Screening voor depressie	2923,7	8278,8	5355,1	5306,4 – 5403,8
Screening voor PHQ-9	2594,7	3763,8	1169	1124,5 – 1213,5
Frequente suïcidale ideatie	199,9	224,9	25	16,9 – 33,2
Screening suïcidaliteit (C-SSRS)	146,2	189,6	43,4	35,9 – 50,8

Suïcidale plannen/intentie in afgelopen maand	59,6	70,5	10,9	6,5 – 15,3
Opstart psychotherapie binnen 30 dagen	111,4	106,9	-4,5	-9,9 – 0,9
Opstart psychotherapie binnen 60 dagen	168,6	163,3	-5,3	-12,5 – 0,9
Opstart psychotherapie binnen 90 dagen	216,0	207,5	-8,5	-16,6 - -0,4

Besluit van de auteurs

De implementatie van een op de bevolking gerichte zorg bij zelfdoding met een gelijktijdig programma voor middelenmisbruik resulteerde in een vermindering van 25% zelfmoordpogingen in de 90 dagen na een bezoek aan de eerstelijnszorg.

Financiering van de studie:

Gefinancierd door de National Institute of Mental Health (NIMH)

Belangenconflicten van de auteurs:

Financiering door NIMH en één auteur rapporteert 6 maanden advies te hebben gegeven aan een kleine non-profitorganisatie gericht op suïcidepreventie.

Bespreking

Beoordeling van de methodologie

Het gaat hier om een secundaire analyse van een stepped wedge cluster RCT. Dit specifieke design, eerder besproken in een methodologisch artikel van Minerva (10), is geschikt voor het onderzoeken van de effecten van de implementatie van een interventie in de praktijk. Het laat toe dat alle betrokken praktijken de interventie rond zorg bij middelenmisbruik implementeren en hun eigen controle vormen. Bij de statistische analyses van de gegevens hield men rekening met de tijdseffecten van het studiedesign. De onderzoekers gebruikten een uitgebreide dataset van elektronische medische dossiers en verzekeringsclaims, wat bijdraagt aan de betrouwbaarheid en de volledigheid van de gegevens. Als meetinstrumenten gebruikte men gevalideerde schalen. Suïcidepogingen en overlijden door zelfdoding werden samengenomen als primaire uitkomstmaat (suïcidaal gedrag). Voortgaand op de beschreven criteria voor suïcidepogingen lijkt het erop dat automutilatie werd meegenomen als suïcidepoging. Het is echter cruciaal om niet-suïcidale zelfbeschadiging (NSSI) en suïcidaal gedrag van elkaar te onderscheiden aangezien ze verschillen in prevalentie, beloop en onderliggende mechanismen. Er zijn dus vragen te stellen bij de nauwkeurigheid van de bevindingen met betrekking tot suïcidaal gedrag. Alle volwassen personen die de eerstelijnspraktijken bezochten, werden geïnccludeerd, behalve degenen die naar een praktijk gingen die reeds vroeger deelnam aan de pilotstudie. Daardoor is de kans op selectiebias minimaal. De hulpverleners waren niet geblindeerd, aangezien dit niet echt haalbaar is bij het implementeren van een nieuw programma. Dit brengt een risico van performance bias met zich mee, zelfs in de controlegroep, omdat hulpverleners door hun deelname aan de studie mogelijk alerter waren voor tekenen van depressie en suïcidaliteit.

Beoordeling van de resultaten

De resultaten tonen aan dat de interventie goed werd geïmplementeerd, met meer screening naar depressie en suïcidaliteit en meer veiligheidsplanning tot gevolg. De interventiegroep vertoonde een vermindering van 1,5 suïcidepogingen per 10 000 (daling van 25%) patiëntbezoeken op 90 dagen na het eerste bezoek, terwijl men vooraf een verschil van 2,18 als klinisch relevant beschouwde. Het is echter niet duidelijk waarop dit vooropgestelde verschil gebaseerd is. Bovendien moet, om dit verschil correct te interpreteren, rekening gehouden worden met de prevalentie van suïcidepogingen in deze specifieke populatie. Deze cijfers worden door de auteurs niet gerapporteerd. Maar, aangezien er slechts 6 pogingen per 10 000 patiëntbezoeken plaatsvonden in de controlegroep,

kunnen we ervan uitgaan dat zelfs één enkele poging minder reeds een aanzienlijk verschil uitmaakte. Het vooropgestelde klinisch relevante verschil van 4,77 per 10 000 patiëntbezoeken voor Safety Planning werd wel gehaald. Het ware nuttig geweest om subgroepanalyses uit te voeren die nagingen of het aantal pogingen gedaald was in de groep die een Safety Plan opmaakte. Zo hadden we specifiek kunnen nagaan in hoeverre het Safety Plan een nuttig element was in de interventie. Op basis van eerder onderzoek, zou men dit wel kunnen veronderstellen (8). Daarnaast had een vergelijking van de kosten en baten van het implementeren van de interventie mee kunnen helpen bepalen of de kosten opwegen tegen de gevonden verschillen. De auteurs rapporteren echter niet over de kosten van de interventie.

Er moeten echter enkele belangrijke kanttekeningen gemaakt worden bij de gebruikte interventie. De initiële studie, waarvan de data in de huidige publicatie secundair geanalyseerd werden, focust op zorg voor middelengebruik. Suïcidepreventie was dus geen primair doel van de studie of de interventie. Hierdoor kan men niets besluiten over de effecten van specifieke richtlijnen over suïcidepreventie in de eerste lijn. Onderzoek toont wel aan dat middelenmisbruik een belangrijke risicofactor is voor suïcidaliteit (11,12). Ook hier bleek uit extra analyses dat meer personen met een suïciderisico in de interventiegroep (0,51%) dan in de controlegroep (0,14%) ook zorg (begeleiding) omtrent alcoholgebruik kregen. Vanwege het sterke verband tussen middelengebruik en suïciderisico kan alcoholgebruik dus een confounder zijn voor de reductie in suïcidepogingen in de interventiegroep. Omdat de initiële studie primair gericht was op zorg bij middelengebruik kan er ook een verhoogde kans zijn op selectiebias omdat men vooral personen selecteerde die aan zelfdoding dachten én een verhoogd middelengebruik hadden. Dit kan de generaliseerbaarheid van de resultaten beperken. Voor het screenen op suïcidaliteit gebruikte men de C-SSRS na een verhoogde score op de 2 items van de PHQ-9. Eerder onderzoek toont echter aan dat gestandaardiseerde risicoschalen voor suïcidaliteit geen goede voorspellers zijn van het suïcide risico en een vals gevoel van veiligheid kunnen geven (13). In deze studie werd safety planning alleen toegepast bij verhoogde scores op de vragenlijsten, waardoor hoogstwaarschijnlijk personen die zorg nodig hadden uit de boot vielen. Daarnaast wordt gebruikelijke zorg niet duidelijk beschreven. Het is dus ook mogelijk dat sommige praktijken alreeds screening en safety planning toepasten, wat het effect van de implementatie onderschat kan hebben. Opvallend is dat er in de interventiegroep minder psychotherapie werd opgestart dan in de controlegroep, ondanks de verhoogde screening op suïcidaliteit en een groter aantal personen met verhoogd suïciderisico. Het Safety Plan kan crisissen helpen overbruggen, maar vervangt geen psychotherapie. Het ware interessant geweest om met een subgroepanalyse te achterhalen of personen met een safety plan minder werden doorverwezen voor psychotherapie.

Wat zeggen de richtlijnen voor de klinische praktijk?

Het Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie heeft uitgebreide evidence-based richtlijnen, met bijbehorende e-learning modules omtrent multidisciplinaire detectie en behandeling van suïcidaliteit (14). Hierin worden als belangrijkste basisprincipes aangehaald: contact houden en maken, veiligheid bevorderen (o.a. door middel van een Safety Plan), naasten betrekken, zorgcontinuïteit bewaken. In de richtlijn benadrukken zij eveneens om geen screeningsinstrumenten te gebruiken voor het inschatten van acuut suïciderisico, maar eerder te werken met een risicoformulering waarbij risico en beschermende factoren uitvoerig in kaart gebracht worden. In Franstalig België is hiervoor het Centre de Prévention du Suicide opgericht (15).

De GGZ-Standaarden rond suïcidaal gedrag benadrukken het contact en de samenwerking met naasten als basisprincipes (16). Daarnaast geven ze aan dat suïcidaal gedrag best zo vroeg mogelijk wordt opgemerkt en behandeld. Ook hier spreken ze niet van screeningsvragenlijsten, maar eerder van het inventariseren van stress- en kwetsbaarheidsfactoren en het inschatten van acute suïcidaliteit. Het samenwerken met naasten wordt dus in meerdere richtlijnen als belangrijk element aangehaald en ontbreekt in de interventie uit de hier besproken studie. De richtlijnen van de Federatie Medisch Specialisten sluiten aan bij de twee bovenstaande (17).

Besluit van Minerva

Deze methodologisch correct uitgevoerde stepped wedge clustergerandomiseerde RCT in eerstelijnspraktijken, toont aan dat een interventie gericht op screening en zorg bij suïcidaliteit en middelenmisbruik goed geïmplementeerd kon worden en bovendien leidde tot een daling in suïcidaal gedrag. De interventie zelf was echter niet specifiek gericht op preventie van suïcide en omdat men screende met gestandaardiseerde vragenlijsten zijn mogelijk niet alle personen met suïcidale ideatie geïdentificeerd en geholpen.

Referenties

1. Eurostat. Causes of death – standardized death rate by NUTS 2 region of residence. Laatste update 25/04/2024. Geraadpleegd 19/12/2025. Beschikbaar op: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_cd_asdr2_custom_11505974/default/table?lang=en
2. Ahmedani BK, Simon GE, Stewart C, et al. Health care contacts in the year before suicide death. *J Gen Intern Med* 2014;29:870877. DOI: 10.1007/s11606-014-2767-3
3. Ahmedani BK, Westphal J, Autio K, et al. Variation in patterns of health care before suicide: a population case-control study. *Prev Med* 2019;127:105796. DOI: 10.1016/j.ypmed.2019.105796
4. Ahmedani BK, Stewart C, Simon GE, et al. Racial/ethnic differences in health care visits made before suicide attempt across the United States. *Med Care* 2015;53:430-5. DOI: 10.1097/MLR.0000000000000335
5. Luoma JB, Martin CE, Pearson JL. Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *Am J Psychiatry* 2002;159:909-16. DOI: 10.1176/appi.ajp.159.6.909
6. Stene-Larsen K, Reneflot A. Contact with primary and mental health care prior to suicide: a systematic review of the literature from 2000 to 2017. *Scand J Public Health* 2019;47:9-17. DOI: 10.1177/1403494817746274
7. Stanley B, Brown, GK. Safety planning intervention: a brief intervention to mitigate suicide risk. *Cognitiv Behavior Pract* 2012;19:2:256-64. DOI: 10.1016/j.cbpra.2011.01.001
8. Nuij C, van Ballegooijen W, de Beurs D, et al. Safety planning-type interventions for suicide prevention: meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2021;219:2:419-26. DOI: 10.1192/bjp.2021.50
9. Richards JA, Cruz M, Stewart C, et al. Effectiveness of integrating suicide care in primary care: secondary analysis of a stepped-wedge, cluster randomized implementation trial. *Ann Intern Med* 2021;177:1471-81. DOI: 10.7326/M24-0024
10. Henrard G. Clustergerandomiseerd onderzoek met een ‘stepped wedge’ protocol: in specifieke situaties een alternatief voor de klassieke clusterrandomisatie? *Minerva* 2015;14(7): 89.
11. Richards JE, Shortreed SM, Simon GE, et al. Association between patterns of alcohol use and short-term risk of suicide attempt among patients with and without reported suicidal ideation. *J Addict Med* 2020;14:e160-e169. DOI: 10.1097/ADM.0000000000000637
12. Richards JE, Shortreed SM, Simon GE, et al. Short-term risk of suicide attempt associated with patterns of patient-reported alcohol use determined by routine AUDIT-C among adults receiving mental healthcare. *Gen Hosp Psychiatry* 2020;62:79-86. DOI: 10.1016/j.genhosppsy.2019.12.002
13. Hawton K, Lascelles K, Pitman A, et al. Assessment of suicide risk in mental health practice: shifting from prediction to therapeutic assessment, formulation, and risk management. *Lancet Psychiatry* 2022;9:922-8. DOI: 10.1016/s2215-0366(22)00232-2
14. Dumon E, Cornelis E, Aerts S, Portzky G. Detectie en interventies bij suïcidale gedachten en gedrag: multidisciplinaire richtlijn voor hulpverleners in de gezondheidszorg, update 2023. Beschikbaar op: <https://sp-reflex.zelfmoord1813.be/richtlijnen>
15. Centre de Prévention du Suicide. 2025. Url: <https://www.preventionsuicide.be/sites/default/files/publication/CPS-PlanPersonnelCriseSuicidaire.pdf>
16. GGZ-Standaarden. Zorgstandaard Suïcidaal gedrag: Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. 2018. Beschikbaar op: <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/diagnostiek-en-behandeling-van-suicidaal-gedrag/introductie>
17. Federatie Medisch Specialisten. Suïcidaal gedrag. 2012. Beschikbaar op: https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/suicidaal_gedrag/su_cidaal_gedrag_-_startpagina.html