KU LEUVEN

ACADEMISCH CENTRUM HUISARTSGENEESKUNDE

Suïcidescreening bij ouderen in de huisartsenpraktijk

Dr. Emilie Peemans

Promotoren: Prof. Dr. B. Aertgeerts, prof. Dr. J. De Lepeleire

Co-promotor: Dr. Geert Pint

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde

KATHOLIEKE UNIVERSITEIT LEUVEN

ABSTRACT

TITEL: Suïcidescreening bij ouderen in de huisartsenpraktijk
Huisarts-in-opleiding: Dr. Emilie Peemans
Universiteit: Katholieke Universiteit Leuven
Promotoren: Prof. Dr. B. Aertgeerts, Prof. Dr. J. De Lepeleire
Co-promotor: Dr. G. Pint
Praktijkopleiders: Dr. J. Behets, Dr. C. Van der Mullen
Contactgegevens: e-mailadres: emilie.peemans@gmail.com (E. Peemans)

Context: De sterftecijfers ten gevolge van suïcide zijn hoog bij ouderen in België. De huisarts is een eerstelijnshulpverlener waarmee ouderen in contact komen en kan dus een voorname rol spelen in de screening naar suïcidale gedachten. Ouderen presenteren zich frequent met chronische pijnklachten en dit kan voor de huisarts misschien insteek vormen om suïcidegedachten te bevragen.

Onderzoeksvraag: Kan een screeningsvragenlijst het suïciderisico bij ouderen boven zeventig jaar in de huisartsenpraktijk inschatten en kunnen hieruit conclusies getrokken worden naar het hanteren van de vragenlijst in de huisartsensetting, de prevalentie van suïcide risico bij ouderen en correlaties hiervan met leeftijd, geslacht en het ervaren van chronische pijn?

Methode: Door middel van literatuurstudie wordt eerst een in de huisartsenpraktijk hanteerbare vragenlijst gezocht die het suïciderisico bij de doelpopulatie (ouderen boven zeventig jaar) inschat. De vragenlijst bevat de Geriatric Depression Scale-15 (GDS-15) en het onderdeel suïcidaliteit uit het Mini International Neuropsychiatric Interview-Plus (M.I.N.I). Daarnaast is er een vraag die peilt naar het ervaren van chronische pijn die activiteiten in het dagelijkse leven belemmert. In het tweede deel van de studie worden mannen en vrouwen boven 70 jaar in een huisartsenpraktijk op het platteland en in een stadspraktijk door de huisarts uitgenodigd om te participeren.

Resultaten: 4,5 % van de 88 ondervraagden in twee huisartsenpraktijken had een verhoogde score op de M.I.N.I., het betrof telkens een laag suïciderisico. Niemand had concrete suïcideplannen. Van de helft van de patiënten was dit risico gekend door de huisarts. Mensen met een hoger risico op suïcide waren gemiddeld ouder dan mensen zonder suïciderisico. Suïciderisico was zwak, maar significant gecorreleerd met leeftijd. Er kon geen statistisch significant verband worden aangetoond tussen suïciderisico en geslacht of het ervaren van chronische pijn. 51% van de bevraagden had chronische pijn. De praktische hanteerbaarheid van de vragenlijst bleek beperkt.

Conclusies: Gezien de klein onderzoekspopulatie dienen de resultaten en hun statistische significantie met omzichtigheid geïnterpreteerd te worden. Voor bevraging van suïciderisico bleek de M.I.N.I. voldoende zonder de associatie met GDS-15. De M.I.N.I. is een kort en praktisch instrument, maar de validiteit in de huisartsensetting moet nog aangetoond worden. Gezien de hoge sterftecijfers door suïcide bij ouderen is het nuttig om in de toekomst op grotere schaal een screening naar suïcide te verrichten bij ouderen om zo preventiestrategieën te ontwikkelen en uiteindelijk het aantal suïcides te doen dalen.

ICPC code: P77

INHOUDSOPGAVE

I.	Voorwoord	5
II.	Literatuuronderzoek	6
	1. Inleiding	6
	2. Methode	10
	3. Resultaten	10
	4. Discussie	12
III.	Praktijkonderzoek	13
	1. Inleiding	13
	2. Materiaal en methode	13
	3. Resultaten	14
	4. Discussie en besluit	16
IV.	Nabeschouwing	19
V.	Referenties	20
VI.	Bijlagen	24

I. Voorwoord

Ten gevolge van de vergrijzing zullen ouderen een steeds groter onderdeel van patiëntenpopulatie bij de huisarts vormen, waardoor huisartsen in de toekomst meer zullen geconfronteerd worden met de zorg voor ouderen. De laatste maanden worden we in de media helaas vaak geconfronteerd met suïcide. Eén van de redenen om dit onderzoek aan te vatten, zijn de frappante cijfers van sterfte ten gevolge van suïcide bij ouderen. Het valt mij op dat niet veel collega's weet hebben van deze sterftecijfers wanneer ik dit ter sprake breng. Bij het werken met ouderen, heb ik opgemerkt dat vele patiënten last hebben van neerslachtigheid en chronische pijnklachten. De fysieke pijn lijkt soms een manier om psychisch lijden te externaliseren. Geestelijke gezondheid is volgens mij een erg belangrijk aspect van gezondheid en ik wens hier als arts dan ook voldoende aandacht aan te schenken. De huisarts is een hulpverlener waarmee de oudere frequent in contact komt en kan dus een voorname rol spelen bij het vaststellen, opvolgen en behandelen van depressieve stemming en suïcidale gedachten. Een huisarts kan op momenten van hopeloosheid en wanhoop voor de patiënt een verschil maken. Ik heb mij de vraag gesteld in hoeverre psychisch lijden en het risico op suïcide gekend was bij de patiënten. Suïcidaliteit bevragen is erg belangrijk, maar het is niet gemakkelijk om ter sprake te brengen. Met het vragen naar suïcidaliteit bij de ouderen in de huisartsenpraktijk, hoop ik te weten te komen of het risico op zelfdoding gekend was bij de patiënten in de praktijk. Wanneer er een correlatie zou kunnen aangetoond worden tussen suïciderisico en chronische pijn, zou het voor huisartsen een nuttige insteek kunnen zijn om bij patiënten met chronische pijnklachten ook te polsen naar de suïcidale ideatie.

II. Literatuuronderzoek

1. Inleiding

Door het uitvoeren van een literatuurstudie wordt in dit artikel een vragenlijst opgesteld om ouderen boven zeventig jaar te screenen op risico op suïcide en op aanwezigheid van chronische pijn.

De sterftecijfers ten gevolge van suïcide in België zijn hoog. Uit de meest recente cijfers bleek dat in 2012 in Vlaanderen 1114 personen overleden door zelfdoding, waaronder een groot aandeel ouderen (1). Hoewel dit minder vaak in de media te lezen valt, vormen ouderen een kwetsbare groep. Zeker bij mannen boven 85 jaar is er een piek te zien in de registratie van het aantal zelfdodingen. Hoogbejaarde mannen doden zichzelf nog vaker dan 'actieve' mannen (bijlage 1). Ook uit reviews in het buitenland blijkt dat oudere mannen een hoger risico hebben op suïcide dan vrouwen (2). In 2011 werd een gezondheidsconferentie suïcidepreventie georganiseerd waarbij de nieuwe doelstelling werd besproken: tegen het jaar 2020 wil men een daling van het aantal zelfdodingen met 20% realiseren in vergelijking met 2000. Daarvoor is er een 'Vlaams Actieplan Suïcidepreventie' ontwikkeld (3). Algemeen liggen de sterftecijfers bij ouderen lager dan in 2000, maar de doelstelling is nog niet behaald (bijlage 2). Het aantal suïcides gemeten per 100 000 inwoners in een bepaalde leeftijdsgroep is het grootst in de oudere leeftijdscategorie. Men zag in 2012 zelfs een stijging van het aantal suïcides in bepaalde subgroepen, namelijk bij 75-79-jarige mannen en bij vrouwen van 65-74 jaar en 85 jaar of ouder (bijlage 3). Mogelijks zijn deze cijfers een onderschatting van de werkelijkheid aangezien sommige zelfdodingen niet worden herkend als suïcide en dus niet als dusdanig worden geregistreerd. Het is onduidelijk of dit soort onderrapportering reëel dan wel beperkt is (4,5). Met de recente centralisatie van hulpverlening voor suïcidepreventie genaamd "zelfmoord1813" wordt getracht de uitgebreidheid van verschillende initiatieven waaronder de zelfmoordlijn en live chat samen te brengen op de vernieuwde website in het kader van het Vlaams Actieplan voor Suïcidepreventie (3). Ook op Europees niveau worden inspanningen geleverd om het aantal suïcides te verminderen, bijvoorbeeld met het Euregenas project (6).

De huisarts is voor ouderen vaak een nabije zorgverlener met een lage drempel. Uit onderzoek is gebleken dat 50 tot 70 procent van de ouderen die suïcide pleegde, een hulpverlener uit de eerste lijn gecontacteerd had in de maand voor de suïcide (7). De toenemende vergrijzing zal zich weerspiegelen in de huisartsenpopulatie en ouderenzorg zal dus een aanzienlijk deel van de taak van de huisarts innemen. Gezien ouderen in de eerste lijn frequent contact hebben met de huisarts en gezien de hoge prevalentie van suïcide bij ouderen, is het nuttig om te onderzoeken of een screening naar suïcidegedachten een plaats heeft in de huisartsgeneeskunde en wat het resultaat hiervan is. Een huisarts kan naast de fysieke conditie van ouderen, ook aandacht hebben voor de mentale gezondheid bij de oudere populatie. Psychische klachten lijken in de praktijk vaak geëxternaliseerd te worden door fysiek lijden. Tijdige herkenning en aanpak van psychisch onwel zijn, kan voor de patiënt een groot verschil maken. Met dit onderzoek tracht men te achterhalen of er een link zou zijn tussen chronische pijn en suïciderisico. Hanteren van een screeningsvragenlijst kan een nuttig hulpmiddel zijn voor huisartsen om het risico op suïcide in te schatten en wanneer zou blijken dat dit gecorreleerd is met chronische pijn, kan de huisarts dit gebruiken in de praktijk. Een aanmelding met chronische pijnklachten zou dan een insteek kunnen vormen om dieper

door te vragen naar suïcidaliteit. Het is een mythe dat het bevragen van suïcidegedachten aanleiding zou geven tot meer suïcides. Screeningsvragenlijsten worden in de praktijk vaak afgenomen door verplegend personeel in centra van de eerste of tweede lijn (8-11). Het is belangrijk om verplegend personeel er attent op te maken depressieve klachten bij ouderen te herkennen en verder te bevragen gezien een depressie met suïcidale ideatie fatale consequenties kan hebben (12). In de meeste Belgische huisartsenpraktijken zijn echter geen verpleegkundigen werkzaam en zal de huisarts dus zelf een screening naar suïcide moeten uitvoeren wanneer hij dit wenst. Wanneer de tijdsdruk hoog is, zal men dus liefst een efficiënte en snelle bevraging uitvoeren. Milton en zijn collega's vonden met een retrospectieve studie dat huisartsen weinig wisten over de levensomstandigheden van patiënten die zelfmoord pleegden en in slechts in 38% van de gevallen een bevraging hadden gedaan naar suïciderisico bij patiënten die overleden ten gevolge van zelfdoding (13).

Bij het identificeren van personen met een verhoogd risico op suïcide, is het belangrijk de mogelijke risicofactoren voor suïcide te kennen. Risicofactoren zijn psychiatrische aandoeningen (waaronder ook alcoholisme), fysieke aandoeningen en achteruitgang van het algemeen functioneren, sociale factoren zoals eenzaamheid en relatieproblemen en verminderd gevoel van sociale verbondenheid (14), naast andere beïnvloedende factoren zoals culturele achtergrond, persoonlijkheidskenmerken, neurobiologische factoren en ras (15-17). Een voorgeschiedenis van een zelfmoordpoging is net zoals in de jongere populatie ook een risicofactor bij ouderen (18). Binnen de groep van psychiatrische aandoeningen is depressie een voorname risicofactor. Bij ouderen blijkt depressie moeilijker te herkennen waardoor deze vaak onbehandeld blijft (19). Depressie vormt geen onderdeel van het normale verouderingsproces en er kunnen door behandeling goede resultaten bereikt worden bij ouderen (20). Een samenvattende tabel uit het cahier ouderenzorg "Suïcide en suïcidepreventie bij ouderen" ordent de risicofactoren (Bijlage 6).

Suïcidaal gedrag is multifactorieel bepaald en vaak zal de persoon in kwestie verschillende risicofactoren hebben. Nochtans zijn er ook vele ouderen die verschillende risicofactoren hebben en géén suïcidaal gedrag vertonen. Suïcidaliteit is geen statisch gegeven en dat maakt de inschatting van een suïciderisico net erg moeilijk. Suïcidaal gedrag is complex en kan beschreven worden in een model waarbij stress-kwetsbaarheid en psychisch 'entrapment' een voorname rol hebben (bijlage 4). Onderliggende factoren kunnen kwetsbaarheid verhogen en stressoren kunnen suïcidaal gedrag uitlokken (21,22). Retterstol beschreef een model waarin suïcidaal gedrag wordt voorgesteld als fluctuerend in de tijd, waarbij onderscheid wordt gemaakt tussen observeerbaar en niet-observeerbaar gedrag. Het geeft een impressie over hoe onvoorspelbaar suïcidale ideatie kan verlopen (Bijlage 5).

Naast screening kan men ook zeer gericht aan suïcidepreventie doen, op verschillende niveaus. Op de eerste internationale conferentie over ouderen en suïcide in Denemarken in 2009 kwamen experts tot drie niveaus van preventie van suïcide (23). Universele preventie doelt op de hele populatie. Zo kan men de toegang tot middelen bij zelfdoding beperken door bijvoorbeeld omheiningen te plaatsen op frequente springplaatsen voor suïcide of door de toegang tot wapens te verminderen. In het Verenigd Koninkrijk en Sri Lanka zag men een daling in het aantal zelfdodingen na detoxificatie van aardgas. Op individueel niveau kan men de toegang beperken tot zaken

die kunnen gebruikt worden bij een suïcidepoging zoals wapens, chemische reinigingsproducten, insecticide en touwen (24,25). Er werd in Japan aan hele populatie-segmenten gevraagd een screeningsvragenlijst over depressie in te vullen in het kader van een suïcidepreventieprogramma om nadien het effect op suïciderisico te bepalen (26-29). Patiënteneducatie over mentale gezondheid en meer bepaald depressie en suïciderisico behoort ook tot universele preventie. Naast deze universele preventie beschreef men ook selectieve preventie, zoals het oprichten van een 'Suicide Prevention Advisory Group' (30) en geïndiceerde preventie. Wellicht zal preventie op verschillende niveaus nodig zijn om effectief een daling te zien in de sterftecijfers ten gevolge van suïcide (31). Volgens een Canadese review zijn innovatieve strategieën nodig om kwetsbare ouderen te bereiken (32). Yeates en Thompson ontwikkelden een 'suicide preventive intervention research cycle' (bijlage 9) die een leidraad kan vormen bij het opstellen van strategieën (33). Szanto en collega's onderzochten de beperkingen en toekomstperspectieven om het aantal suïcides bij ouderen in de Verenigde Staten te verminderen (34), maar de U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement voert voorlopig geen algemene suïcidescreening uit bij adolescenten, volwassenen en ouderen in de V.S. (35,36). In België werd door Domus Medica een dossier 'Preventie van zelfdoding' gepubliceerd op de website. Het is de bedoeling om de steekkaart te hanteren indien er tijdens het praktijkonderzoek een verhoogd risico op suïcide wordt vastgesteld (37).

Belgische cijfers over suïcidale ideatie bij ouderen zijn schaars. In een Belgische studie verricht door Bonnewyn en collega's werd suïcidaliteit bevraagd bij 665 thuiswonende zestigplussers. 1,5% zei ooit een suïcidepoging te hebben ondernomen, 1,5% zei ooit een plan voor zelfdoding te hebben gehad en 4,6% had ooit aan zelfdoding gedacht. 0.22% van de oudere bevolking rapporteerde suïcidale gedachten in het afgelopen jaar. 0,14% van de bevraagden rapporteerde ooit een suïcideplan te hebben gehad (38). Uit de Belgische Gezondheidsenquête van 2013 bleek dat 14% van de Belgische bevolking er ooit aan gedacht had een eind te maken aan zijn leven en 4% had ooit effectief een poging ondernomen. In de 12 maanden voorafgaand aan de enquête had 5% van de bevraagden aan zelfmoord gedacht; 4 op 1000 personen ondernamen effectief een zelfmoordpoging. Zelfmoordgedachten en –pogingen in het jaar voorafgaand aan de enquête kwamen even vaak voor bij mannen als bij vrouwen. De resultaten rond zelfmoord bleven relatief stabiel tegenover de enquête van 2008 (bijlage 7). Raue en zijn collega's vonden de hoge prevalentie van 11,7% voor suïcidale ideatie onder 539 patiënten die recentelijk naar een rustoord verhuisd waren, hiervan had 10,6% passieve ideatie en 1,1% actieve ideatie (39).

In een Belgisch overzichtsartikel kwam een sterke link naar voren tussen suïcidaliteit en depressie. De aanwezigheid van suïcidaliteit (zowel gedachten, ideaties als pogingen) bleek systematisch samen te hangen met depressie. Mensen lijdend aan een 12-maandendepressie hebben bijna vier keer vaker suïcidegedachten, drie keer vaker suïcideplannen gemaakt en doen vier keer zo vaak een suïcidepoging(40). Over depressie, duidelijk een voorname risicofactor voor suïcidaliteit, zijn heel wat meer gegevens terug te vinden in de literatuur. Subsyndromale, klinische depressieve symptomen hebben een prevalentie van 3 tot 26% bij ouderen. De prevalentie van majeure depressie bij ouderen zou liggen tussen 1 en 5% (38). Uit een overzichtsartikel van Bruffaerts et al. bleek dat depressie frequent is in de algemene bevolking met 12-maandenschattingen van 5 tot 7% (40). In de Belgische populatie boven 60 jaar, werd er

geen verschil teruggevonden tussen mannen en vrouwen in het voorkomen van depressie (38). Dit in tegenstelling met de algemene volwassen populatie Belgen, waar depressie meer voorkomt bij vrouwen (42). Volgens twee onderzoeken was er geen effect van de stedelijkheidsgraad op depressie (43,44).

Zoals eerder vermeld, wordt in dit artikel ook onderzocht of er een correlatie zou bestaan tussen risico op suïcide en de aanwezigheid van chronische pijn. Vooreerst dient gezegd te worden dat de aanwezigheid van pijnklachten hoog is bij ouderen,. Helme en Gibson schatten een zeer brede prevalentie tussen 25 en 88% (45). Bonnewyn et al. vonden via gegevens uit de European Study on the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) door middel van bevraging van 4401 niet-geïstitutionaliseerde 65-plussers een 12-maanden prevalentie van 31,8% voor fysieke pijnklachten. De fysieke pijnklachten waren frequenter bij vrouwen(35,9%) dan bij mannen(25,9%) (46). In de Gezondheidsenquête van 2013 werd tevens de ernst van en de hinder door lichamelijke pijn bevraagd bij de bevolking van 15 jaar en ouder. Uit de bevraging bleek dat mensen van 75 jaar en ouder het meest gehinderd worden door pijn in het dagelijkse leven (bijlage 8). Er is relatief weinig onderzoek naar de associatie tussen pijn en suïcide bij ouderen. Uit een studie verricht door Harwood et al. bleek dat fysieke ziekte, interpersoonlijke problemen en verlieservaringen de meest frequente levensproblemen waren die geassocieerd waren met suïcide bij mensen boven 60 jaar. Onder fysieke ziekte waren pijn, ademhalingsproblemen en functionele beperkingen de meest frequente symptomen (47). Sirey en zijn collega's onderzochten bij patiënten die aan huis geleverd maaltijden ontvingen of suïcidale ideatie meer voorkwam in geval van chronische pijn, waaruit bleek dat dit meer het geval was bij mannen dan bij vrouwen (48). Eén studie vond een associatie tussen ernstige pijn en suïcide, waarbij dit meer bij mannen dan bij vrouwen voorkwam (49). Uit een ander onderzoek bleek dat mannen met ernstige en ongecontroleerde pijn een hoog risico hadden op ideatie van zelfverwonding, terwijl die associatie bij vrouwen niet kon gevonden worden (50). Onderzoekers bestudeerden wél reeds uitvoeriger het verband tussen chronische pijn en depressie. Chronische pijn verhoogt het risico op depressieve symptomen (51). Verschillende onderzoeken vonden dat de aanwezigheid van depressieve symptomen het risico op pijnklachten verhoogt (52). Bonnewyn et al. vonden meer bepaald dat de kans op fysieke pijnklachten groter is bij vrouwen met een 12-maanden majeure depressieve stoornis (46). Chou et al. beschouwen het verband tussen chronische pijn en depressie als reciprook (53).

Om een screening naar suïcidaliteit uit te voeren, kan men gebruik maken van een reeds bestaande vragenlijst die peilt naar suïcidaliteit. Gezien majeure depressie een van de voornaamste risicofactoren is, worden screeningsvragenlijsten met betrekking tot depressie gebruikt om het risico op suïcidaliteit te bevragen. Een screeningslijst kan helpen om in de huisartsenpraktijk patiënten op te sporen met een verhoogd risico suïcide. Het doel is om door middel van literatuurstudie een screeningsvragenlijst te maken die bruikbaar is in huisartsenpraktijk en die peilt naar suïcidaliteit en chronische pijn. Met zo'n screening naar suïciderisico poogt men vroegtijdig suïcidale ideatie te herkennen en zo nodig tijdig in te grijpen met een aangepast therapiebeleid. Met dit onderzoek wil men nagaan of men het suïciderisico kan bepalen en of dit risico gekend was, daarnaast kan men ook trachten te achterhalen of er naar leeftijd en geslacht conclusies kunnen getrokken worden. De hanteerbaarheid van deze vragenlijst dient op

het einde te worden geëvalueerd naar praktische toepasbaarheid in de huisartsenpraktijk.

2. Methoden

Online artikels via medline, het cahier ouderenzorg "suïcide en suïcidepreventie bij ouderen", het e-book "suïcidepreventie in de praktijk" en de informatie vergaard op de opleiding voor huisartsen "vroege opsporing, behandeling en doorverwijzing van zelfmoordrisico" werden gebruikt voor deze literatuurstudie (54,55). Online artikels van Medline en mogelijke screeningsvragenlijsten behoorden tot de studieobjecten van het onderzoek. Het research design was in de eerste plaats algemene informatie verzamelen over suïcidaliteit bij ouderen en hieruit voortvloeiend een zoektocht naar mogelijke screeningsvragenlijsten die gemakkelijk te hanteren zijn in huisartsenpraktijk. Via Medline Ovid werd een 'Advanced search' verricht met als zoektermen "Suicide" ('prevention and control' als 'subheading') en "aged", waaruit 1237 artikels voortkwamen. Dit resultaat werd verder verfijnd met "Mass screening" en zo herleid tot 37 artikels (zie bijlage 10). Uit de 37 gevonden artikels werden enkele artikels geweerd omwille van verschillende redenen. De voornaamste reden om een artikel te weren, was dat de inhoud van het artikel die niet overeenstemde met de beoogde zoekresultaten. Zo werden artikels uitgesloten die handelden over praktische toepassing van criteria van de Diagnostic and Statistical Manual, paniek en depressie, retoriek en realiteit van preventie, behandeling van suïcidaliteit, bevraging na suïcidepoging, jongere leeftijd van de onderzoeksgroep of patiënten met bepaalde karakteristieken niet kaderend binnen geriatrische populatie (n= 10). Eén artikel werd geweerd omdat het geschreven was in Hongaars. Aldus werden 26 artikels weerhouden na deze literatuurstudie. Anke Bonnewyn, co-auteur van het boek "suïcide en suïcidepreventie bij ouderen" en Eva Dumon van het Vlaams Expertisecentrum voor Suïcidepreventie reikten via e-mail enkele referenties aan en deze laatste ook de tip om de module over suïcidaliteit van het 'Mini-International Neuropsychiatric Interview' (M.I.N.I.) te hanteren. Het opzoeken van de inhoud van de betreffende vragenlijsten gebeurde via de referenties uit de artikels door middel van 'snowballing'.

3. Resultaten

Om een screening naar suïcidaliteit uit te voeren, kan men gebruik maken van een reeds bestaande vragenlijst die peilt naar suïcidaliteit. Gezien majeure depressie een van de voornaamste risicofactoren is, worden screeningsvragenlijsten met betrekking tot depressie gebruikt om het risico op suïcidaliteit te bevragen. Er bestaat een uitgebreidheid aan vragenlijsten die kunnen gebruikt worden, deze worden vergeleken op inhoudelijk vlak met telkens pro's en contra's voor implementatie in deze studie (Bijlage 11). Vele onderzoekers ontwikkelen een eigen vragenlijst of een afgeleide van een bestaande vragenlijst, waardoor er een veelvoud aan screeningsvragenlijsten beschikbaar is, waarvan slechts sommigen bewezen nut hebben in het screenen van ouderen. Belangrijk bij de keuze van een screeningsvragenlijst is de hanteerbaarheid in de huisartsenpraktijk, met name de tijdsinvestering moet beperkt blijven en de patiënt moet de lijst eventueel zelf kunnen invullen. Daarnaast moet er reeds voldoende 'evidence' voorhanden zijn over het implementeren van de lijst in de praktijk.

Na het vergelijken van verschillende modaliteiten voor het bevragen van depressie en suïcide werd gekozen voor een schaal waar reeds veel ervaring mee is opgebouwd, namelijk de 15-item Geriatric Depression Scale (GDS-15)(Bijlage 12). De GDS-15 is een

afgeleide van de bekende Geriatric Depression Scale-30 uit 1983. Uit meerdere onderzoeken is gebleken dat GDS-15 even accuraat is als de GDS-30 in screening naar depressie bij ouderen (56-58). Een bijkomend voordeel is dat het slechts vijftien vragen bevat, waardoor de tijdsinvestering minder groot is dan bij de GDS-30. De vragen dienen met ja of neen te worden beantwoord. Er zijn geen vragen naar somatische klachten, dit zou tot een overschatting kunnen leiden van het aantal mensen met depressie, net omdat ouderen vaker last hebben van lichamelijke klachten in vergelijking met de rest van de populatie. De GDS-15 werd aanvankelijk gebruikt in ziekenhuizen en psychiatrische instellingen, maar er kon aangetoond worden dat de vragenlijst ook kan geïmplementeerd worden als screening in de eerste lijn, waarbij volgens een review de sensitiviteit 81.3% en de specificiteit 78.4% bedroeg (57). In de literatuur zijn er verschillende afkapwaarden te vinden voor de GDS-15, deze werden namelijk niet vastgelegd door de ontwikkelaars van de schaal en hangt ook af van het opzet bij gebruik van de schaal. Hier werd gekozen voor de afkappunt van 5, net zoals in enkele voorgaande studies in de eerstelijnsgeneeskunde (59-61).

Een frequent gelezen kritiek op de geriatric depression scale is dat er geen bevraging is van suïcidale gedachten. Door enkel de GDS-15 te hanteren, screent men op depressie, maar worden huidige doodsgedachten en vroegere zelfmoordpogingen niet actief bevraagd. Nochtans geven enkele onderzoeken aan dat de GDS-15 zou kunnen gebruikt worden om te screenen naar suïcide (62). Om de effectiviteit van de screening naar suïcide te verbeteren, wordt aanbevolen toch bijkomend suïcidale ideatie te bevragen. (63,64). Daarom werd geopteerd om een combinatie te maken van de GDS-15 met het onderdeel 'Suïcidaliteit' uit het 'Mini-International Neuropsychiatric Interview-Plus'. Dit onderdeel bevat zes ja-neevragen, waarmee risico op suïcide als volgt kan worden ingedeeld: geen, laag, matig of sterk verhoogd risico. Het voordeel is dat de bevraging zeer weinig tijd in beslag neemt. De M.I.N.I. werd door Sheehan et al. ontwikkeld als een kort gestructureerd interview voor de belangrijkste As-I pathologieën uit de DSM-IV en ICD-10 (65). De auteurs beschrijven de M.I.N.I. en zijn familie: de M.I.N.I.-Screen, de M.I.N.I.-Plus en de M.I.N.I.-Kid. Uit studies is gebleken dat de M.I.N.I. voldoende hoge betrouwbaarheids- en validatiescores heeft. Een mogelijke commentaar op deze tool is dat er beperkte ervaring is in de eerstelijnszorg. Er is een Nederlandstalige versie beschikbaar sinds 2000 en momenteel wordt in Nederland de implementatie ervan in tweede en derde lijn onderzocht (66,67, Bijlage 13). Linaker en Bjørkly onderzochten de validiteit van De Suïcidale schaal van het Mini-International Neuropsychiatric Interview als een screening voor suïcidaal gedag na ontslag uit een acute psychiatrische afdeling door middel van een prospectief onderzoek. Eén jaar na ontslag was de schaal een significante predictor van suïcidaal gedrag (68). Naast dit onderzoek is er echter niet veel studiemateriaal dat het onderdeel suïcidaliteit uit de M.I.N.I. uitvoerig heeft bestudeerd.

Aan de vragen rond depressie en suïcidaliteit wordt tot slot een vraag over chronische pijn toegevoegd, meer bepaald: 'Heeft u last van chronische pijn die uw activiteiten in het dagelijkse leven belemmert?'. Op die manier wordt onderzocht of er correlatie is tussen het ervaren van chronische pijn en een verhoogd risico op suïcide. Wanneer zou blijken dat het ervaren van belemmerende chronische pijn samenhangt met suïcidale gedachten, zouden huisartsen dit als insteek kunnen gebruiken om suïcidaliteit te bevragen bij patiënten die raadplegen met chronische pijnklachten.

Zo kwam men tot een vragenlijst bestaande uit drie onderdelen, namelijk de 'Geriatric Depression Scale-15', één vraag over pijn en het onderdeel suïcidaliteit uit de M.I.N.I.-plus (bijlage 14). Op de vragenlijst wordt ook naam, leeftijd en geslacht genoteerd.

4. Discussie

Men kan een screening naar suïcide verrichten door middel van een vragenlijst. Deze werd opgesteld door middel van een literatuurstudie en bevat 22 eenvoudige ja-neevragen, zijnde 15 vragen uit de GDS-15, 6 vragen overeenkomstig met het onderdeel 'suïcidaliteit' van de M.I.N.I-Plus en één vraag over chronische pijn die activiteiten in het dagelijkse leven belemmert (Bijlage 8). De GDS-15 zou volgens sommige studies kunnen een risico op suïcide inschatten (62-63), maar er is onvoldoende bewijs voor en men raadt aan om toch steeds bijkomend te vragen naar suïcide. Gezien de GDS-15 geen concrete vragen naar suïcidegedachten bevat, werd een onderdeel suïcidaliteit uit de M.I.N.I.-Plus toegevoegd. De M.I.N.I. screent op suïcidaliteit en is dus de beste maatstaf om te beoordelen of een patiënt een verhoogd risico heeft. Omdat de M.I.N.I. alleen nogal bruusk zou kunnen overkomen bij patiënten, werd deze samen met de GDS-15 gebruikt. Zo kan ook onderzocht worden wat de sensitiviteit en specificiteit van de GDS-15 in vergelijking met de M.I.N.I. De vragenlijst peilt tevens naar leeftijd en geslacht, om te onderzoeken of er een correlatie zou zijn met gestegen risico op suïcide. Gezien het belang van vroegtijdig herkennen van suïciderisico, wordt de patiënt ook gevraagd bovenaan de naam te noteren, zodat hij of zij kan gecontacteerd worden bij een afwijkend resultaat, maar de verwerking van de gegevens gebeurt anoniem. Deze samengestelde vragenlijst lijkt haalbaar om te gebruiken in de klinische praktijk van de huisarts. De implementatie ervan wordt in het onderdeel 'Praktijkonderzoek' besproken.

III. Praktijkonderzoek

1. Inleiding

Dit artikel gaat over screening naar risico op suïcide bij ouderen boven zeventig jaar in de huisartsenpraktijk door middel van een vragenlijst die werd opgesteld na een literatuurstudie. Ouderen vormen een kwetsbare groep voor suïcide, dit blijkt uit de sterftecijfers voor zelfdoding. Het is belangrijk om als huisarts te weten welke patiënten een verhoogd risico hebben op suïcide. Wanneer de vragenlijst praktisch hanteerbaar en betrouwbaar blijkt, zouden huisartsen hem kunnen implementeren in de praktijk om na te gaan of er suïcidale ideatie aanwezig is bij oudere patiënten. Een vroegtijdige detectie van patiënten met een verhoogd risico op zelfdoding is essentieel. Men kan een schatting trachten te maken van het suïciderisico door middel van een vragenlijst. In dit geval wordt het onderdeel suïcidaliteit uit het 'Mini International Neuropsychiatric Interview-Plus'(M.I.N.I.) gecombineerd met de Geriatric Depression Scale-15 (GDS-15) en een vraag over chronische pijn die activiteiten in het dagelijkse leven belemmert. Het doel is te onderzoeken wat het percentage is van patiënten met een verhoogd risico op suïcide en of dit gekend is, met andere woorden of de huisarts de (mate van) psychiatrische comorbiditeit bij de patiënt kent. Daarnaast wordt onderzocht of er een correlatie is tussen suïciderisico en leeftijd of geslacht. Gezien uit cijfers voor België blijkt dat suïcide veel meer voorkomt bij mannen boven 85 jaar, wordt onderzocht of deze mannen een hoger risico hebben op suïcide. Tevens wordt onderzocht of er een correlatie is tussen verhoogd suïciderisico en chronische pijn omdat pijnklachten een frequente aanmeldingsklacht vormen bij de huisarts en dit misschien een goede insteek zou kunnen vormen om de patiënt verder te evalueren op vlak van risico op depressie en suïcidale ideatie. Ook wordt de praktische hanteerbaarheid van de vragenlijst in de huisartsenpraktijk geëvalueerd.

2. Materiaal en methoden

Voor het onderzoek in de huisartsenpraktijk werd een vragenlijst bestaande uit drie onderdelen gebruikt, zijnde de Geriatric Depression Scale 15, een vraag over chronische pijn en het onderdeel suïcidaliteit uit de M.I.N.I.-Plus vragenlijst (Bijlage 14). Als afkappunt voor de Geriatric Depression Scale werd 5 genomen. Naam, leeftijd en geslacht werden op de vragenlijst genoteerd. De verwerking van de gegevens gebeurde anoniem, maar door de identificatie kon een patiënt gecontacteerd worden in het geval dat de ingevulde vragenlijst wees op een verhoogd risico op suïcide. Diegenen met een verhoogde score op de M.I.N.I. werden beschouwd als de patiënten met een verhoogd risico op zelfdoding. De evaluatie van de score op de GDS-15 en de M.I.N.I. is terug te vinden in bijlage 12 en 13, respectievelijk. De M.I.N.I. differentieert tussen geen, laag, matig of hoog risico op suïcide. De onderzochte patiëntenpopulatie betrof de groep mannen en vrouwen boven zeventig jaar in de twee praktijken waar de onderzoeker werkzaam was, namelijk een stadspraktijk en een praktijk op het platteland. Inclusiecriteria waren dat de deelnemer zeventig jaar of ouder was op het moment van de bevraging en geregistreerd patiënt in de praktijk was en dat hij of zij deelname niet weigerde. Een exclusiecriterium was de diagnose van dementie in de medische voorgeschiedenis. Gedurende een periode van 11 maanden werden patiënten uitgenodigd door de huisarts om deel te nemen aan het onderzoek wanneer zij op raadpleging kwamen of tijdens een huisbezoek. Het formulier voor schriftelijke toestemming, het informatieformulier voor de patiënt en het protocol van de studie zijn terug te vinden in bijlage 15 en 16. Goedkeuring voor het uitvoeren van de studie werd

gegeven door de Ethische Commissie (Bijlage 17). De data van het onderzoek werden geanalyseerd door middel van Microsoft Excel en het statistisch verwerkingsprogramma Statistica 12.

3. Resultaten

In totaal werden 88 vragenlijsten compleet ingevuld bij patiënten tussen 70 en 102 jaar oud, waarvan 33 mannen (37,5%) en 55 vrouwen (62,5%). De gemiddelde leeftijd bedroeg 81,26 jaar en de mediaan was 81 jaar. 3 van de 88 vragenlijsten werden door de patiënt zelf ingevuld, de rest werd afgenomen door de huisarts. Zes patiënten waren geïnstitutionaliseerd (in een woon- en zorgcentrum of klooster), dit werd niet als een aparte groep beschouwd in de verwerking van de gegevens. Het onderzoek liep in twee verschillende huisartsenpraktijken: 56 patiënten kwamen uit een huisartsenpraktijk gesitueerd in het platteland en 32 patiënten waren geregistreerd in een stadspraktijk.

In bijlage 18 kan een diagram van de resultaten teruggevonden worden. Het totaal aantal patiënten met een verhoogde score op de M.I.N.I was vier (4,5%), in alle gevallen betrof dit een laag risico op suïcide. Eén patiënt had ooit een zelfmoordpoging ondernomen, wat overeenkomt met 1,14% van patiënten. Drie patiënten (3,41%) hadden 'ja' geantwoord op de vraag 'de afgelopen maand: dacht u dat u beter af zou zijn wanneer u dood was of wenste u dat u dood was?'. Er was geen enkele patiënt met concrete suïcideplannen op het moment van de bevraging.

De voorgelegde vragenlijst bevatte zowel de GDS-15 en de MINI suïcidaliteit. Van de 4 patiënten die een verhoogd resultaat hadden op de M.I.N.I., hadden 2 (50%) een verhoogde score op de GDS-15. Daarnaast waren er 12 (13,63%) patiënten met een verhoogde score op de GDS-15 die een normale M.I.N.I. hadden. Uit deze gegevens werd door middel van onderstaande vierveldentabel de sensitiviteit (50%) en specificiteit (85,71%) berekend van de GDS-15 als screeningstool voor suïcidaliteit.

	Verhoogd risico op suïcide (M.I.N.I. gestegen)	Geen verhoogd risico suïcide (M.I.N.I. normaal)
GDS-15 positief	2	12
GDS-15 negatief (<5)	2	72

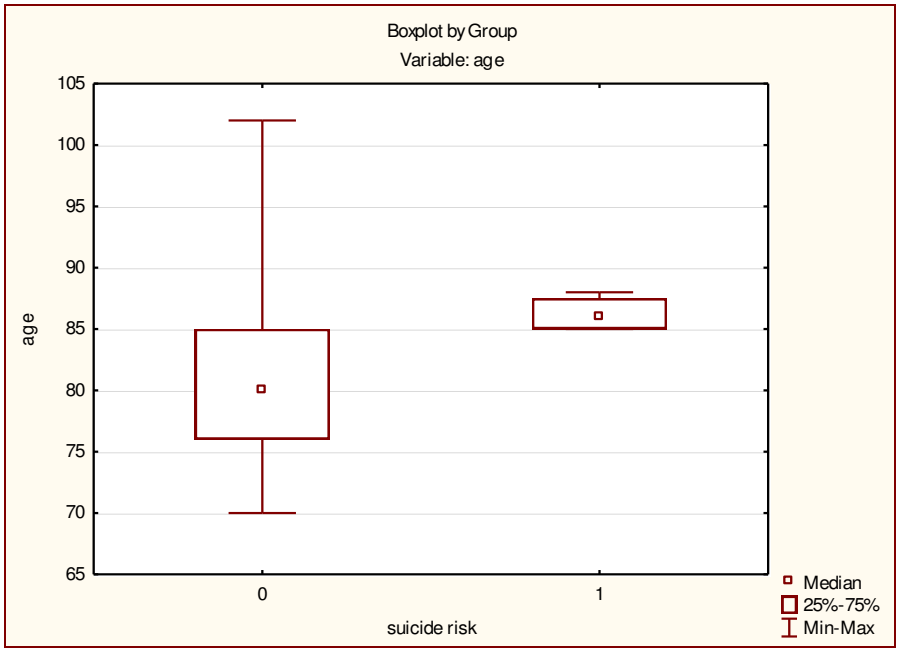
De huisarts wist van de twee (50%) van de vier personen met een verhoogde score op suïcide dat zij suïcidale ideatie hadden. Van de twee anderen was niet gekend dat zij een verhoogd risico hadden op suïcide, meer bepaald had één patiënt nooit verteld over zijn suïcidepoging vele jaren terug en één patiënt had 'ja' geantwoord op de vraag 'De afgelopen maand: dacht u dat u beter af zou zijn wanneer u dood was of wenste u dat u dood was?'. Over vijf van de veertien patiënten met een verhoogde score op de GDS-15, was niet geweten dat zij depressieve klachten hadden.

Het aantal mannen (37,5%) dat deelnam aan de studie, lag lager dan het aantal vrouwen (62,5%). De verdeling van mannen en vrouwen volgens hun scores op GDS-15 en M.I.N.I., werd in onderstaande tabel verduidelijkt. Er was één man (3,03% van de mannen), tegenover 3 vrouwen (5,77% van de vrouwen) met een verhoogd risico op suïcide volgens de M.I.N.I. Gezien de lage totale aantallen van personen met een verhoogd risico op suïcide, is het moeilijk een correcte statistische conclusies te maken. Er bleek geen statistisch significant verschil in suïcide risico tussen mannen en vrouwen

(Fisher's exact toets: p-waarde = 0,52). Wanneer men enkel de score op de GDS-15 beschouwde, zag men dat deze bij 20% van de ondervraagde vrouwen gestegen was tegenover 9,09% bij de mannen. Dit verschil bleek niet statistisch significant (Fisher's exact toets: p-waarde 0,23).

	Normale M.I.N.I, Normale GDS-15	Normale M.I.N.I., Verhoogde GDS-15	Verhoogde M.I.N.I., Verhoogde GDS-15	Verhoogde M.I.N.I., Normale GDS-15
Mannen (n=33)	29	3	0	1
Vrouwen (n=55)	43	9	2	1

Een Mann-Whitneytoets werd uitgevoerd om de verschillen in leeftijd te onderzoeken tussen de risicogroep voor suïcide (d.i. de groep met een verhoogde score op de M.I.N.I.) en de groep zonder gestegen risico. In onderstaande boxplot werden beide groepen uitgezet. De groep met een verhoogd risico volgens de M.I.N.I. had een hogere leeftijd (mediaan = 86 jaar) dan diegenen zonder gestegen suïciderisico (mediaan = 80 jaar) (p= 0,043). Suïciderisico was zwak, maar significant gecorreleerd met leeftijd. (Spearmans rangcorrelatiecoëfficient = 0,21 en p-waarde = 0,045).



Van de negen mannen boven 85 jaar die deelnamen, was er één met een verhoogd risico en dit omwille van een zelfmoordpoging vele jaren eerder. Er was geen statistisch significant bewijs dat mannen boven 85 jaar een hoger risico hadden op suïcide (Fisher's exact toets: p-waarde = 0,27).

	Verhoogde M.I.N.I.	Geen verhoogde M.I.N.I.
Man 85+ (n=9)	1	8
Man 85- (n=24)	0	24

51,12% van de zeventigplussers hadden chronische pijn met invloed op hun activiteiten in het dagelijks leven. Onderstaande tabel geeft de cijfers van het aantal patiënten die al

dan niet pijnklachten hadden weer, onderverdeeld volgens hun resultaat op de vragenlijst. Er bleek geen verschil te zijn in chronische pijn tussen mensen mét en mensen zonder gestegen risico op suïcide volgens de M.I.N.I. (Fisher's exact toets: p-waarde = 0,29). Verhoogd risico op suïcide was niet gecorreleerd met chronische pijn (Spearmans rangcoëfficiënt = -0,11 en p-waarde = 0,29).

	Normale M.I.N.I, Normale GDS-15	Normale M.I.N.I., Verhoogde GDS-15	Verhoogde M.I.N.I., Verhoogde GDS-15	Verhoogde M.I.N.I., Normale GDS-15
Chronische pijn + (n=45)	38	6	1	0
Chronische pijn – (n=43)	34	6	1	2

Patiënten uit de huisartsenpraktijk werden bevraagd, maar de vragenlijst bleek niet zo praktisch in gebruik. De incentive om een vragenlijst bestaande uit 22 vragen te overlopen tijdens een raadpleging of huisbezoek, was laag.

Hoewel het geen onderdeel was van de onderzoeksvraag, stelde men een verschil vast tussen metingen in een praktijk gesitueerd op platteland en een praktijk gesitueerd in de stad. Met betrekking tot de verhoogde scores op de M.I.N.I., zijn conclusies gering gezien het in totaal slechts over vier patiënten gaat. Eén van de vier patiënten met verhoogde score op de M.I.N.I. was afkomstig uit de stadspraktijk. Er bleek voor de verhoogde score op de M.I.N.I. geen statistisch significant verschil tussen stad en platteland (Fisher's exact toets: p-waarde = 1). Wanneer men enkel naar de cijfers voor de GDS-15 kijkt, ziet men dat in de stadspraktijk het aantal mensen met een verhoogde score op de GDS-15 14,29% hoger ligt. Dit verschil bleek niet statistisch significant (Fisher's exact toets: p-waarde = 0,13).

	Normale M.I.N.I, Normale GDS-15	Normale M.I.N.I., Verhoogde GDS-15	Verhoogde M.I.N.I., Verhoogde GDS-15	Verhoogde M.I.N.I., Normale GDS-15
Platteland (n=56)	48	5	1	2
Stad (n=32)	24	7	1	0

5. Discussie en besluit

In deze studie had in totaal 4,5% een gestegen risico op suïcide omwille van een verhoogde score op de M.I.N.I. en 3,41% van de ondervraagden de afgelopen maand suïcidale ideatie gehad. Er zijn weinig Belgische cijfers om mee te vergelijken. De cijfers van Bonnewyn en collega's toonden aan dat 0,22% van 665 thuiswonende zestigplussers suïcidale gedachten had gehad de afgelopen 12 maanden. 1,5% van de bevraagden bleek volgens dat onderzoek ooit een zelfmoordpoging te hebben ondernomen (38), in deze studie was dat 1,12%. Deze percentages lijken erg gelijklopend. Met de gegevens uit onderstaande tabel werd berekend of de overeenkomst tussen deze onderzoeksresultaten statistisch significant was, maar gezien de aantallen in de vierveldentabel variëren van 1 tot 655, is het moeilijk om een correcte statistische analyse te maken. De Chi-kwadraat test bleek niet statistisch significant (Chi-kwadraat = 0,07 en p-waarde = 0,78).

	Suïcidepoging ooit	Suïcidepoging nooit
Geobserveerde data (n = 88)	1 (1,12%)	87 (98,88%)
Verwachte data (n= 665)	10 (1,5%)	655 (98,5%)

Leeftijd bleek een zwakke, maar significante correlatie te hebben met suïciderisico. Diegenen met een suïciderisico, hadden een hogere leeftijd. De interpretatie van de cijfers uit deze studie dient met omzichtigheid te gebeuren, gezien de grootte van de onderzoeksgroep eerder beperkt was.

Er konden geen significante correlaties worden aangetoond voor geslacht en suïciderisico. Mannen boven 85 jaar hadden volgens dit onderzoek geen verhoogd suïciderisico, maar gezien er in totaal slechts negen mannen boven 85 jaar deelnamen, is het moeilijk om over hierover duidelijke statistisch significante uitkomsten te bereiken. Meer dan de helft van de zeventig plussers had last van chronische pijn die het algemene functioneren belemmerde. Een substantieel deel van de ouderen had dus last van chronische pijn, maar er werd geen correlatie aangetoond met verhoogd risico op suïcide. In de stadpraktijk waren meer mensen met een verhoogde GDS-15, maar dit verschil bleek niet statistisch significant te zijn. Om dit te bewijzen, zouden meer mensen bevraagd moeten worden. Volgens twee eerdere onderzoeken was er geen effect van de stedelijkheidsgraad op depressie (43,44). Statistische analyses werden dus uitgevoerd voor enkele onafhankelijke variabelen, maar mede gezien de lage aantallen van patiënten, konden hier moeilijk conclusies uit getrokken worden.

Bij de keuze voor het type vragenlijst, werd geopteerd voor een combinatie van GDS-15 en M.I.N.I. Dit was achteraf gezien misschien niet de beste keuze. Bij een screening naar risico op suïcide, is een schaal 'suïcidaliteit' uit de M.I.N.I.-Plus wellicht voldoende om te achterhalen of er een risico is op suïcide, maar validiteit van de M.I.N.I. in de eerste lijn moet nog bewezen worden. In enkele studies werd reeds aangehaald dat de GDS-15 zou kunnen fungeren als screeningstool naar suïcidaliteit, maar dit werd nooit met harde argumenten bewezen en men beveelt ook aan om dan bijkomend te peilen naar suïcidaliteit, gezien dit niet aan bod komt in de GDS-15. Ervan uitgaan dat de depressieschaal GDS-15 als screening kan gebruikt worden voor suïcidaliteit, is voorbarig en suggereert dat mensen met depressieve klachten zeker een hoog risico hebben op suïcide. Er werd geopteerd om de GDS-15 toch te integreren, te meer omdat het direct en concreet bevragen van vragen omtrent zelfdoding bij sommige mensen nogal bruusk zou overkomen. Er werd gekozen om bij de interpretatie van de resultaten voor een verhoogd risico op suïcide, te kijken naar de proportie mensen met een verhoogde score op de M.I.N.I. Het toepassen van de GDS-15 als screeningstool voor suïcidale ideatie zou zorgen voor een te hoog aantal vals negatieven omwille van de lage sensitiviteit. Met een specificiteit van 85,71% blijkt de GDS-15 een matig efficiënte screeningstool, in acht nemende dat de hier berekende sensitiviteit en specificiteit slechts een schatting vormen van de werkelijke waarde, gezien het lage aantal deelnames aan de studie.

Het implementeren van een vragenlijst in de huisartsenpraktijk bleek moeilijk en de incentive om 22 vragen te overlopen bij patiënten die raadplegen met een andere klacht, was eerder laag. Misschien lag dit ten dele aan de lengte van de vragenlijst. Gezien de tijdsdruk in de meeste huisartsenpraktijken, is een vragenlijst die minder tijd in beslag neemt, te verkiezen. Een herinnering in het medisch dossier van patiënten zou

misschien ook bijdragen tot meer ingevulde vragenlijsten. Niet bij alle patiënten was gekend dat zij een verhoogd risico hadden op suïcide of depressie. In dat opzicht zou een vragenlijst dus voordelen kunnen hebben omdat er gevallen werden gevonden die vooraf niet gekend waren.

Het onderzoek had enkele zwaktes. De belangrijkste zwakte was de kleine onderzoekspopulatie, waardoor alle resultaten met omzichtigheid geïnterpreteerd moeten worden. Daarnaast moet de validiteit van het subonderdeel 'suïcidaliteit' uit de M.I.N.I.-Plus nog aangetoond worden in de eerstelijnsgeneeskunde. Het afnemen van de vragenlijst werd bijna steeds door de huisarts gedaan. Misschien hadden sommige ouderen anders geantwoord als zij dit schriftelijk invulden. Het percentage mensen met verhoogd risico op suïcide kan een over- of onderschatting zijn omdat men niet zeker is of de bevraagden oprecht de vragen beantwoordden. Dementie gold als een exclusiecriterium, maar er werd geen actieve screening naar dementie gedaan. De resultaten van twee demografisch verschillende praktijken werden geconvergeerd, dit kan tot andere conclusies leiden.

Er is in België nog niet veel onderzoek verricht naar gedachten over zelfdoding bij ouderen. In dit onderzoek werden 88 zeventigplussers bevraagd, maar voor correctere conclusies is het nodig om meer mensen te bevragen. Met behulp van een vragenlijst kan een huisarts een inschatting maken van het risico op suïcide bij de oudere patiëntenpopulatie, maar het dient in gedachte gehouden te worden dat zulke bepaling van suïciderisico telkens slechts een momentopname is omdat suïcidaliteit sterk kan schommelen. De vragenlijst dient wel zo kort mogelijk te zijn want de incentive om een 22-items vragenlijst te overlopen in de dagelijkse huisartsenpraktijk is laag. Verdere studies moeten uitwijzen of de M.I.N.I.-Plus kan gehanteerd worden in huisartsensetting. De hoge sterftecijfers ten gevolge van suïcide kunnen voor onderzoekers een drijfveer zijn om dit verder te investigeren. In de toekomst is er zeker nog ruimte voor meer onderzoek zoals screening naar suïcide omdat de resultaten kunnen gebruikt worden bij het uitschrijven van strategieën voor preventie met als doel het sterftecijfer van suïcide naar beneden te halen.

IV. Nabeschouwing

Over het algemeen zou ik de ervaring met dit onderwerp als leerrijk beschouwen. Het is voor mezelf een oefening geweest in het actief bevragen van suïcidaliteit, iets wat niet vanzelfsprekend is. Als arts vind ik het psychisch welbevinden van de patiënt primordiaal, vandaar ook mijn interesse in het thema. De meeste mensen schrikken van het thema zelfdoding. Ik kon met het overlopen van de vragenlijst enkele gevallen van suïcidale ideatie ontdekken die niet gekend waren voordien. Spijtig genoeg was de populatie die onderzocht werd niet groot genoeg om duidelijke conclusies neer te schrijven. Voor mezelf concludeer ik vooral dat ik naar de toekomst toe blijvend aandacht wil blijven schenken aan suïcidale ideatie, maar dan zonder het gebruik van een standaard vragenlijst. De vragenlijst is zeker goed voor onderzoek en het blijkt ook dat er maar weinig Belgische gegevens beschikbaar zijn over suïcidaliteit bij ouderen, maar in de dagelijkse huisartsenpraktijk zal ik mij vooral baseren op de anamnese. Bij mensen jonger dan 75 jaar kan men door het gebruik van GMD-plus twee screeningsvragen naar depressie stellen en hieraan gelinkt kan een vraag over zelfdoding gesteld worden. Bij mensen ouder dan 75 jaar, zal de bevraging van depressieve stemming vooral afhangen van de klachten waarmee de patiënt zich presenteert en hoe de huisarts deze interpreteert. Een waakzaamheid bij de huisarts is dus belangrijk. Communicatietechnieken zijn bij het bevragen van suïcide erg belangrijk, en het lijkt mij logisch dat hier aandacht wordt aan besteed in de opleiding geneeskunde. In de media komt zelfdoding de laatste maanden vaak aan bod. Het is geruststellend om te zien dat er momenteel veel middelen worden ingezet voor suïcidepreventie. De website van zelfmoord 1813 is sinds vorig jaar een centraal punt geworden en de gebruiksvriendelijkheid is sterk geoptimaliseerd. Jammer genoeg wordt over het algemeen weinig aandacht geschonken aan het thema zelfdoding bij ouderen en er zijn weinig data uit onderzoek beschikbaar. Er zijn dus nog heel wat mogelijkheden naar verder onderzoek over suïcide bij ouderen in België om zo hopelijk in de toekomst een daling te zien in het sterftecijfer ten gevolge van suïcide.

V. Referenties

(1) Agentschap Zorg en Gezondheid. Zelfdoding per leeftijd (Internet). Brussel: Vlaamse Overheid, 2014 (laatst aangepast 13/11/2014). Beschikbaar op: https://zorg-en-gezondheid.be/Cijfers/Sterftecijfers/Cijfers-oorzaken-van-sterfte/Zelfdoding-per-leeftijd/#leeftijd

(2) Fung Y-L, Chan ZCY, A systematic review of suicidal behaviour in old age: a gender perspective. J Clin Nurs 2011, 20: 2109-2124.

(3) Agentschap Zorg en Gezondheid. Vlaams actieplan suïcidepreventie 2012-2020 (Internet). Brussel: Vlaamse Overheid, 2015 (laatst aangepast 23/02/2015). Beschikbaar op: http://www.zorg-en-gezondheid.be/Beleid/Gezondheidsdoelstellingen/Vlaams-actieplan-suicidepreventie/

(4) Andriessen K. Do we need to be cautious in evaluating suicide statistics? Eur J Public Health 2006, 16(4): 445.

(5) Reynders A, Van Heeringen C, De Maeseneer J, Van Audenhove C. Onderzoek naar verklarende factoren voor verschillen in suïcidecijfers in Vlaanderen in vergelijking met Europese landen. Steunpunt Volksgezondheid, Welzijn en Gezin. Rapport 9, 2009.

(6) Europese Unie: Public Health Programme 2008-2013. Het Euregenas project in het Nederlands (Internet). Brussel: Europese Unie, 2012. Beschikbaar op: http://www.euregenas.eu/nederlands/

(7) 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(6): 909-916.

(8) Horowitz, LM, Snyder D, Ludi E, Rosenstein DL, Kohn-Godbout J, Lee L et al. Ask suicide-screening questions to everyone in medical settings: the asQ'em Quality Improvement Project. Psychosomatics 2013, 54(3): 239-247.

(9) Elison NW. Senior suicide, New Jersey Nurse 2007, 37(5): 5-9.

(10) Weeks SK, Anderson MA, Harmon LS, Michaels TK. Getting inside depression and suicide ideation: One comprehensive screening approach targets patients 4 years and older. Hol Nurs Prac 2005, 19(1): 5-9.

(11) Weeks SK, Anderson MA, Harmon LS, Michaels TK. Getting inside depression and suicide ideation. Nurs Mgt 2004, 35(10): 42-6.

(12) Cahoon CG. Depression in older adults. Am J Nurs 2012, 112(11): 22-30.

(13) Milton J, Ferguson B, Mills T. Risk assessment and suicide prevention in primary care. Crisis 1999, 20(4): 171-177.

(14) Fässberg MM, van Orden KA, Duberstein P, Erlangsen A, Lapierre S, Bodner E. A systematic review of social factors and suicidal behavior in older adulthood, Int J Environ Res Public Health 2012, 9(3): 722-745.

(15) Yeates C, Van Orden K, Caine ED. Suicide in older adults, Psych Clin North Am 2011, 34(2): 451-468.

(16) I.A.S.P. Executive Committee (anoniem). I.A.S.P. guidelines for suicide prevention. Crisis 1999, 20(4): 155-163.

(17) Koponen HJ, Viilo K, Hakko H, Timonen M, Meyer-Rochow VB, Särkioja T et al. Rates and previous disease history in old age suicide. Int J Geriatr Psychiatry 2007, 22(1): 38-46.

(18) Lebret S. Elderly suicide attempters: characteristics and outcome. Int J Geriatr Psychiatry 2006, 21(11): 1052-1059.

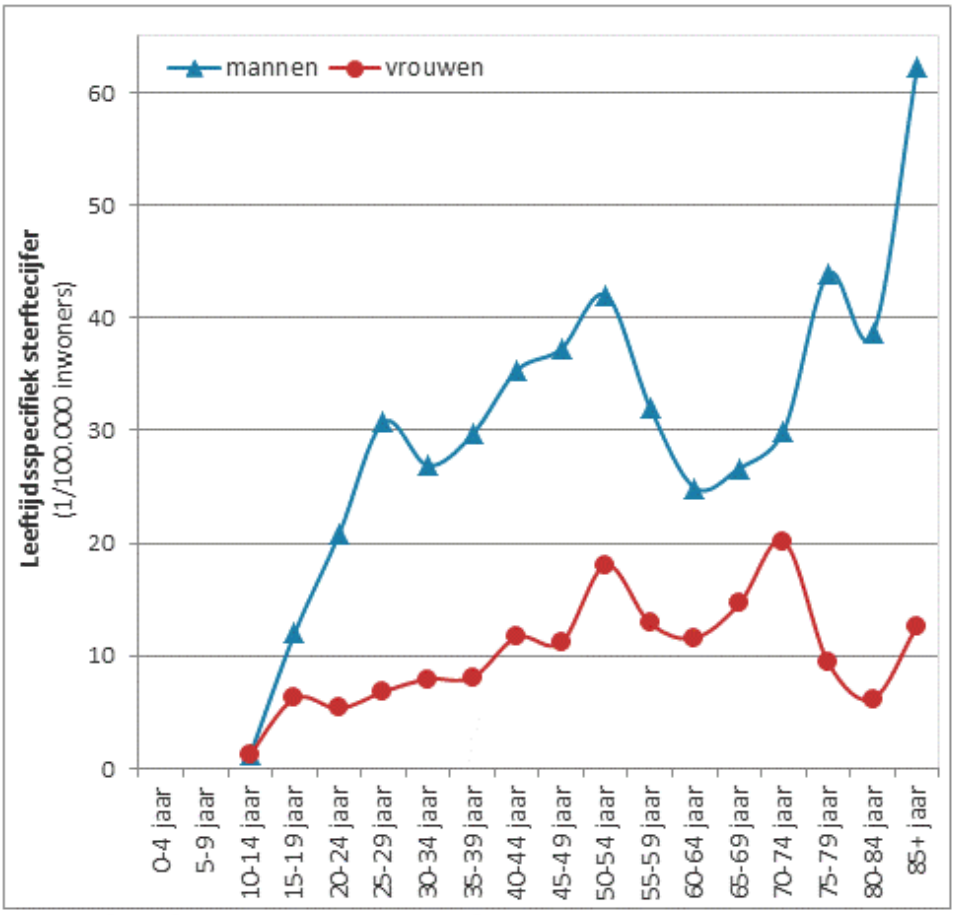
(19) Szczerbinska K, Hirdes JP, Zyczkowska J. Good news and bad news: depressive symptoms decline and undertreatment increases with age in home care and institutional settings. Am J Geriatr Psychiatry 2012, 20(12): 1045-1056.
(20) Ragan M, Kane CF. Leaningful lives: elders in treatment for depression. Arch Psychiatr Nurs 2010, 24(6): 408-17.
(21) Goldney DR. Suicide Prevention. Oxford: Oxford University Press; 2008.
(22) Williams JMG, Crane C, Barnhofer T, Duggan D. Psychology and suicidal behavior: Elaborating the entrapment model. In: Hawton K, Prevention and treatment of suicidal behavior: From science to practice: 71-78. Oxford: Oxford University Press; 2005.
(23) Erlangsen A. Key considerations for preventing suicide in older adults: consensus opinions of an expert panel. Crisis 2011, 32(2): 106-109.
(24) Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A et al. Suicide prevention strategies: a systematic review. JAMA 2005, 294: 2064-2071.
(25) Sarchiapone M, Mandelli L, Iosue M, Andrisano C, Roy A. Controlling access to suicide means. Int J Environ Res Public Health 2011, 8(12): 4550-4562.
(26) Sakamoto S, Tanaka E, Neichi K, Ono Y. Where is help sought for depression or suicidal ideation in an elderly population living in a rural area of Japan. Psychiatry Clin Neurosci 2004, 58(5): 522-530.
(27) Oyama H, Fujita M, Goto M, Shibuya H, Sakashita T. Outcomes of community-based screening for depression and suicide prevention among Japanese elders. Gerontologist 2006, 46(6): 821-826.
(28) Oyama H, Goto M, Fujita M, Shibuya H, Sakashita T. Preventing elderly suicide through primary care by community-based screening for depression in rural Japan. Crisis 2006, 27(2): 58-65.
(29) Oyama H, Ono Y, Watanabe N, Tanaka E, Kudoh S, Sakashita T et al. Local community intervention through depression screening and group activity for elderly suicide prevention. Psychiat Clin Neuros 2006, 60(1): 110-114.
(30) Hough D, Lewis P. A suicide prevention advisory group at an academic medical center. Mil Med 2000, 165(2): 97-100.
(31) Loebel JP. Completed suicide in late life. Psychiat Serv 2005, 56(3): 260-262.
(32) Lapierre S, Erlangsen A, Waern M, De Leo D, Oyama H, Scocco P et al. A systematic review of elderly suicide prevention programs. Crisis 2011, 32(2): 88-89.
(33) Yeates C, Thompson C. Suicidal behavior in elders, Psychiatr Clin North Am 2008; 31(2): 333-356.
(34) Szanto K, Lenze EJ, Waern M, Dubertsein P, Bruce ML, Epstein-Lubow G et al. Research to reduce the suicide rate among older adults: methodology roadblocks and promising paradigms. Psychiatr Serv 2013, 64(6): 586-589.
(35) Anoniem. Screening for suicide risk in adolescents, adults, and older adults in primary care: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. Ann Intern Med 2014, 160(10): 719-726.
(36) Anoniem. Summaries for patients. Screening for suicide risk in adolescents, adults, and older adults in primary care: recommendations from the U.S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med 2014, 160(10): 1-22.
(37) Domus Medica vzw. 'Preventie van zelfdoding' (Internet), 2013. Beschikbaar op:

http://www.domusmedica.be/documentatie/dossiers/preventie-van-zelfdoding.html
(38) Bonnewyn A, Van Buggenhout R, Bruffaerts R, Van Oyen H, Demarest S, Demyttenaere K. Het voorkomen van psychische stoornissen en suïcidaliteit in de Belgische bevolking ouder dan 60 jaar: Resultaten van de European Study on Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD). Tijdschr Gerontolog Geriatr 2006, 37(3): 97-103.
(39) Raue PJ, Meyers BB, Rowe JL, Heo M, Bruce ML. Suicidal ideation among elderly homecare patients. Int J Geriatr Psychiatry 2007, 22(1): 32-37.
(40) Bruffaerts R, Bonnewyn A, Demyttenaere K. Het voorkomen van depressie in België: Stand van zaken en reflecties voor de toekomst. Tijdschr Psychiatr 2008, 50(10): 655-665.
(41) Hybels CF, Blazer DG. Epidemiology of late-life mental disorders. Clin Geriatr Med 2003, 19(4): 663–696.
(42) Bruffaerts R, Bonnewyn A, Van Oyen H, Demarest S, Demyttenaere K. Zorggebruik voor mentale stoornissen in België. Resultaten van de European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD). Tijdschrift voor Geneeskunde 2004, 60(11): 790-799.
(43) Bruffaerts, R., Bonnewyn, A., Van Oyen H, Demarest S, Demyttenaere K.. Prevalentie van mentale stoornissen in de Belgische bevolking. Resultaten van de European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD). Tijdschrift voor Geneeskunde 2004, 60(2): 75-85.
(44) Levecque K. The social distribution of depression in Belgium: A comparison of the Belgian Health Interview Survey 2001 and the Panel Study of Belgian Households. Arch Public Health 2004, 62: 271-290.
(45) Helme RD, Gibson SJ. The epidemiology of pain in elderly people. Clin Geriatr Med 2001, 17(3): 417–431.
(46) Bonnewyn A, Katona C, Bruffaerts R, Haro JM, de Graaf MR, Alonso J, Demyttenaere K. Pain and depression in older people: Comorbidity and patterns of help seeking. J Affect Disord 2009, 117(3): 193–196.
(47) Harwood DM, Hwton K, Hope T, Harriss L, Jacoby R. Life problems and physical illness as risk factors for suicide in older people: A descriptive and case-control study. Psychol Med 2006, 36(9): 1265-1274.
(48) Sirey JA, Bruce ML, Carpenter M, Booker D, Reid MC, Newell KA, Alexopoulos GS. Depressive symptoms and suicidal ideation among older adults reveiving home delivered meals. Int J Geriatr Psychiatry 2008, 23(12): 1306-1311.
(49) Juurlinck DN, Hermann N, Szalai JP, Kopp A, Redelmeier DA. Medical illness and the risk of suicide in the elderly. Arch Intern Med 2004, 164(11): 1179-1184.
(50) Li L, Conwell Y. Pain and self-injury in elderly men and women receiving home care. J Am Geriatr Soc 2010, 58(11): 2160-2165.
(51) Chou KL, Chi I. Reciprocal relationship between pain and depression in elderly Chinese primary care patients. Int J Geriatr Psychiatry 2005, 20(10): 945–952.
(52) Reid MC, Williams CS, Concato J, Tinetti ME, Gill T. Depressive symptoms as a risk factor for disabling back pain in community-dwelling older persons. J Am Geriatr Soc 2003, 51(12): 1710–1717.

(53) Chou KL. Reciprocal relationship between pain and depression in older adults: evidence from the English Longitudinal Study of Ageing. J Affect Disord 2007, 102(1-3): 115–123.
(54) Andriessen K, Bonnewyn A. Cahier ouderenzorg: Suïcide en suïcidepreventie bij ouderen, Mechelen, Kluwer; 2013.
(55) Kerkhof AJFM, van Luyn JB. Suïcidepreventie in de praktijk, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2010.
(56) Sheikh JI, Yesavage JA. Geriatric Depression Scale (GDS) Recent evidence and development of a shorter version. Clin Gerontol 1986, 5(1/2): 165–173.
(57) Mitchell AJ, Bird V, Rizzo M, Meader N. Diagnostic validity and added value of the geriatric depression scale for depression in primary care: A meta-analysis of GDS30 and GDS1. J Affect Disord 2009, 125(1-3): 10–17.
(58) Wancata J, Alexandrowicz R, Marquart B, Weiss M, Friedrich F. The criterion validity of the Geriatric Depression Scale: a systematic review. Acta Psychiatr Scand 2006, 114(6): 398–410.
(59) Bijl D, van Marwijk HW, Ader HJ, Beekman AT, de Haan M. Test-characteristics of the GDS-15 in screening for major depression in elderly patients in clinical practice. Clin Gerontol 2005, 29(1): 1–9.
(60) Castelo MS, Coelho Filho JM, Carvalho AF, Lima JW, Noleto JC, Ribero KG et al. Validity of the Brazilian version of the Geriatric Depression Scale (GDS) among primary care patients. Psychogeriatr 2010, 22(1): 109-113.
(61) Almeida OP, Almeida SA. Short versions of the geriatric depression scale: a study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV. Int J Geriatr Psychiatry 1999, 14(10): 858-865.
(62) Heisel MJ, Flett GL, Duberstein PR, Lyness JM. Does the geriatric depression scale (GDS) distinguish between older adults with high versus low levels of suicidal ideation? Am J Geriatr Psychiatry 2005, 13(10): 876-883.
(63) Cheng ST, Yu EC, Lee SY, Wong JY, Lau KH, Chan LK et al. The geriatric depression scale as a screening tool for depression and suicide ideation: a replication and extention. Am J Geriatr Psychiatry 2010, 18(3): 3.
(64) Heisel MJ, Flett GL, Duberstein PR, Lyness JM, Feldman MD. Screening for Suicide Ideation among Older Primary Care Patients. J Am Board Fam Med 2010, 23(2): 260–269.
(65) Sheehan DV, Lecubrier Y, Sheehan KH, Janavs J, Weiler E, Hergueta T et al. The Mini-International Neurospsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. J Clin Psychiatry 1998, 59, Suppl 20: 22-33, quiz 34-57.
(66) Van Vliet IM, Leroy H, Van Megen HJGM. M.I.N.I. PLUS - M.I.N.I. internationaal Neuropsychiatrisch Interview Nederlandse Versie 5.0.0. (internet) Nederland, 2000. Beschikbaar op: http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/measuringinstruments/meetinstrumenten_90pdf.pdf
(67) Van Vliet IM, Leroy H. Het Mini Internationaal Neuropsychiatrisch Interview (mini) - Een kort gestructureerd diagnostisch psychiatrisch interview voor DSM-IV- en ICD-10-stoornissen. Tijdschrift voor Psychiatrie, 2007, 49(6): 393-396.
(68) Roaldset JO, Linaker OM, Bjørkly S. Predictive Validity of the MINI Suicidal Scale for Self-Harm in Acute Psychiatry: A Prospective Study of the First Year after Discharge. Arch Suicide Res 2012, 16(4): 287-302.

VI. Bijlagen

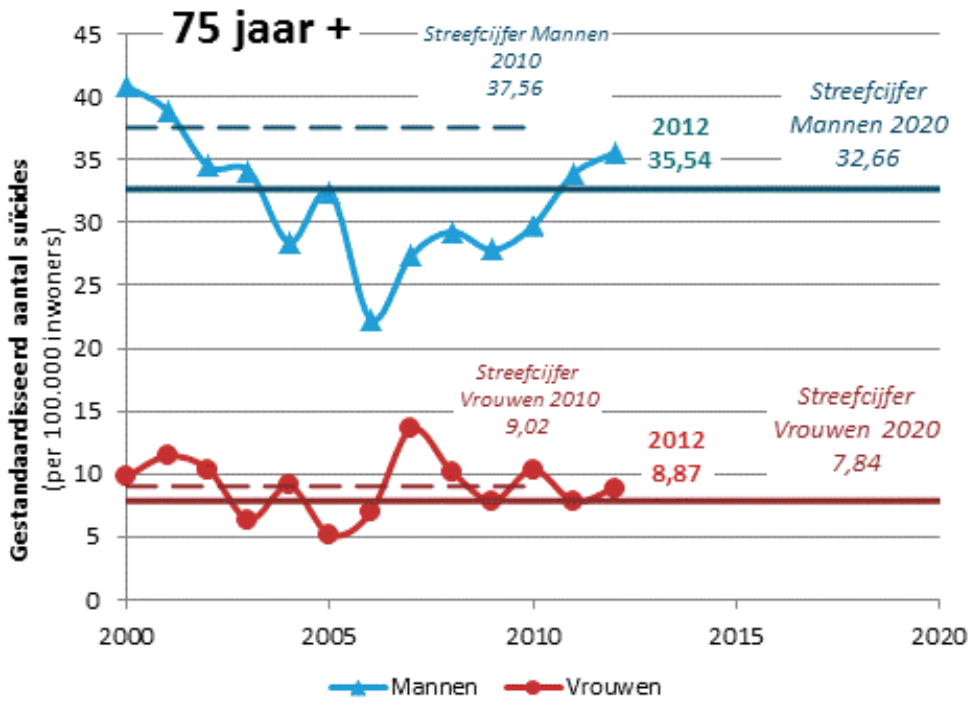
Bijlage 1: Leeftijdsspecifieke sterftecijfers voor suïcide (per 100 000 inwoners), mannen en vrouwen, Vlaams Gewest, 2012



Bron: sterftecertificaten alle overlijdens, Vlaams Gewest, 2012

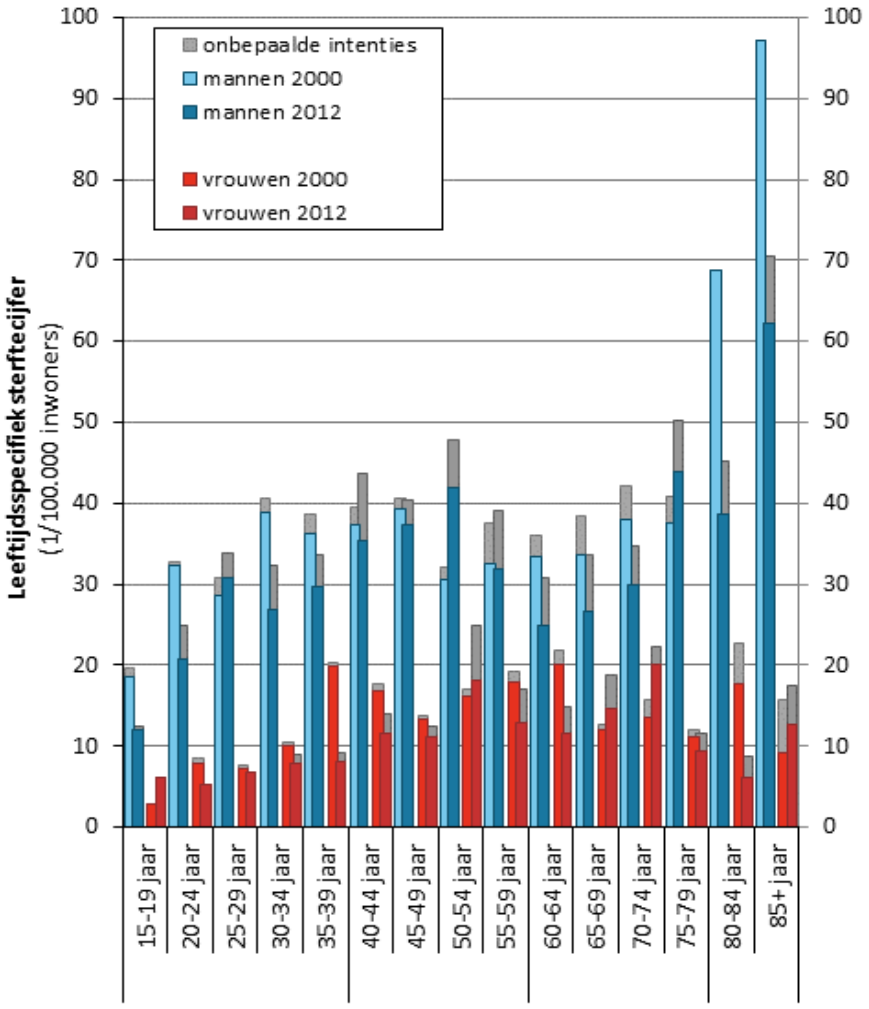
Referentie: Agentschap Zorg en Gezondheid. Zelfdoding per leeftijd (Internet). Brussel: Vlaamse Overheid, 2014 (laatst aangepast 13/11/2014). Beschikbaar op: https://zorg-en-gezondheid.be/Cijfers/Sterftecijfers/Cijfers-oorzaken-van-sterfte/Zelfdoding-per-leeftijd/#leeftijd

Bijlage 2: Aantal suïcides bij personen boven 75 jaar in vergelijking met streefcijfer



Referentie: Agentschap Zorg en Gezondheid. Evaluatie gezondheidsdoelstelling zelfdoding en depressie via sterftecijfers (Internet). Brussel: Vlaamse Overheid, 2014 (laatst aangepast 4/11/2014). Beschikbaar op: https://zorg-en-gezondheid.be/Cijfers/Ziekten/Depressies-en-zelfdoding/Evaluatie-gezondheidsdoelstelling-zelfdoding-en-depressie-via-sterftecijfers/

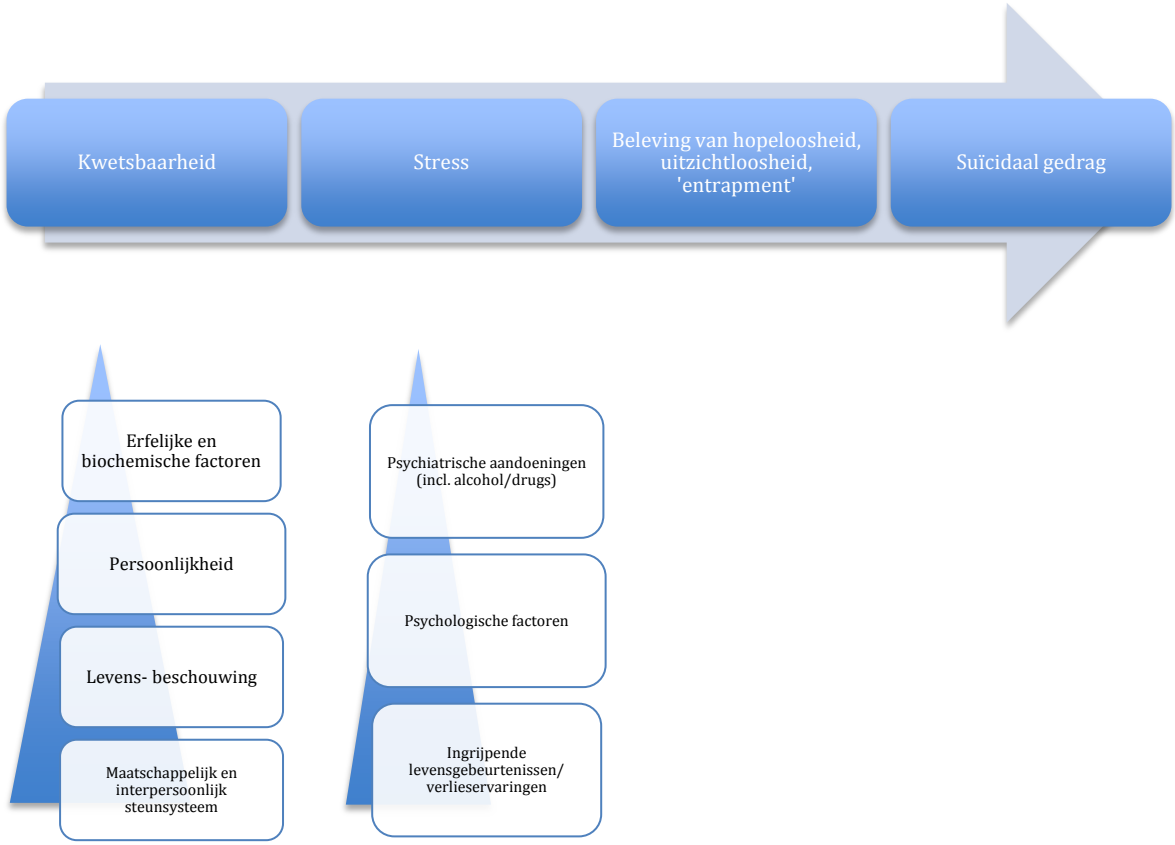
Bijlage 3: Evolutie leeftijdsspecifieke sterftecijfers door suïcide (per 100 000 inwoners), mannen en vrouwen, Vlaams Gewest, 2000 versus 2012



Bron: sterftecertificaten alle overlijdens, Vlaams Gewest, 2000 & 2012

Referentie: Agentschap Zorg en Gezondheid. Zelfdoding per leeftijd (Internet). Brussel: Vlaamse Overheid, 2014 (laatst aangepast 13/11/2014). Beschikbaar op: https://zorg-en-gezondheid.be/Cijfers/Sterftecijfers/Cijfers-oorzaken-van-sterfte/Zelfdoding-per-leeftijd/#leeftijd

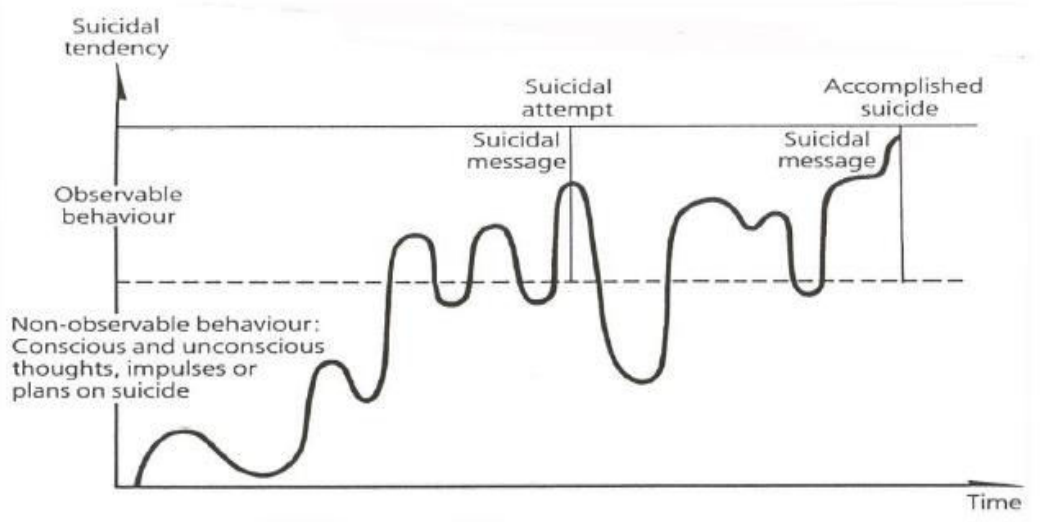
Bijlage 4: Het complexe model van suïcide



Referenties:

(1) Goldney DR. Suicide Prevention. Oxford: Oxford University Press; 2008.
(2) Williams JMG, Crane C, Barnhofer T, Duggan D. Psychology and suicidal behavior: Elaborating the entrapment model. In: Hawton K, Prevention and treatment of suicidal behavior: From science to practice: 71-78. Oxford: Oxford University Press; 2005.
(3) Van Hemert AM, Kerkhof AJFM, de Keijser J, Verwey B, van Boven C, Hummelen JW et al. Visie op suïcidaal gedrag. In: Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag, Utrecht: De Tijdstroom, 2012, 8-11.

Bijlage 5: Suïcidaal gedrag



Referentie: Retterstøl N. The suicidal process. In N. Retterstøl. Suicide: A European Perspective. Cambridge: Cambridge University Press, 1993, 135-141.

Bijlage 6: Risicofactoren voor suïcide bij ouderen

Socio-demografie	Leeftijd: "oud-ouderen" Geslacht: mannen Burgerlijke staat
Genetisch-biologische kwetsbaarheid	Kwetsbaarheid voor gevoelens van hopeloosheid, impulsiviteit
Psychische aandoeningen	Depressie en andere stemmingsstoornissen Angststoornis Alcoholmisbruik en -afhankelijkheid
Lichamelijke aandoeningen	Lichamelijke ziekten Pijn Functionele beperkingen
Stressvolle levensgebeurtenissen	Verlieservaringen: gezondheid, relaties…
Sociale relaties	Beperkte sociale steun Familiale conflicten
Persoonlijkheidskenmerken	Rigide denken Beperkt aanpassingsvermogen Impulsiviteit
Cognitieve factoren	Beperkingen in het stellen van doelgericht gedrag, in het inschatten van emoties van anderen…
Eerder suïcidaal gedrag	Eén of meerdere suïcidepogingen in de voorgeschiedenis
Beschikbaarheid van suïcidemiddelen	Medicatie, vuurwapens, hoge gebouwen…

Referentie: Krysinska K, Andriessen K. Beïnvloedende factoren voor suïcidaal gedrag bij ouderen: risico- en beschermende factoren. In: Andriessen K, Bonnewyn A. Cahier ouderenzorg: Suïcide en suïcidepreventie bij ouderen. Mechelen: Kluwer, 2013, 45-58.

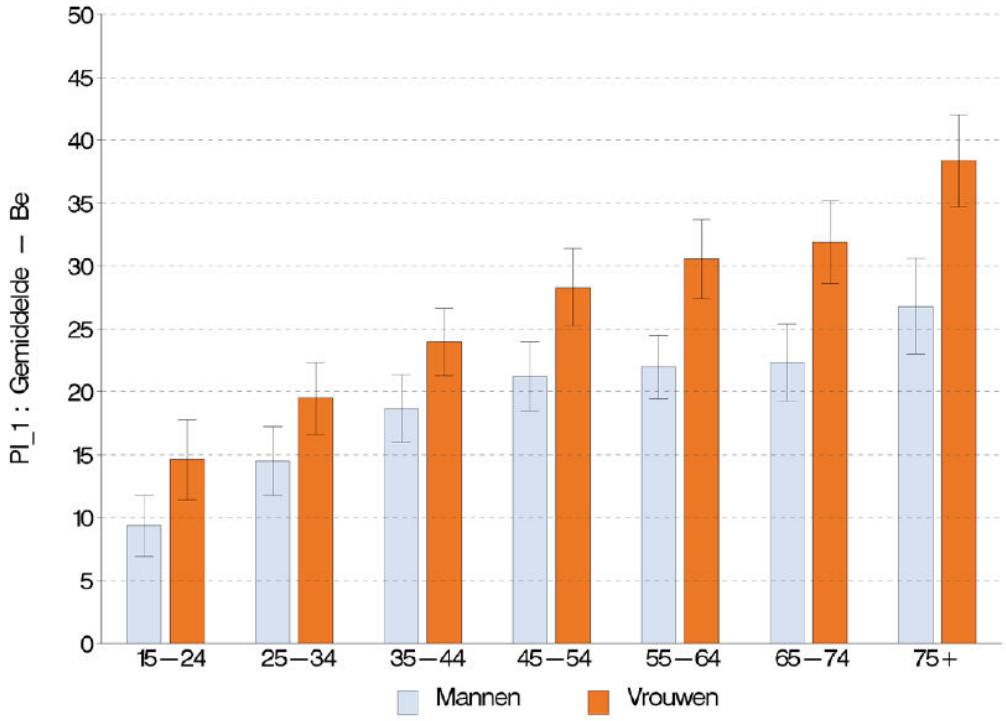
Bijlage 7: Evolutie van indicatoren van zelfmoordgedrag met gegevens uit Belgische Gezondheidsenquêtes

Percentage van de bevolking (van 15 jaar en ouder) dat…	2004	2008	2013
Ooit ernstig aan zelfmoord heeft gedacht	12	12	14
Ooit geprobeerd heeft om zelfmoord te plegen	3,7	4,9	4,2
In de afgelopen 12 maanden aan zelfmoord heeft gedacht		3,6	5,0
In de afgelopen 12 maanden geprobeerd heeft zelfmoord te plegen	0,4	0,4	0,4

Bron: Gezondheidsenquêtes, België, 2004,2008,2013

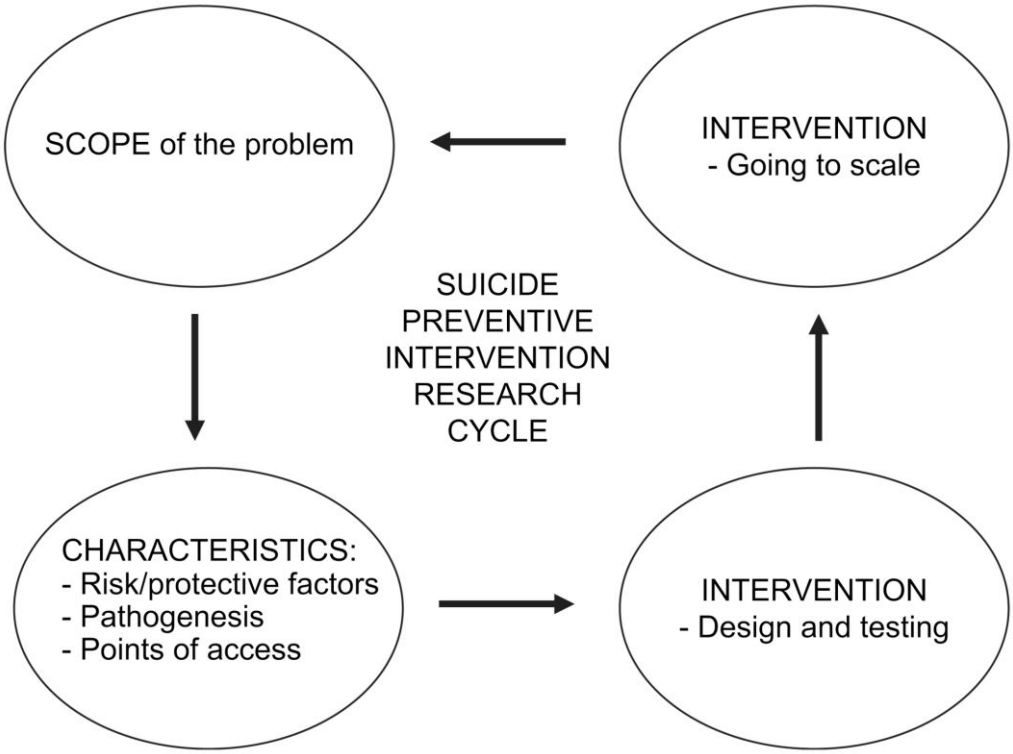
Referentie: Van der Heyden J, Charafeddine R. Gezondheidsenquête 2013. Rapport 1: Gezondheid en Welzijn. Samenvatting van de onderzoeksresultaten. Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, Rapport D/2014/2505/52, 2014.

Bijlage 8: De gemiddelde SF36-score voor lichamelijke pijn bij de bevolking (van 15 jaar en ouder), volgens leeftijd en geslacht.



Referentie: Van der Heyden J, Charafeddine R. Gezondheidsenquête 2013. Rapport 1: Gezondheid en Welzijn. Samenvatting van de onderzoeksresultaten D/2014/2505/52.

Bijlage 9: The suicide preventive intervention research cycle



Referentie: Yeates C, Thompson C. Suicidal behavior in elders. Psychiatr Clin North Am 2008, 31(2): 333-356.

Bijlage 10: Zoekstrategie Medline Ovid

	Searches	Results	Search Type
1	Suicide/pc (Prevention & Control)	7183	Advanced
2	Aged	2357080	Advanced
3	1 and 2	1237	Advanced
4	Mass Screening	82753	Advanced
5	3 and 4	37	Advanced

Bijlage 11: Overzicht verschillende screeningsvragenlijsten naar depressie

Schaal	Volledige benaming	Auteur, jaartal	Aantal vragen
GDS-15	Geriatric Depression Scale-15	Yesavage & Sheikh, 1986	15
GDS-30	Geriatric Depression Scale-30	Yesavage & Sheikh, 1983	30
GDS-5	Geriatric Depression Scale-5	Hoyl, 1999	5
HRSD	Hamilton Rating Scale for Depression	Hamilton, 1960	17
PHQ-9	Patient Health Questionnaire-9	Kroenke, 2001	9
PHQ-2	Patient Health Questionnaire-2	Kroenke, 2003	2
CSI	Core Symptom Index	Wongpakaran, 2013	17
GSIS	Geriatric Suicide Ideation Scale	Heisel, 2006	31
CSDD	Cornell Scale for Depression in Dementia	Alexopoulos, 1988	19
DSS	Depression Suicide Screen	Fujisana, 2005	5
SDS	Self-rating Depression Scale	Zung, 1965	20

Tabel A: Schalen voor bevraging depressie (en suïcidaliteit), auteur, jaartal, aantal vragen.

Schaal	Inhoud	Pro voor gebruik in deze studie	Contra
GDS-15	Ja/nee vragen naar depressie	Uitgebreide evidence voor gebruik als depressie- en suïcidescreeningstool, even accuraat als GDS-30, maar korter	Geen directe vragen naar suïcidaliteit
GDS-30	Ja/nee vragen naar depressie	Uitgebreide evidence voor gebruik als depressie- en suïcidescreeningstool	Geen directe vragen naar suïcidaliteit, te grote tijdsinvestering o.w.v. aantal vragen
GDS-5	Ja/nee vragen naar depressie	Evidence voor gebruik als depressie- en suïcidescreeningstool	Geen directe vragen naar suïcidaliteit
HRSD	Verschillende antwoordmogelijkheden per vraag die moeten geïnterpreteerd worden door interviewer. Vragen naar gemoed, somatische klachten, suïcidaliteit	Veel ervaring mee, vragen over somatiek, ook een vraag over suïcidaliteit	Te veel tijdinvestering, moeilijk te hanteren in dagelijkse huisartenpraktijk
PHQ-9	Vragen naar depressie, ernst van depressie en suïcidaliteit, telkens vier antwoordmogelijkheden	Kan eventueel na PHQ-2 gebruikt worden. 61% sensitiviteit, 94% specificiteit	Monitoring van depressie, niet specifiek voor ouderen
PHQ-2	Vragen naar depressie en ernst van depressie, telkens vier	Korte bevraging, 97% sensitiviteit, 67% specificiteit	Geen directe vragen naar suïcidaliteit, niet specifiek voor ouderen

	antwoordmogelijkheden		
CSI	5-punts Likertschaal per item, door patiënt zelf in te vullen. Depressie, angst, somatische klachten	Bevat één item over suïcidale ideatie	Weinig evidence (slechts één studie)
GSIS	5-punts Likertschaal per item. Suïcidale ideatie, gepercipieerde betekenis van het leven, verlies van persoonlijke en sociale waarde, doodsideatie en voorgeschiedenis suïcidepoging		Te grote tijdsinvestering o.w.v. aantal vragen.
CSDD	Telkens vier antwoordmogelijkheden per vraag. Door professional in te vullen. Stemmingsgerelateerde kenmerken, gedragsstoornissen, lichamelijke kenmerken, cyclische functies, stoornissen in de gedachteninhoud	Ook bevraging suïcidale ideatie	Dementie is exclusiecriterium. Patiënt kan het niet zelf invullen. Geen vraag naar voorgeschiedenis suïcidepoging
DSS	Ja/nee vragen, kan door patiënt zelf ingevuld worden. Vragenlijst samengesteld vanuit Self-rating Depression Scale, Hospital Anxiety and Depression Scale, getoetst aan Composite International Diagnostic Interview.	Korte bevraging	Geen directe vragen naar suïcidaliteit, enkel getest in Japanse populatie
SDS	Vier antwoordmogelijkheden , door patiënt zelf in te vullen. Affectieve, psychologische en somatische symptomen van depressie		Niet specifiek voor ouderen

Tabel B: Schalen voor bevraging depressie (en suïcidaliteit), met inhoudelijke kenmerken en mogelijke pro- en contra-argumenten om ze te gebruiken in de studie

Referenties:

GDS-15 Sheikh JI, Yesavage JA. Geriatric Depression Scale (GDS) Recent evidence and development of a shorter version. Clin Gerontol 1986, 5(1/2): 165–173.

GDS-30 Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey MB et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. J Psychiatr Res 1983, 17(1): 37-49.
GDS-5 Hoyl MT, Alessi CA, Harker JO, Josephson KR, Pietruszka FM, Koelfgen M et al. Development and testing of a five-item version of the Geriatric Depression Scale. J Am Geriatr Soc 1999, 47(7): 873-878.
HRSD Hamilton M. A rating scale for Depression. J Neurol Neurosurg Psychiat 1960, 23(1): 56-62.
PHQ-9 Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. J Gen Intern Med 2001, 16(9): 606-613.
PHQ-2 Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The Patient Health Questionnaire-2: validity of a two-item depression screener. Med Care 2003, 41(11): 1284–1292.
CSI Wongpakaran T, Wongpakaran N. Detection of suicide among the elderly in a long term care facility. Clin Interv Aging 2013, 8: 1553—1559.
GSIS Heisel MJ, Flett GL. The development and initial validation of the Geriatric Suicide Ideation Scale (GSIS). Am J Geriatr Psychiatry 2006, 14(9): 742-751.
CSDD Alexopoulos GA, Abrams RC, Young RC, Shamoian CA. Cornell scale for depression in dementia. Biol Psych1988, 23(3):271-284.
DSS Fujisawa D, Tanaka E, Sakamoto S, Neichi K, Nakagawa A, Ono Y. The development of a brief screening instrument for depression and suicidal ideation for elderly: the Depression and Suicide Screen. Psychiatry Clin Neurosci 2005, 59(6): 634-638.
SDS Zung WW. A self-rating depression scale. Arch Gen Psychiatry 1965, 12(1): 63–70.

Schaal	**Volledige benaming**	**Auteur, jaartal**	**Aantal vragen**
MINI plus suïcidaliteit	Mini International Neuropsychiatric Interview	Sheehan et al., 1998	6
AsQ'em	Ask suicide-Screening Questions to Everyone in Medical Settings	Horowitz et al., 2013	2
C-SSRS	Columbia-Suicide Severity Rating Scale	Posner et al., 2011	3
IPEO	Instrument voor eerste Psychosociale Evaluatie en Opvang	De Munck et al., 2009	20

Tabel C: Schalen voor bevraging suïcide, auteur, jaartal en aantal vragen

Schaal	**Inhoud**	**Pro voor gebruik in deze studie**	**Contra**
MINI plus suïcidaliteit	Suïcidale ideatie en plannen afgelopen maand en vraag naar suïcidepoging	Bevraging van huidige suïcidale ideatie en bevraging van voorgeschiedenis suïcidepoging	Onderdeel van een bestaand gevalideerd instrument en weinig concrete evidence over dit onderdeel
AsQ'em	Suïcidale ideatie en voorgeschiedenis van suïcidepoging	Twee korte vragen	Slechts één studie met 331 patiënten.
C-SSR	Suïcidale ideatie en		Te grote

	intensiteit ervan, suïcidaal gedrag		tijdsinvestering
IPEO	Vragen naar suïcide, ontwikkeld voor eerste opvang na een suïcidepoging Belgische samenwerking: Eenheid voor Zelfmoordonderzoek (UGent) , Sein – Instituut voor Gedragswetenschappen (UHasselt), Project Zelfmoordpreventie Vlaanderen (CGGZ)	Getest en wordt reeds toegepast	Geen screeningsvragenlijst, maar een vragenlijst na een suïcidepoging (postventie)

Tabel D: Schalen voor bevraging suïcidaliteit, met inhoudelijke kenmerken en mogelijke pro- en contra-argumenten om ze te gebruiken in de studie

Referenties:

MINI plus suïcidaliteit - Sheehan DV, Lecubrier Y, Sheehan KH, Janavs J, Weiler E, Hergueta T et al. The Mini-International Neurospsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV ans ICD-10. J Clin Psychiatry 1998, 59. Suppl 20: 22-33, quiz 34-57.
-Van Vliet IM, Leroy H, Van Megen HJGM. M.I.N.I. PLUS - M.I.N.I. internationaal Neuropsychiatrisch Interview Nederlandse Versie 5.0.0. (internet) Nederland, 2000. Beschikbaar op: http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/measuringinstruments/meetinstrumenten_90pdf.pdf

AsQ'em Horowitz LM, Snyder D, Ludi E, Rosenstein DL, Kohn-Godbout J, Lee L et al. Ask suicide-screening questions to everyone in medical settings: the asQ'em Quality Improvement Project. Psychosomatics 2013, 54(3): 239-247.

C-SSR Posner K, Brown GK, Stanley B, Brent DA, Yershova KV, Oquendo MA et al. The Columbia–Suicide Severity Rating Scale: Initial Validity and Internal Consistency Findings From Three Multisite Studies With Adolescents and Adults. Am J Psychiatry 2011, 168(12): 1266–1277.

IPEO De Munck S, Van Rijsselberghe L, Van Autreve S, Vanhove R, Portzky G, Hoste J et al. Preventie van suïcidepogingen in het algemeen ziekenhuis: de ontwikkeling en implementatie van een instrument voor psychosociale evaluatie en opvang van suïcidepogers (IPEO). Tijdschrift voor Geneeskunde 2009, 65(21): 1000-1007.

Bijlage 12: De Geriatric Depression Scale-15

1. Bent u innerlijk tevreden met uw leven? Ja/nee
2. Bent u met veel activiteiten en interesses opgehouden? Ja/nee
3. Hebt u het gevoel dat uw leven leeg is? Ja/nee
4. Verveelt u zicht vaak? Ja/nee
5. Hebt u meestal een goed humeur? Ja/nee
6. Bent u bang dat u iets ergs zal overkomen? Ja/nee
7. Voelt u zich meestal wel gelukkig? Ja/nee
8. Voelt u zich vaak hopeloos? Ja/nee
9. Blijft u liever thuis dan uit te gaan en nieuwe dingen te doen? Ja/nee
10. Hebt u het gevoel dat u meer moeite heeft met het geheugen dan anderen? Ja/nee
11. Vindt u het fijn om te leven? Ja/nee
12. Voelt u zich nogal waardeloos op het ogenblik? Ja/nee
13. Voelt u zich energiek? Ja/nee
14. Hebt u het gevoel dat uw situatie hopeloos is? Ja/nee
15. Denkt u dat de meeste mensen het beter hebben dan u? Ja/nee

Antwoordsleutel:
1. nee
2. ja
3. ja
4. ja
5. nee
6. ja
7. nee
8. ja
9. ja
10. ja
11. nee
12. ja
13. nee
14. ja
15. ja

1 punt per vraag

Referentie: Sheikh JI, Yesavage JA. Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. Clin Gerontol 1986, 5(1/2): 165–173.

Bijlage 13: Evaluatie van de MINI – onderdeel suïcidaliteit

	De afgelopen maand:			
C1	Dacht u dat u beter af zou zijn wanneer u dood was of wenste u dat u dood was?	NEE	JA	1
C2	Wilde u uzelf iets aandoen?	NEE	JA	2
C3	Dacht u aan zelfmoord?	NEE	JA	3
C4	Maakte u zelfmoordplannen?	NEE	JA	4
C5	Ondernam u een zelfmoordpoging?	NEE	JA	5
	In uw leven:			
C6	Deed u ooit in uw leven een zelfmoordpoging?	NEE	JA	6

Is tenminste één van de bovenstaande vragen beantwoord met JA?
Indien JA: spedifieer dan het suïciderisico als volgt:
C1 OF C2 OF C6 = JA : Laag risico
C3 OF (C2+C6) = JA : Matig risico
C4 OF C5 OF (C3+C6) = JA : Hoog risico

HUIDIGE SUICIDE RISICO
Laag Matig Hoog

Referenties:
-Sheehan DV, Lecubrier Y, Sheehan KH, Janavs J, Weiler E, Hergueta T et al. The Mini-International Neurospsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV ans ICD-10. J Clin Psychiatry 1998, 59. Suppl 20: 22-33, quiz 34-57.
-Van Vliet IM, Leroy H, Van Megen HJGM. M.I.N.I. PLUS - M.I.N.I. internationaal Neuropsychiatrisch Interview Nederlandse Versie 5.0.0. (internet) Nederland, 2000. Beschikbaar op:
http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/measuringinstruments/meetinstrumenten_90pdf.pdf

Bijlage 14: Vragenlijst

Titel van de studie: suïcidescreening bij ouderen in de huisartsenpraktijk
Onderzoeker: Dr. Peemans Emilie

PERSOONLIJKE GEGEVENS	
Naam + Voornaam:	……
Geboortedatum (dd/mm/jj):	…… Leeftijd……..
Geslacht:	Man / vrouw

1	Bent u innerlijk tevreden met uw leven?	Ja / Nee
2	Bent u met veel activiteiten en interesses gestopt?	Ja / Nee
3	Hebt u het gevoel dat uw leven leeg is?	Ja / Nee
4	Verveelt u zicht vaak?	Ja / Nee
5	Hebt u meestal een goed humeur?	Ja / Nee
6	Bent u bang dat u iets ergs zal overkomen?	Ja / Nee
7	Voelt u zich meestal wel gelukkig?	Ja / Nee
8	Voelt u zich vaak hopeloos?	Ja / Nee
9	Blijft u liever thuis dan uit te gaan en nieuwe dingen te doen?	Ja / Nee
10	Hebt u het gevoel dat u meer moeite heeft met het geheugen dan anderen?	Ja / Nee
11	Vindt u het fijn om te leven?	Ja / Nee
12	Voelt u zich nogal waardeloos op het ogenblik?	Ja / Nee
13	Voelt u zich energiek?	Ja / Nee
14	Hebt u het gevoel dat uw situatie hopeloos is?	Ja / Nee
15	Denkt u dat de meeste mensen het beter hebben dan u?	Ja / Nee
16	Heeft u last van chronische pijn die uw activiteiten in het dagelijkse leven belemmert?	Ja / Nee
17	De afgelopen maand: dacht u dat u beter af zou zijn wanneer u dood was of wenste u dat u dood was?	Ja / Nee
18	De afgelopen maand: Wilde u uzelf iets aandoen?	Ja / Nee
19	De afgelopen maand: Dacht u aan zelfmoord?	Ja / Nee
20	De afgelopen maand: Maakte u zelfmoordplannen?	Ja / Nee
21	De afgelopen maand: Ondernam u een zelfmoordpoging?	Ja / Nee
22	In uw leven: Deed u ooit een zelfmoordpoging?	Ja / Nee

Referenties:

Vraag 1-15: Geriatric Depression Scale-15
Sheikh JI, Yesavage JA. Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. Clin Gerontol 1986, 5(1/2): 165–173.
Vraag 17-22: Mini International Neuropsychiatric Interview-Plus
-Sheehan DV, Lecubrier Y, Sheehan KH, Janavs J, Weiler E, Hergueta T et al. The Mini-International Neurospsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV ans ICD-10. J Clin Psychiatry 1998, 59. Suppl 20: 22-33, quiz 34-57.
-Van Vliet IM, Leroy H, Van Megen HJGM. M.I.N.I. PLUS - M.I.N.I. internationaal Neuropsychiatrisch Interview Nederlandse Versie 5.0.0. (internet) Nederland, 2000. Beschikbaar op:
http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/measuringinstruments/meetinstrumenten_90pdf.pdf

Bijlage 15: Informed consent en informatieformulier voor de proefpersoon

Formulier voor schriftelijke toestemming
Titel van de studie: suïcidescreening bij ouderen in de huisartsenpraktijk
Onderzoeker: Dr. Peemans Emilie

"Hierbij bevestig ik, ondergetekende ……., dat ik over de studie ben ingelicht en een kopie van het informatieformulier heb gekregen.

Ik heb de gelegenheid gekregen om vragen te stellen. Mijn arts heeft mij voldoende informatie gegeven over de aard, het doel en mogelijke gevolgen van de studie en wat er van mij als proefpersoon wordt verwacht.

Mijn deelname aan het onderzoek is volledig vrijwillig en het staat mij vrij om op ieder ogenblik terug te trekken zonder deze beslissing te moeten rechtvaardigen en zonder enig nadelig gevolg.

Mijn medische gegevens zullen strikt vertrouwelijk behandeld worden. Ik ga akkoord met het verzamelen en verwerken van deze medische gegevens in het kader van deze studie. Ik bevestig dat alle informatie die ik heb gegeven over mijn medische voorgeschiedenis waar is en juist is. "

Datum: ……..
Handtekening patiënt: ……..

"Ik, ondergetekende, Emilie Peemans, bevestig dat ik mondeling de nodige informatie heb gegeven over deze klinische studie, dat ik een kopie heb gegeven van het informatie- en toestemmingsformulier dat door de verschillende partijen werd getekend, dat ik bereid ben om zo nodig alle aanvullende vragen te beantwoorden en dat ik geen druk op de patiënt heb uitgeoefend om aan de studie deel te nemen. Ik verklaar dat ik werk volgens de ethische principes die worden beschreven in de Verklaring van Helsinki en de Belgische wet van 7/5/2004 over proeven op mensen."

Datum: ……..
Handtekening arts: ……..

Informatieformulier voor de proefpersoon
Titel van de studie: suïcidescreening bij ouderen in de huisartsenpraktijk
Onderzoeker: Dr. Peemans Emilie

U wordt uitgenodigd om vrijwillig deel te nemen aan een studie. Het is belangrijk dat u dit formulier leest vooraleer u toestemt om deel te nemen aan deze studie. In dit informatieformulier wordt uitgelegd wat het doel van de studie is en wat de voordelen of de ongemakken voor u zouden kunnen betekenen.

Doel en beschrijving van de studie
Dit is een medisch-wetenschappelijke studie bij zeventig plussers in deze huisartsenpraktijk waarbij gebruik gemaakt wordt van een vragenlijst die u mag invullen, al dan niet samen met uw huisarts.

In de huidige geneeskunde wordt vaak nadruk gelegd op fysieke gezondheid, terwijl ook mentale gezondheid erg belangrijk is. Met dit onderzoek wordt een peiling gedaan naar de mentale gezondheid bij ouderen. Ouderen vormen immers een groot onderdeel van de patiënten die een huisarts raadplegen. Hoewel we ervan uitgaan dat de meerderheid van de ouderen weinig tot geen mentale problemen ervaart, is het toch belangrijk om bij diegenen waarbij de gemoedstoestand niet in orde is, tijdig te kunnen ingrijpen in de situatie en de gepaste begeleiding te voorzien.

Bovendien is uit verschillende studies gebleken dat bij ouderen , en meer bepaald bij mannen boven 85 jaar, een hoog aantal zelfdodingen gebeuren in vergelijking met andere leeftijdsgroepen. Dit is een opmerkelijk fenomeen en is dus de moeite waard om verder te onderzoeken. Deze studie heeft als doel te onderzoeken of er in de huisartsenpraktijk een verhoogd risico op zelfdoding kan weerhouden worden bij bepaalde patiënten boven zeventig jaar. Aan zeventig plussers die in deze huisartsenpraktijk patiënt zijn, zal de vragenlijst voorgelegd worden. Hieruit zal er berekend worden of er al dan niet een verhoogd risico is op zelfdoding.

U mag deze vragenlijst zelf invullen of met hulp van uw arts. Als u tijdens of na het invullen van de vragenlijst bedenkingen of vragen heeft of als u de nood heeft om hierover te spreken, kan u terecht bij de huisarts. De vragenlijst is niet anoniem, zodat de huisartsen u kunnen contacteren ingeval er verdere bevraging of begeleiding nodig geacht wordt.

Duur van de studie
Er zal u gevraagd worden om één maal een vragenlijst in te vullen. Zo u dit wenst, kan dit samen met uw huisarts gebeuren. Indien er uit uw ingevulde vragenlijst blijkt dat verder begeleiding noodzakelijk is, waarin wordt vastgesteld of er verdere begeleiding nodig is en wat deze verdere begeleiding zou inhouden.

Vrijwillige deelname
U neemt vrijwillig deel aan deze studie en u heeft het recht de deelname te weigeren. Uw beslissing om al dan niet deel te nemen aan de studie, zal geen enkele invloed hebben op uw verdere behandeling door uw huisarts in de huisartsenpraktijk. Ook wanneer u reeds toestemming gaf tot deelname aan de studie, mag u op elke moment uw deelname stopzetten.

Indien u aanvaardt om deel te nemen aan deze studie, krijgt u deze informatiefolder mee en zal u gevraagd worden om een schriftelijke toestemming te geven door middel van een toestemmingsformulier.

Ongemakken of nadelen
Indien het invullen van de vragenlijst bij u vragen of bedenkingen oproept over zelfdoding of zaken die hiermee te maken hebben, staat uw huisarts ter beschikking om hierover te praten.

Voordeel
Het kan niet bevestigd worden dat u persoonlijk voordeel zal halen uit deelname aan deze studie. Indien er verdere begeleiding nodig wordt geacht, zullen wij u deze begeleiding aanbieden.

Bescherming persoonlijke levenssfeer
Uw identiteit en uw deelname aan de studie zal strikt vertrouwelijk worden behandeld. Er zal u gevraagd worden naam en geboortedatum in te vullen op de vragenlijst, maar uw naam zal niet genoemd worden in de resultaten of publicaties naar aanleiding van de studie.

Commissie voor ethiek
Deze studie is beoordeeld door een onafhankelijke commissie voor ethiek.

Huisarts-in-opleiding: Dr. Emilie Peemans

Bijlage 16: Protocol van de studie

Titel van de studie: suïcidescreening bij ouderen in de huisartsenpraktijk
Onderzoeker: Dr. Peemans Emilie

Inleiding
Uit de meest recente cijfers bleek dat in 2011 in Vlaanderen 1152 personen overleden door zelfdoding. Leeftijdsspecifieke sterftecijfers toonden een groot aantal suïcides bij ouderen aan, vooral bij hoogbejaarde mannen. Mogelijk zijn deze cijfers nog een onderschatting van de werkelijkheid aangezien sommige zelfdodingen niet worden herkend als suïcide, maar als natuurlijke dood worden geregistreerd. De huisarts is vaak de enige hulpverlener waarmee een bejaarde in contact komt en kan dus ook een voorname rol spelen in de screening naar suïcidale gedachten en de aanpak ervan. Nochtans blijft het een delicaat onderwerp en wordt vaak onterecht aangenomen dat het ter sprake brengen van zelfdoding een suïcide in de hand zal werken.

Onderzoeksvraag
Kan een screeningsvragenlijst het suïcide risico bij ouderen boven zeventig jaar in de huisartsenpraktijk inschatten en kunnen hieruit conclusies getrokken worden naar het hanteren van de vragenlijst in de huisartsensetting, de prevalentie van suïcide risico bij ouderen en correlaties hiervan met leeftijd, geslacht en het ervaren van chronische pijn?

Methode
Door middel van literatuurstudie wordt een in de huisartsenpraktijk een hanteerbare vragenlijst gezocht die het suïcide risico bij de doelpopulatie (ouderen boven zeventig jaar) inschat. Deze vragenlijst zal worden voorgelegd aan mannen en vrouwen boven de zeventig, patiënten met dementie zullen geëxcludeerd worden. Naast deze gestandaardiseerde vragenlijst, zal de patiënt ook diens geboortedatum en geslacht invullen. De vragenlijst zal niet anoniem zijn. Wanneer er dan uit de vragenlijst blijkt dat er een verhoogd risico is op zelfdoding, kan de patiënt gecontacteerd worden door de huisarts.

Resultaten
Er zal een analyse van de correct ingevulde vragenlijsten gebeuren, met name zal de prevalentie van verhoogd risico op zelfdoding, verschillen in geslacht en leeftijdscategorieën bekeken worden.
Wanneer uit de ingevulde vragenlijst blijkt dat er een verhoogd risico is op suïcide, zal een opvolging van deze patiënt gestart worden. Hierbij zal de patiënt begeleid worden door de huisarts volgens de richtlijn van Domus Medica 'Preventie van zelfdoding', 2012 en zal de patiënt de nodige informatie krijgen omtrent zelfmoordlijn 1318 en de mogelijkheid tot gespecialiseerde opvolging.

Bijlage 17: Goedkeuring van de Ethische Commissie

COMMISSIE MEDISCHE ETHIEK VAN DE UNIVERSITAIRE ZIEKENHUIZEN KULEUVEN
U.Z. GASTHUISBERG
HERESTRAAT 49
B-3000 LEUVEN (BELGIUM)

KATHOLIEKE UNIVERSITEIT LEUVEN

Prof. dr. Bert Aertgeerts
Diensthoofd vakgroep Huisartsgeneeskunde
Academisch centrum voor Huisartsgeneeskunde
Kapucijnenvoer 33 blok 1 bus 7001
3000 Leuven

ONS KENMERK ML10544
LEUVEN, 18 juli 2014

BLAD NR. 2
ONS KENMERK ML10544
UW KENMERK
LEUVEN, 18 juli 2014

Suïcide screening bij ouderen in de huisartsenpraktijk.

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Collega,

De Commissie Medische Ethiek van de Universitaire Ziekenhuizen K.U.Leuven heeft vermeld protocol onderzocht en besproken op haar vergadering van 21 mei 2014.

Na inzage van de bijkomende informatie en/of aangepaste documenten met betrekking tot vermeld dossier (uw schrijven van 27 juni 2014 en 3 juli 2014) is de Commissie van oordeel dat de voorgestelde studie wetenschappelijk relevant en ethisch verantwoord is. In het kader van de gesprekken met Prof. Schotsmans (Raadgevend Comité voor Bio-ethiek) aangaande dergelijke studies geeft de Commissie dan ook een gunstig advies over dit onderzoeksproject.

Dit gunstig advies betreft onder meer:

- Protocol: versie ontvangen 17/04/2014
- Informatie- en toestemmingsformulier voor de deelnemer: informatieformulier voor de proefpersoon aangepaste versie 1/07/2014

De Commissie bevestigt dat ze werkt in overeenstemming met de ICH-GCP principes (International Conference on Harmonization Guidelines on Good Clinical Practice), met de meest recente versie van de Verklaring van Helsinki en met de van toepassing zijnde wetten en regelgeving.

De Commissie bevestigt dat in geval van belangenconflict, de betrokken leden niet deelnemen aan de besluitvorming omtrent de studie.

Een ledenlijst wordt bijgevoegd.

De opdrachtgever is verantwoordelijk voor de conformiteit van de anderstalige documenten met de Nederlandstalige documenten.

Aandachtspunten: (indien van toepassing)

Indien er een Clinical Trial Agreement is, kan de studie in ons centrum pas aangevat worden wanneer dit Clinical Trial Agreement goedgekeurd en ondertekend werd door de gedelegeerd bestuurder van UZ Leuven.

SECRETARIAAT:
Tel +32 16 34 86 00 Fax +32 16 34 86 01 ec@uzleuven.be ec-submission@uzleuven.be www.uzleuven.be/ec

Studies met geneesmiddelen en sommige studies met "medische hulpmiddelen" dienen door de opdrachtgever aangemeld te worden bij het FAGG.
Studies met geneesmiddelen mogen slechts aanvangen op voorwaarde dat de minister (FAGG) geen bezwaren heeft kenbaar gemaakt binnen de wettelijke termijnen zoals beschreven in art.13 van de Belgische wet van 7/5/2004 inzake experimenten op de menselijke persoon.
Voor bepaalde studies met medische hulpmiddelen gelden eveneens wettelijke termijnen (zie KB van 17/3/2009).
Voor meer informatie hieromtrent verwijzen we naar de website van het FAGG www.fagg-afmps.be

Gelieve ook rekening te houden met de regelgeving van het ziekenhuis betreffende weefselbeheer.

Dit gunstig advies van de Commissie houdt niet in dat zij de verantwoordelijkheid voor de geplande studie op zich neemt. U blijft hiervoor dus zelf verantwoordelijk. Bovendien dient U er over te waken dat uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz., die het resultaat zijn van dit onderzoek.

U wordt eraan herinnerd dat bij klinische studies iedere door U waargenomen ernstige verwikkeling onmiddellijk zowel aan de opdrachtgever (desgevallend de producent) als aan de commissie medische ethiek moet worden gemeld, ook al is het oorzakelijke verband met de studie onduidelijk.

Indien de studie niet binnen het jaar beëindigd is, vereist de ICH-GCP dat een jaarlijks vorderingsrapport aan de commissie wordt bezorgd.

Tenslotte verzoeken wij U ons mee te delen indien een studie niet wordt aangevat, of wanneer ze wordt afgesloten of vroegtijdig onderbroken (met opgave van eventuele reden). Gelieve het (al dan niet vroegtijdig) stopzetten van een studie binnen de door de wet vastgelegde termijnen mee te delen en een Clinical Study Report aan de Commissie te bezorgen.

Met collegiale groeten,

Prof. Dr. Walter VAN DEN BOGAERT
Voorzitter Commissie Medische Ethiek
UZ K.U.LEUVEN

Prof. dr. W. Van den Bogaert
Voorzitter
Commissie Medische Ethiek van de UZ KULeuven

Cc CTC Clinical Trial Center

Cc Promotor
Prof. B. Aertgeerts

Student
Dr. Emilie Peemans

Cc Mevr. An Stockmans, Administratieve coordinator ICHO vzw

COMMISSIE MEDISCHE ETHIEK VAN DE UNIVERSITAIRE ZIEKENHUIZEN K.U.LEUVEN
TOETSINGSCOMMISSIE
UZ GASTHUISBERG E200
HERESTRAAT 49
3000 LEUVEN BELGIUM

KATHOLIEKE UNIVERSITEIT LEUVEN

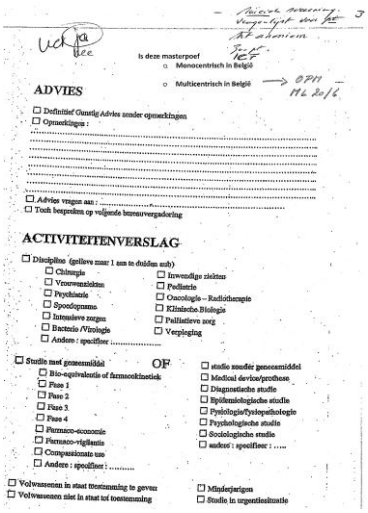
Ledenlijst Commissie Medische Ethiek/Toetsingscommissie (OG032)
vanaf 1 januari 2014 tot heden
List of Members Ethics Committee/IRB (OG032)
from January 1st, 2014 until present

Prof. Walter Van den Bogaert, M.D.	Chairman (M)	Radiotherapy-Oncology
Prof. Guido Verhoeven, M.D.	Vice-Chairman (M)	Experimental Medicine
Dr. Sabine Graux, M.D.	Secretary (F)	Physician
Dr. Sonja Haesendonck, M.D.	Secretary (F)	Physician
Prof. Xavier Bossuyt, M.D.	Member (M)	Immunology
Prof. D. Bullens, M.D.	Member (F)	Paediatrics
Prof. Willem Daenen, M.D.	Member (M)	Cardiac Surgery
Dr. Lut De Groote, M.D.	External Member (F)	General Practitioner
Prof. Jan de Hoon, M.D.	Member (M)	Clinical Pharmacology
Prof. Ivo De Wever, M.D.	Member (M)	Surgical Oncology
De heer Filip Gybels	Member (M)	Head Nurse
Mrs. Christine Mathieu, Law	Member (F)	Medical Legislation
Dr. José Thomas, M.D.	Member (M)	Medical Oncology
Prof. Josse R. Thomas	External Member (M)	Clinical Pharmacology
Prof. Ben Van Calster	Member (M)	Statistics
Prof. Jan Van Hemelrijck, M.D.	Member (M)	Anesthesiology
Prof. Raymond Verhaeghe, M.D.	Member (M)	Cardiology

(M) = Male (F) = Female

De Commissie voor Medische Ethiek volgt de voorschriften van ICH Good Clinical Practice en de lokale wettelijke bepalingen terzake (wet van 7 mei 2004 inzake experimenten op de menselijke persoon en bijbehorende KB's en programmawet)

The Ethics Committee operates according to ICH Good Clinical Practice and local applicable regulations.



Is deze masterproef
- Monocentrisch in België
- Multicentrisch in België → 0711 ML 20/6.

ADVIES

- Definitief Gunstig Advies zonder opmerkingen
- Opmerkingen :
- Advies vragen aan :
- Toch bespreken op volgende hersenvergadering

ACTIVITEITENVERSLAG

- Disciplines (gelieve maar 1 aan te duiden aub)
  - Chirurgie
  - Vrouwenziekten
  - Psychiatrie
  - Spoedgevallen
  - Intensieve zorgen
  - Bacterio /Virologie
  - Andere : specifieer :
  - Inwendige ziekten
  - Pediatrie
  - Oncologie – Radiotherapie
  - Klinische Biologie
  - Palliatieve zorg
  - Verpleging
- Studie met geneesmiddel
  - Bio-equivalentie of farmacokinetiek
  - Fase 1
  - Fase 2
  - Fase 3
  - Fase 4
  - Farmaco-economie
  - Farmaco-vigilantie
  - Compassionate use
  - Andere : specifieer :
- OF
  - studie zonder geneesmiddel
  - Medical device/prothese
  - Diagnostische studie
  - Epidemiologische studie
  - Fysiologie/fysiopathologie
  - Psychologische studie
  - Sociologische studie
  - andere : specifieer : ....
- Volwassenen in staat toestemming te geven
- Volwassenen niet in staat tot toestemming
- Minderjarigen
- Studie in urgentiesituatie

Bijlage 18: Diagram van de analyse van de ingevulde vragenlijsten

