

REFERATEN

Empirisch onderzoek ondersteunt suïcidepreventie

De jaarlijkse suïcide-incidentie in Vlaanderen bedraagt 14,7 suïcides per 100.000 inwoners. In Nederland ligt die met 8,7 een stuk lager (Reynders e.a. 2009). Hoewel een psychisch probleem een belangrijke risicofactor is voor suïcide, bestaat er erg weinig onderzoek over het preventief effect van interventies bij mensen met psychische problemen. While e.a. (2012) voerden in Engeland en Wales de grootste studie tot op heden uit naar de effectiviteit van het doorvoeren van 9 aanbevelingen in ggz-voorzieningen ter preventie van suïcide. Hierbij verwijzen zij naar eerdere Scandinavische studies waarin outreachende zorg en 24-uurscrisisdiensten preventief leken te zijn (o.a. Johannessen e.a. 2011).

In een nationale gegevensbank werden alle overlijdens door of mogelijk door suïcide geregistreerd van mensen die in de 12 maanden voor het overlijden contact hadden met geestelijke gezondheidszorg. Uit een dwarsdoorsnedeonderzoek en een observationele voor- en nastudie bleek dat bij diensten die tussen 1998 en 2006 meer dan 7 van de 9 aanbevelingen implementeerden, een grotere daling van het aantal suïcides gezien werd dan bij diensten die dat niet deden.

Van de afzonderlijke aanbevelingen bleek dat de oprichting van een 24-uurscrisisdienst het duidelijkste effect had (van 11,44 per 10.000 patiëntcontacten per jaar (95%-BI: 11,12-11,77) voorheen naar 9,32 (95%-BI: 8,99-9,67) nadien ($p < 0,0001$)). Daarnaast bleek een specifiek beleid voor patiënten met een dubbele diagnose ook met een significante afname geassocieerd te zijn binnen deze subgroep (10,55 (95%-BI: 10,23-10,89) voorheen versus 9,61 (95%-BI: 9,18-10,05) nadien; $p = 0,0007$). Ook een multidisciplinaire bespreking met team en familieleden na een geval van suïcide had een significant effect (11,59 (95%-BI: 11,31-11,88) voorheen versus 10,48 (95%-BI: 10,13-10,84) nadien; $p < 0,0001$). De andere aanbevelingen tonen een

dalende, maar niet-significante trend. Het grootste verschil was te zien in de sociaal meest gedeprimeerde gebieden.

Verder werden maatregelen onderzocht voor verschillende subpopulaties: dat wegnemen van bevestigingspunten voor verhangingsbij een opgenomen populatie een effect heeft, lijkt erg logisch; dat outreachende zorg wél werkt bij een subgroep met slechte of geen therapietrouw ook. Een beleid rond nazorg binnen de eerste 7 dagen na ontslag had geen effect op korte termijn; er kon pas een effect hiervan aangetoond worden na 3 maanden. Opvallend is dat de oprichting van een crisisteam bedoeld om mensen buiten het ziekenhuis te behandelen, het aantal suïcides significant verminderde binnen het ziekenhuis.

Deze cijfers zijn afkomstig uit een beschrijvend onderzoek gebaseerd op zelfrapportage en zijn dus geen harde evidentie. Het kan zijn dat diensten die consequent omgaan met aanbevelingen ook consequenter zijn inzake factoren die in deze studie niet werden meegenomen. Er zijn heel wat andere mogelijke *confounders*. Er werd enkel gefocust op mensen die cliënt waren bij ggz, waardoor het effect op het totale aantal suïcides niet duidelijk is.

Ondanks methodologische en ethische beperkingen van wetenschappelijk onderzoek over suïcide, is dit het soort onderzoek waarop een beleid rond suïcidepreventie afgestemd kan worden. De onderzoekers zijn erin geslaagd bepaalde interventies ter preventie van suïcide empirisch te ondersteunen. Het lijkt belangrijk om initiatieven ook bij ons aan empirisch onderzoek te onderwerpen.

LITERATUUR

- Johannessen H, Dieserud G, Claussen B, Zahl P. Changes in mental health services and suicide mortality in Norway: an ecological study. *BMC Health Serv Res* 2011; 11: 68.
- Reynders A, Van Heeringen C, De Maeseneer J, Van Audenhove C. Onderzoek naar verklarende factoren voor verschillen in suïdecijfers in Vlaanderen in vergelijking met Europese landen. Leuven: Steunpunt Volksgezondheid, Welzijn en Gezin; 2009.

White D, Bickley H, Roscoe A, Windfuhr K, Rahman S, Shaw J, e.a. Implementation of mental health service recommendations in England and Wales and suicide rates, 1997-2006: a cross-sectional and before-and-after observational study. *Lancet* 2012; 379: 1005-12.

AUTEURS

HANNES DEBRUYNE, arts in opleiding tot psychiater, UPC KU Leuven, campus Sint-Jozef, Kortenberg.

GUIDO PIETERS, psychiater-psychotherapeut en hoogleraar, upc KU Leuven, campus Sint-Jozef, Kortenberg.

Correspondentieadres: Hannes Debruyne, UPC KU Leuven, Campus Sint-Jozef Kortenberg, Leuvensesteenweg 517, 3070 Kortenberg, België

E-mail: hannes.debruyne@uc-kortenberg.be

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Gebruik van SSRI's tijdens de zwangerschap en het risico op doodgeboorte en neonatale sterfte

Het effect van in-uteroblootstelling aan selectieve serotonineheropnameremmers (SSRI's) op de gezondheid van het kind werd in verscheidene studies onderzocht, maar tot op heden waren de resultaten tegenstrijdig. Jimenez-Solem e.a. (2013) gingen na of het gebruik van een SSRI tijdens de zwangerschap gepaard gaat met een verhoogd risico op doodgeboorte en neonatale sterfte.

Zij voerden een populatiegebaseerde cohortstudie uit. De onderzoekers identificeerden vrouwen die zwanger waren en bevielen in Denemarken tussen 1995 en 2008 en gingen de foetale en neonatale sterfte na met de Danish Fertility Database. De blootstelling aan een SSRI werd bepaald met de database van verstrekte geneesmiddelen in Denemarken. Het tijdstip van blootstelling en de doseringen werden geschat aan de hand van datum op het voorschrift, dosis en aantal tabletten dat werd voorgeschreven. Onderscheid werd gemaakt in blootstelling gedurende het eerste, tweede en derde trimester. Vrouwen die startten met gebruik van SSRI's tijdens zwangerschap

werden niet geïncludeerd wegens een te laag aantal gevallen.

Er werden 920.620 geboorten tussen 1995 en 2008 geïdentificeerd. Bij 12.425 geboorten was er sprake van in-uteroblootstelling aan SSRI's: 3982 (32%) tijdens het eerste trimester, 2065 (17%) tijdens het eerste en tweede trimester en 6378 (51%) tijdens alle trimesters. Er werden vijf SSRI's geregistreerd waaraan meer dan 50 vrouwen werden blootgesteld tijdens de zwangerschap, te weten: fluoxetine, citalopram, paroxetine, sertraline en escitalopram.

Na correctie voor voorgeschiedenis van doodgeboorte werd er geen statistisch significant verschil gevonden in het optreden van doodgeboorte bij in-uteroblootstelling aan SSRI's ten opzichte van geen in-uteroblootstelling hieraan. Ook na stratificatie voor de verschillende SSRI's werd geen significant verschil gevonden. Ook werd geen associatie gevonden tussen gebruik van SSRI's tijdens de zwangerschap en neonatale mortaliteit. Simultane blootstelling aan twee verschillende SSRI's was ook niet geassocieerd met verhoogd voorkomen van doodgeboorte of neonatale mortaliteit.

Er zijn echter enkele beperkingen, waarvan de belangrijkste in het artikel besproken worden: de observationele opzet, een mogelijke overschatting van de behandelingsperiode met een SSRI en het niet rekening houden met mogelijke invloed van de indicatie voor het SSRI-gebruik.

De mogelijke invloed van de indicatie voor het SSRI-gebruik is belangrijk omdat bijvoorbeeld een ernstige majeure depressie tijdens de zwangerschap kan leiden tot een laag geboortegewicht. Grzeskowiak e.a. (2011) bestudeerden de methodologie van bestaande literatuur over SSRI-gebruik voor behandeling van depressie tijdens de zwangerschap. Zij besloten dat er grote behoefte is aan onderzoek waarbij men rekening houdt met het specifieke medicamenteuze preparaat dat gebruikt wordt, de dosis, het tijdstip en de duur van gebruik, evenals gelijktijdig gebruik van andere geneesmiddelen, maternelle karakteristieken en onderliggende maternelle ziekte.

De nauwe focus en vraagstelling in de huidige studie beperken de toepasbaarheid ervan in de kliniek. Zo werd enkel gekeken naar mortaliteit, wat een zeer drastische uitkomstmaat is. Het voorkomen van malformaties, zoals Malm e.a. (2011) beschreven bij paroxetinegebruik tijdens de zwangerschap, werd echter niet onderzocht.

Wij concluderen dat er in deze studie met een grote populatie geen evidentie gevonden werd voor een verhoogd risico op doodgeboorte en neonatale sterfte bij gebruik van SSRI's tijdens de zwangerschap.

LITERATUUR

- Grzeskowiak L, Gilbert A, Morrison J. Investigating outcomes following the use of selective serotonin reuptake inhibitors for treating depression in pregnancy. *Drug Safety* 2011; 34: 1027-48.
- Jimenez-Solem E, Andersen JT, Petersen M, Broedbaek K, Lander AR, Afzal S, e.a. SSRI use during pregnancy and risk of stillbirth and neonatal mortality. *Am J Psychiatry* 2013; 170: 299-304.
- Malm H, Artama M, Gissler M, Ritvanen A. Selectieve reuptake inhibitors and risk for major congenital anomalies. *Obstet Gynecol* 2011; 118: 111-20.

AUTEURS

JULIE RIVIÈRE, arts in opleiding tot psychiater, afd. Psychiatrie, Universitair Ziekenhuis Antwerpen (UZA), Edegem (Antwerpen) en Collaborative Antwerp Psychiatric Research Institute (CAPRI), Faculteit Geneeskunde, Universiteit Antwerpen (UA), Antwerpen.

FILIP VAN DEN EEDE is medisch coördinator van de dienst Psychiatrie in het Universitair Ziekenhuis Antwerpen (UZA); hij is als deeltijds docent verbonden aan het Collaborative Antwerp Psychiatric Research Institute (CAPRI), Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen, Universiteit Antwerpen (UA).

Correspondentieadres: Julie Rivière, Populierenlaan 45, 2630 Aartselaar, België.

E-mail: julie.rivi@gmail.com

Geen strijdige belangen meegedeeld.