

Suïcidepreventie

Sinds 2007 is het aantal suïcides in Nederland flink toegenomen, vooral onder mannen tussen de 40 en 60 jaar. Om suïcidepreventie in Nederland te verbeteren is in 2011 de richtlijn Diagnostiek en Behandeling van Suïcidaal Gedrag verschenen. Huisartsen hebben hierin een belangrijke taak en waren daarom nauw betrokken bij het opstellen van de richtlijn. De huisarts behoort bij patiënten met suïcidale gedachten, maar zonder concrete plannen, een psychiatrische anamnese af te nemen en naar depressieve symptomen te vragen. Patiënten mét concrete plannen dienen te worden doorverwezen naar een bevoegd en bekwaam hulpverlener. Wij vroegen huisartsen tussen 1983 en 2013 naar kenmerken van de patiënten die een suïcidepoging deden of overleden door suïcide [kader].

HERKENNEN VAN SUÏCIDALE DREIGING

Van 1983 tot 2013 waren er 1956 meldingen van suïcidale patiënten, 342 van suïcide (229 mannen, 112 vrouwen) en 1614 van een suïcidepoging (561 mannen, 1041 vrouwen). De helft van de suïcidale patiënten (46%; n = 902) heeft een maand voor de suïcide of de suïcidepoging contact gehad met de huisarts [figuur 1]. In 24% (n = 239) van de gevallen was er op dat moment voor de huisarts reden om dreigende suïcidaliteit te veronderstellen.

SUÏCIDALE GEDACHTEN EN DEPRESSIE

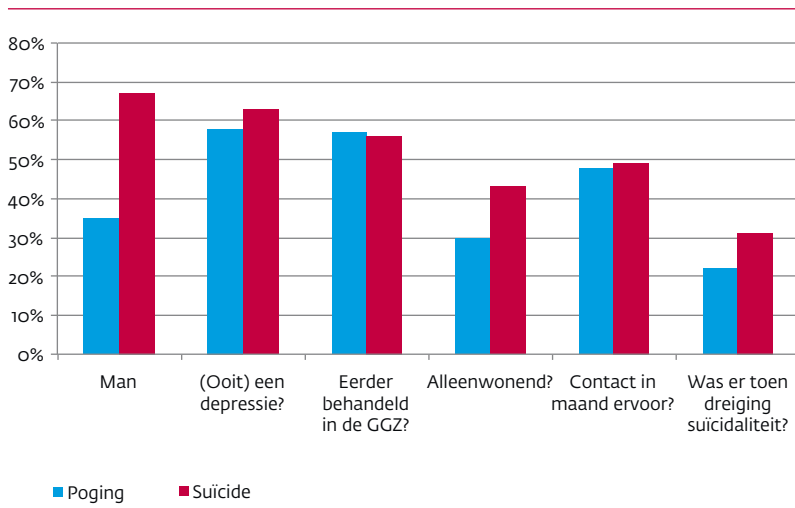
Retrospectief rapporteerden de huisartsen bij 59% (n = 1066) van de suïcidale patiënten een voorgeschiedenis van depressie. Betreffende die patiënten vroegen wij naar de belangrijkste symptomen van de depressie. Bij 12% (n = 23) van de patiënten die later door suïcide zouden overlijden en bij 14% (n = 93) van de patiënten die later een suïcidepoging zouden doen werden suïcidale gedachten een belangrijk symptoom van de depressie genoemd [figuur 2]. Dit betekent dat suïcidale gedachten bij patiënten die later suïcidaal gedrag vertonen niet altijd worden opgemerkt als een belangrijk symptoom van de depressie. Ook lijkt angst suïcidaliteit niet uit te sluiten.

TIPS VOOR SUÏCIDEPREVENTIE

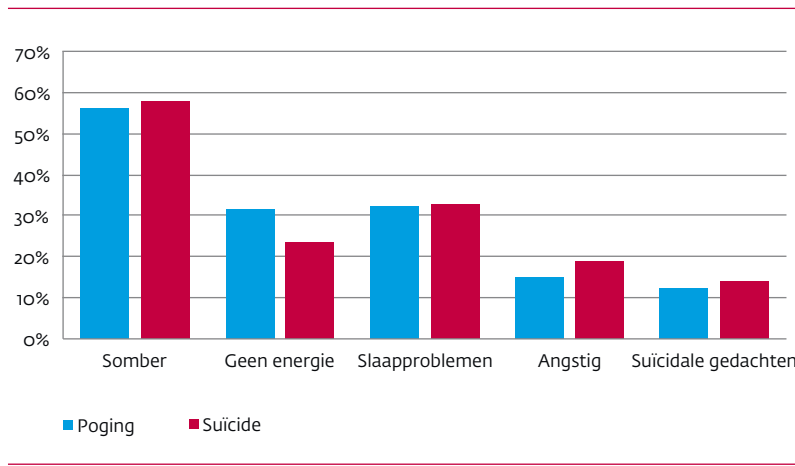
Op basis van deze en andere recente onderzoeken adviseren we huisartsen vooral bij alleenwonenden en mannen tussen de 40 en 60 jaar alert te zijn bij veranderingen in de werk- of

privésfeer en proactief te vragen naar depressieve en suïcidale gedachten. De NHG-Standaard Depressie noemt suïcidaliteit als belangrijke reden om de ernst van de depressie te beoordelen. Vragen naar suïcideplannen en concretiseren daarvan bij depressieve patiënten is cruciaal voor suïcidepreventie. Een vierdimensionale klachtenlijst (4DKL) kan helpen bij het identificeren van depressie en suïciderisico. In Duitsland heeft het trainen van huisartsen in het herkennen van depressie en suïcidaliteit geleid tot een structurele daling van suïcidaal gedrag en ook in Nederland zijn trainingen beschikbaar via het NHG en 113online. ■

Figuur 1 Kenmerken van suïcidale patiënten zoals aangegeven door de huisarts; percentages van de patiënten voor wie de huisarts 'ja' aangeeft



Figuur 2 Percentage patiënten bij wie het beschreven symptoom werd genoemd als belangrijk onderdeel van de depressie die nadien leidde tot suïcide (n = 165) of een poging daartoe (n = 757)



De hier beschreven analyses zijn uitgevoerd met behulp van gegevens die vanaf 1979 werden verzameld door huisartsen die participeren in de peilstations van NIVEL Zorgregistraties eerste lijn. Dit zijn ongeveer 40 huisartsenpraktijken, die 0,7% van de Nederlandse patiëntenpopulatie representeren. De samenstelling is landelijk representatief wat betreft geografische spreiding en bevolkingsdichtheid. Op een aanvullend vragenformulier bij patiënten met een suïcide of suïcidepoging wordt vermeld of de poging tot suïcide leidde, op welke wijze deze is uitgevoerd en welke contacten met de medische sector er voorafgaand waren. Voor dit onderzoek werden de gegevens van 1983 tot en met 2013 geanalyseerd.