

Suicide (pogingen) in de huisartsenpraktijk 1983-2003

Hoewel het aantal suïcides en suïcidepogingen in 20 jaar is gedaald, is de rol van de huisarts bij deze patiënten onveranderd belangrijk. Het aantal suïcidepogingen en geslaagde suïcides is in 20 jaar gehalveerd: suïcidepogingen van 53,5 naar 27,0 en suïcides van 11,2 naar 5,7 per 100.000. Gemiddeld slaagt dus 1 op de 6 suïcidepogingen. De kans op een geslaagde poging is groter bij alleen-

staanden dan bij mensen die niet alleen wonen. Gemiddeld was 60% van deze patiënten bij de huisarts bekend met een depressie en vrijwel al deze patiënten gebruikten antidepressiva. Ruim driekwart was ooit verwezen naar de GGZ. De helft van de patiënten had in een periode van een maand voorafgaande aan de suïcide(poging) contact met de huisarts. Achteraf had de huisarts in een derde

van de gevallen de zelfmoord(poging) zien aankomen. Bij 7% van de suïcidale patiënten herinnerde de huisarts zich met de patiënt over suïcide gesproken te hebben. (FS)

Marquet RL, et al. *The epidemiology of suicide and attempted suicide in Dutch general practice 1983-2003*. BMC Family Practice 2005;6:45. <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/6/45>.

Praten over levensverwachting



Foto: Martin Roemers/Hollandse Hoogte

Twee derde van de (hoog)bejaarde ouderen wil wel met de (huis)arts praten over hun levensverwachting. Niet alleen vanwege medische redenen, maar ook om hun toekomst nog een beetje te kunnen plannen. Aan de andere kant blijkt twee derde niet te geloven dat hun vaste arts hun levensverwachting goed kan inschatten.

Amerikaanse onderzoekers vroegen 116

ouderen die gezond en goed opgeleid waren in het kader van opvattingen over kankerscreening wat ze ervan zouden vinden als hun vaste arts met hen over hun levensverwachting zou praten en ook of ze dachten dat hij dat betrouwbaar kon. Twee derde van de onderzoeksgroep was ouder dan 85; maar 34% van hen kende hun arts langer dan 5 jaar.

De deelnemers bleken drie soorten van

twijfel aan de juistheid van het oordeel de dokter te hebben: eigen ervaring (mijn zus werd ook veel ouder dan de dokter dacht), het gebrek aan kennis in de geneeskunde (het leven is te complex) en onzekerheid (ik kan ook morgen een ongeluk krijgen). De meerderheid wil echter wel dat de dokter praat over hoe lang het leven wellicht nog duurt, zelfs als diezelfde dokter dat volgens hen niet goed kan inschatten. Ouderen willen over de toekomst praten om te kunnen plannen, maar ook omdat het de arts-patiëntcommunicatie bevordert. Toch blijkt ook een aanzienlijk deel van de ouderen niet met de dokter over dit onderwerp te willen praten. Deels uit angst, deels omdat ze het niet zinnig vinden zolang ze nog gezond zijn en ook omdat ze hun leven niet kunnen plannen op basis van een onzeker gokje.

Niet alleen bij kankerscreening, ook bij het bepalen van de levensverwachting bij de beslissing om bij een 'hoog' cardiovasculair risico te behandelen, spelen dergelijke problemen mee. Zelden vraagt iemand hoe zeker mijn schatting van het tienjaarsrisico op sterfte door hartziekten is, die ik aan de hand van het kaartje uit de NHG-Standaard Cardiovasculair Risicomanagement maak. En ik vraag eigenlijk nooit of ze dat wel willen weten. Zou ik echt een derde van mijn patiënten ongerust willen maken? En wat moet ik daar dan weer mee? (JZ)

Kistler CE, et al. *Older adults' beliefs about physician-estimated life expectancy: a cross-sectional survey*. BMC Family Practice 2006;7:9.