

Postprint Version	1.0
Journal website	<a href="https://www.ntvg.nl/artikelen/suicidepreventie-de-huisartsenpraktijk-1983-2013/artikelinfo">https://www.ntvg.nl/artikelen/suicidepreventie-de-huisartsenpraktijk-1983-2013/artikelinfo</a>
Pubmed link	
DOI	

This is a NIVEL certified Post Print, more info at <http://www.nivel.eu>

## Suïcidepreventie in de huisartsenpraktijk, 1983-2013\*

DEREK P. DE BEURS, MARIËTTE HOOIVELD, AD J.F.M. KERKHOF, JOKE C. KOREVAAR EN GÉ A. DONKER

### Achtergrond

In Nederland is de huisarts een belangrijke poortwachter tot de zorg voor suïcidale patiënten.

### Opzet

Retrospectief observationeel onderzoek.

### Methode

Op basis van gegevens uit 1983-2013, geregistreerd door 40 huisartsenpraktijken die deel uitmaken van de peilstations van NIVEL Zorgregistraties eerste lijn, schatten we de trends in suïcides en suïcidepogingen, geregistreerd onder ICPC-code P77. Op basis van de aanvullende vragen in het Huisartsen Informatie Systeem analyseerden we de relatie tussen de gebeurtenissen, de verleende zorg en kenmerken van de patiënt.

### Resultaten

Sinds 2008 stijgt het aantal suïcides en suïcidepogingen onder mannen, vooral in de leeftijd 60-69 jaar. Onder vrouwen blijft het cijfer gestaag dalen. Bijna de helft van de patiënten was een maand voor de gebeurtenis nog bij de huisarts geweest. Bij 31% van de patiënten die binnen een maand nadien een suïcide of suïcidepoging deden, had de huisarts aangegeven dat er een risico op suïcidaal gedrag was.

### Conclusies

Het aantal suïcides en suïcidepogingen onder mannen neemt toe. Suïcidaal gedrag is voor de huisarts lastig te herkennen. Een training zou kunnen helpen zulk gedrag tijdig te herkennen en erop door te vragen.

### INLEIDING

In Nederland is de huisarts een belangrijke poortwachter tot de zorg voor suïcidale patiënten.<sup>1</sup> Samen met de praktijkondersteuner ggz (POH-GGZ) is de huisarts bij uitstek in de positie om suïcidale gedachten, die vooral bij depressieve patiënten geregeld voorkomen, in een vroeg stadium te herkennen en zo te helpen voorkomen dat deze gedachten zich verder ontwikkelen tot suïcide of een poging daartoe.<sup>2</sup> De

huisarts speelt ook een belangrijke rol in de continuïteit van de zorg voor chronisch suïcidale patiënten die herhaaldelijk behandeld worden in de ggz en na een behandeling weer thuiskomen.

Vanuit deze gedachte start de Stichting 113online, een zelfstandige en onafhankelijke zorgaanbieder op het gebied van zelfmoordpreventie, in september 2016 met het uitrollen van Supranet Community, een onderdeel van het landelijk Suïcide Preventie Actienetwerk. Supranet Community wordt gevormd door een aantal regionale preventienetwerken waarin zorg, welzijn en burgers samenwerken. In het kader van dit netwerk worden huisartsen en POH's-GGZ getraind in het herkennen van en doorvragen naar suïcidale gedachten. Ook 'gatekeepers' in de gemeente, zoals schuldhulpverleners, krijgen zo'n training zodat ze suïcidale patiënten eerder naar de juiste zorg kunnen leiden. Verder wordt via campagnes in de lokale media getracht het stigma rond praten over suïcidale gedachten te verminderen, en is er speciale aandacht voor hoogrisicogroepen, zoals werkloze mannen van 40-60 jaar. Huisartsen worden getraind om juist bij deze patiënten alert te zijn op suïcidale gedachten. Het NIVEL verzamelt sinds 1979 gegevens over suïcidaal gedrag binnen de huisartsenpraktijk. Wij onderzochten in die gegevens de trends over de periode 1983-2013. Dit artikel is een bewerking van een eerder gepubliceerd Engelstalig artikel.<sup>3</sup>

#### **METHODE**

Wij baseerden dit retrospectieve observationele onderzoek op gegevens die in de periode 1983-2013 geregistreerd zijn door de peilstations van NIVEL Zorgregistraties eerste lijn. Deze peilstations zijn actief sinds 1979 en worden gevormd door ongeveer 40 huisartsenpraktijken die wat betreft geografische spreiding en bevolkingsdichtheid representatief zijn voor heel Nederland.<sup>4</sup> Gezamenlijk bereiken zij 0,7% van de Nederlandse patiëntenpopulatie. De huisartsen in dit netwerk registreren voor elk consult de reden aan de hand van de International Classification of Primary Care (ICPC).<sup>5</sup> Zodra de huisarts in het Huisartsen Informatie Systeem ICPC-code P77 (suïcide of suïcidepoging) invult, opent automatisch een lijst met aanvullende vragen. Een van de vragen is of de patiënt een maand voor de gebeurtenis nog op consult is geweest en of de huisarts toen reden had te denken dat suïcidaal gedrag een risico zou kunnen zijn. Een andere vraag luidt of de patiënt ooit een depressie heeft gehad en zo ja, wat volgens de huisarts de 4 belangrijkste symptomen van die depressie waren. Op deze manier kregen we inzicht in de frequentie waarmee suïcidaal gedrag binnen de huisartsenpraktijk voorkomt en in de mate waarin het herkend wordt.

#### **Analyse**

Wij brachten op basis van de ICPC-registraties de trends in suïcidaal gedrag in kaart, waarbij we corrigeerden voor de veranderende leeftijdsopbouw van de bevolking door de jaren heen. Voor een gedetailleerde beschrijving van de analyse verwijzen we naar ons Engelstalige artikel.<sup>3</sup>

Met beschrijvende statistiek analyseerden we de relatie tussen suïcidaal gedrag en patiëntkenmerken. Zo keken we bij hoeveel suïcidale patiënten een geschiedenis van depressie was gerapporteerd en of deze gerelateerd was aan het geslacht van de patiënt. Wanneer een patiënt meerdere suïcidepogingen had gedaan, registreerden we in deze analyse alleen de eerst gemelde poging.

Landelijk zijn de suïcidedcijfers sinds 2008 gestegen.<sup>6</sup> Daarom keken we ook of de relatie tussen suïcidaal gedrag en patiëntkenmerken na 2008 anders was dan

daarvoor. Omdat het absolute aantal suïcides en suïcidepogingen na 2008 relatief gering was, hebben we niet getest op significantie maar bespreken we alleen de frequenties.

## RESULTATEN

In de periode 1983-2013 registreerden de peilstations een suïcide of suïcidepoging van 1956 unieke patiënten. Van de 342 suïcides waren er 229 van mannen en 112 van vrouwen, van de 1614 suïcidepogingen waren er 561 van mannen en 1041 van vrouwen. Figuur 1 toont de 3-jaars voortschrijdende gemiddelden.

### [FIGUUR 1]

#### Trends in de frequentie van suïcides en suïcidepogingen

De joinpointanalyse laat 2 significante trendbreuken zien in het aantal suïcides bij mannen (figuur 2). Een dalende trend in de periode 1983-1994 werd onderbroken door een stabilisatie in 1995-2003, waarna opnieuw een daling intrad in 2003-2008. In 2008-2013 steeg het aantal suïcides significant. Na 2009 begon ook het aantal suïcidepogingen bij mannen te stijgen.

### [FIGUUR 2]

Bij vrouwen trad in de periode 1990-2013 een constante daling op van zowel het aantal suïcides als het aantal suïcidepogingen.

#### Patiëntkenmerken en suïcidaal gedrag

Bij mannen vonden in de periode 1983-2007 de meeste suïcides en suïcidepogingen plaats in de leeftijd 30-39 jaar. Vrouwen die zich suïcideerden waren gemiddeld 40-49 jaar, terwijl de meeste pogingen werden gedaan door vrouwen van 20-29 jaar. Bij 63% van alle suïcidale patiënten had de huisarts eerder een depressie geregistreerd; bij mannen (57%) was dit percentage lager dan bij vrouwen (74%). Bij slechts 13% van de patiënten die zich later zouden suïcideren stonden suïcidale gedachten genoemd bij de 4 belangrijkste symptomen van de eerdere depressie. Het merendeel van de patiënten die een al dan niet geslaagde suïcidepoging ondernamen was buiten de huisartsenzorg al eerder onder behandeling geweest voor psychische problemen.

Bijna de helft van de patiënten was een maand of korter voor de gebeurtenis nog bij de huisarts geweest; bij 31% van hen had de huisarts reden om te denken dat suïcide een risico zou kunnen zijn.

Na 2007 verschoof de leeftijdspiek voor suïcide bij mannen van 30-39 naar 60-69 jaar, bij vrouwen van 40-49 naar 50-59 jaar. Bij mannen die zich suïcideerden in 2007-2013 was in de voorgeschiedenis minder vaak een depressie geregistreerd (46%) dan bij mannen die zich suïcideerden in 1983-2007 (60%). Ook bij vrouwen was deze trend te zien, zij het minder sterk: het percentage was 47% in 1983-2007 en 40% in 2007-2013.

## BESCHOUWING

Sinds 2008 stijgt het aantal suïcides onder mannen, terwijl de frequentie van suïcidaal gedrag onder vrouwen gestaag blijft dalen. De trends die wij vonden, komen overeen met de landelijke sterftestatistieken van het CBS.6 Net als bij de

landelijke cijfers wordt de stijging vooral verklaard door de stijging onder mannen van middelbare leeftijd. Vaak wordt de recessie aangehaald als mogelijke reden voor dat laatste, hoewel een causaal verband moeilijk is aan te tonen. Wel staat vast dat er tijdens een recessie meer risicofactoren voor suïcidaal gedrag in de maatschappij zijn. Er vallen meer ontslagen, meer mensen komen in financiële problemen en voor meer mensen ziet de toekomst er onzeker uit. De 'Multidisciplinaire richtlijn voor diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag' geeft aan dat juist deze stressoren, die een gevoel van 'in de val zitten' kunnen veroorzaken, een belangrijke rol spelen bij het ontstaan van suïcidaal gedrag.<sup>1</sup> Het is dus belangrijk om bij patiënten met depressieve, angst- of stressklachten naar aanleiding van recente stressoren zoals ontslag, faillissement of scheiding te vragen naar de aanwezigheid van suïcidale gedachten en naar concrete plannen voor suïcidaal gedrag.

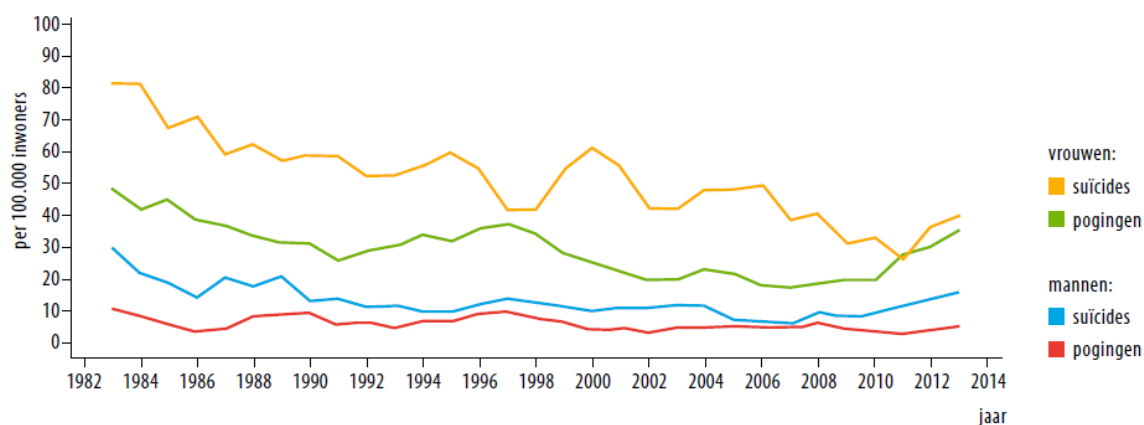
Voor zowel huisartsen als psychiaters en psychologen blijkt het lastig in te schatten welke patiënt een groot risico loopt om zich te suïcideren. Bij slechts 3 op de 10 patiënten die zich binnen een maand zouden suïcideren herkenden huisartsen het risico op suïcidaal gedrag. Het structureel bespreken van suïcidale gedachten en plannen bij elke depressieve patiënt (en niet uitsluitend bij deze groep, maar ook bij patiënten met een borderline stoornis of in het algemeen bij patiënten die behandeld worden in de ggz), zoals aanbevolen in de richtlijn, kan helpen bij een betere risicotaxatie.<sup>7,8</sup>

Een groot implementatieonderzoek liet zien dat het trainen van professionals in de gespecialiseerde ggz kan leiden tot snellere afname van suïcidale gedachten bij depressieve suïcidale patiënten.<sup>9</sup> Zoals gezegd is 113online momenteel bezig met een regionale aanpak, waarin een belangrijke rol is weggelegd voor de huisarts als poortwachter. Het NIVEL zal samen met 113online de gevolgen van Supranet Community monitoren en erover publiceren.

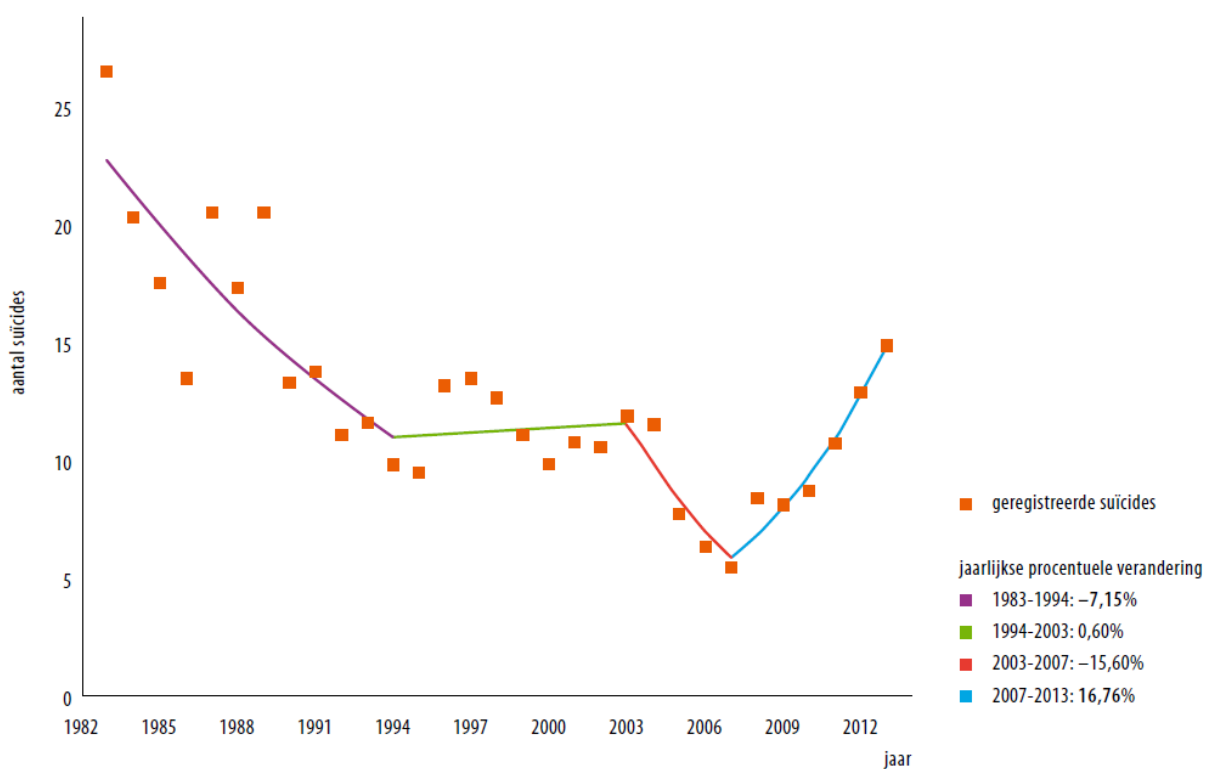
#### LITERATUUR

- van Hemert AM, Kerkhof AFJM, de Keijser J, Verwey B. Multidisciplinaire richtlijn voor diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie/Nederlands Instituut voor Psychologen/Trimbos Instituut; 2012.
- Steendam M, Keijser J, de Beurs DP, Harold W. Suïcidaliteit in de Huisartspraktijk. De POH-GGZ is gatekeeper bij uitstek. In: Kerkhof AJ, van Luijn B, eds. Behandeling van suïcidaal gedrag in de praktijk van de GGZ. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2016.
- de Beurs DP, Hooiveld M, Kerkhof AJ, Korevaar JC, Donker GA. Trends in suicidal behaviour in Dutch general practice 1983-2013: a retrospective observational study. *BMJ Open*. 2016;6:e010868. Medlinedoi:10.1136/bmjopen-2015-010868
- Donker GA. NIVEL Zorgregistraties eerste lijn – Peilstations 2014: Jaarverslag. Utrecht: NIVEL; 2015.
- Lambert H, Woods M. The International Classification of Primary Care (ICPC). Oxford: Oxford University Press; 1987.
- Bron: CBS Statline. <http://statline.cbs.nl/statweb>.
- de Beurs D, Hooiveld M, Donker G. Suïcidepreventie. *Huisarts Wet* 2016;59:69.
- Marquet R, Donker G. Praten over suïcidedgedachten. *Huisarts Wet* 2009;52:267.
- de Beurs DP, de Groot MH, de Keijser J, et al. Evaluation of benefit to patients of training mental health professionals in suicide guidelines: cluster randomised trial. *Br J Psychiatry* 2016;208:477-83. Medlinedoi:10.1192/bjp.bp.114.156208

FIGUREN



FIGUUR 1 Suïcides en suïcidepogingen in de periode 1983-2013, zoals geregistreerd door huisartsen in de 40 peilstations van NIVEL Zorgregistraties eerste lijn. Getoond wordt het 3-jaars voortschrijdend gemiddelde per 100.000 inwoners, gestandaardiseerd naar leeftijd en naar de bevolkingsomvang van 2011.



FIGUUR 2 Joinpoint regressieanalyse van de aantallen suïcides van Nederlandse mannen in de periode 1983-2013, zoals geregistreerd door huisartsen in de 40 peilstations van NIVEL Zorgregistraties eerste lijn. Significante veranderingen per periode zijn in de legenda vet gedrukt.