

Het aandeel suicides door patiënten met een stoornis waarvan de ggz-behandeling thans niet meer vergoed wordt

A.T. SPUIJBROEK, Y.M. LEEZER, D.P. DE BEURS, R.F.P. DE WINTER

ACHTERGROND Het hebben van een psychiatrische stoornis is een bekende risicofactor voor suicide en suïcidaal gedrag. De behandeling van psychiatrische stoornissen kan het risico op suïcidaal gedrag en suicide verminderen. Sinds 2012 is de behandeling van een aantal psychiatrische stoornissen uitgesloten van vergoeding door de zorgverzekeraar.

DOEL Retrospectief onderzoek naar het aandeel suicides door patiënten met een psychiatrische stoornis waarvan de ggz-behandeling sinds 2012 niet meer vergoed wordt.

METHODE Dossieronderzoek over alle suicides (314) in de periode van 1 januari 1999 tot 1 januari 2013, van patiënten die bekend waren bij een van de grote ggz-instellingen in Nederland. De aanwezigheid van verschillende psychiatrische stoornissen op het moment van overlijden werd onderzocht.

RESULTATEN Ongeveer 6% van de patiënten die in de ggz door suicide om het leven kwamen tussen 1999 en 2012 had een psychiatrische stoornis waarvan de behandeling thans niet meer vergoed wordt.

CONCLUSIE Gezien de uitkomsten uit het huidige onderzoek, het gestegen aantal suicides in Nederland en het belang van gedegen onderzoek naar kenmerken van mensen overleden door suicide, pleiten wij er dan ook voor om in het geval van suïcidaliteit patiënten niet uit te sluiten van behandeling op grond van de bij hen al dan niet aanwezige DSM-IV-classificatie.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 58(2016)11, 803-808

TREFWOORDEN psychiatrische stoornis, suicide, vergoeding zorgverzekering



Zowel in Nederland als wereldwijd trad sinds 2007 een stijging van het aantal suicides op (CBS 2015). Hoewel dit aantal het laatste jaar lijkt te stabiliseren stierven in ons land in 2014 36% (1835) meer mensen als gevolg van suicide dan in 2007 (1353) (www.cbs.nl; zie **FIGUUR 1**). Na Griekenland heeft Nederland hiermee de grootste stijging van het aantal suicides per land binnen Europa (Fountoulakis e.a. 2014; CBS 2015; Rachiotis e.a. 2015). Suicide staat in Nederland op de tweede plaats als niet-natuurlijke doodsoorzaak (de Winter & Hommes 2015). De WHO publiceerde in 2014 een rapport over de preventie van suicide, waarin risicofactoren voor en beschermende factoren tegen suïcidaliteit benoemd werden en aanvullend aanbe-

velingen gedaan werden voor het op nationaal niveau vormgeven van preventiebeleid. Een toegankelijke gezondheidszorg wordt in dit rapport expliciet genoemd als beschermende factor tegen suïcidaal gedrag (WHO 2014). Bekend is dat het risico op suïcidaliteit door vrijwel alle psychiatrische stoornissen wordt verhoogd (van Hemert e.a. 2012). De mate waarin het risico verhoogd is, verschilt echter per stoornis. Zo is het risico op suïcidaliteit bij patiënten met een depressieve stoornis 20 maal zo hoog als in de algemene bevolking en bij patiënten met een bipolaire stoornis is het risico 15 maal zo hoog (Harris & Barraclough 1997). Bij patiënten met schizofrenie is het risico 10 tot 12 keer zo hoog als in de algemene bevolking

(Carlborg e.a. 2010) en bij patiënten met angststoornissen 6 maal (Allgulander 1994; Harris & Barraclough 1997). Onderzoek van Gradus e.a. (2010) liet zien dat overlijden door suïcide 12 keer zo vaak voorkomt bij patiënten met een aanpassingsstoornis als in de algemene bevolking. De behandeling van onderliggende psychiatrische stoornissen speelt een grote rol bij de preventie van suïcide (Cavanagh 2003). Van alle personen in Nederland die zich suïcideren, was ongeveer 40-44% in behandeling bij de geestelijke gezondheidszorg (ggz) (Huisman e.a. 2010). In Nederland is sinds 1 januari 2012 de behandeling van een aanpassingsstoornis uitgesloten van vergoeding vanuit de zorgverzekering. Patiënten met een aanpassingsstoornis zonder comorbide as I- of as II-stoornis waarvoor behandeling wel vergoed wordt kunnen daarom niet langer behandeld worden binnen de ggz. Voor een aantal andere psychiatrische stoornissen (vooral NAO-stoornissen, waaronder bepaalde eetstoornissen, partner-relatieproblematiek, persoonlijkheidsstoornissen en ontwikkelingsstoornissen) geldt dat de vergoeding ook is vervallen of fors is beperkt (september 2011, wetswijziging Zorgverzekeringswet).

In deze studie werd onderzocht hoeveel van de patiënten die zich suïcideerden in de periode 1999-2012 tijdens behandeling bij de ggz-instelling Parnassia een stoornis hadden die thans niet meer vergoed wordt door ziektekostenverzekeraars. Dit deden wij aan de hand van gegevens over alle suïcides in de periode van 1 januari 1999 tot 31 december 2012, van patiënten die in behandeling waren bij GGZ Parnassia in de regio Den Haag.

AUTEURS

ANKE SPUIJBROEK, psychiater, Parnassia Groep, Den Haag.

YVONNE LEEZER, arts in opleiding tot psychiater, Parnassia Groep, Den Haag.

DEREK DE BEURS, psycholoog en senior onderzoeker, NIVEL, Utrecht.

REMCO DE WINTER, psychiater, manager zorg, kennisdomeinleider acute psychiatrie, Parnassia Groep, Den Haag, senior onderzoeker, VU, Amsterdam.

CORRESPONDENTIEADRES

Dr. Remco de Winter, Parnassia Groep, Nectarinestraat 10, 2252 HS Den Haag.

E-mail: info@suicidaliteit.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

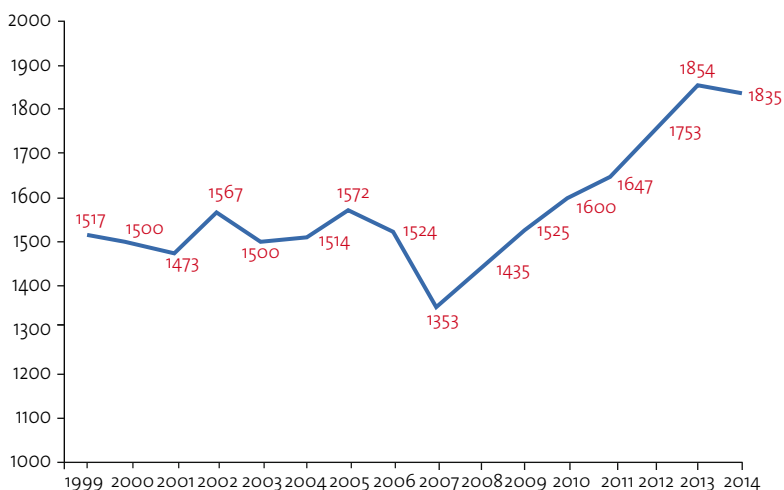
Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 19-4-2016.

METHODE

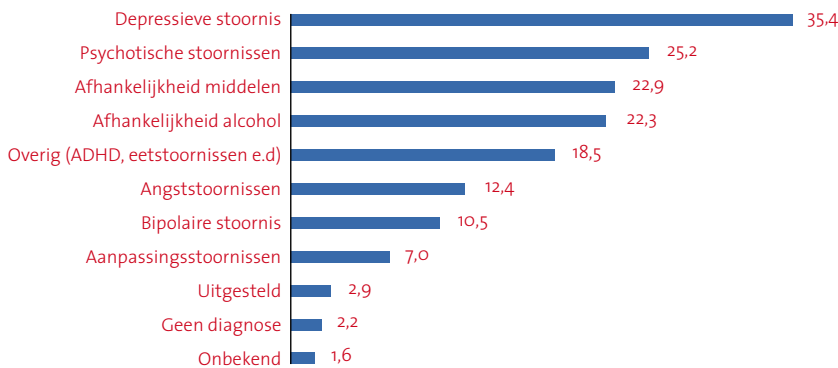
Studiepopulatie

De studiepopulatie bestond uit alle patiënten die tussen 1 januari 1999 en 31 december 2012 door suïcide waren overleden en in zorg waren bij de Parnassia Groep, in de regio Den Haag, en waarover door Parnassia aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) gerapporteerd werd. Parnassia levert meer dan 90% van de ggz-zorg in de regio

FIGUUR 1 Jaarlijks aantal suïcides in Nederland (bron: www.cbs.nl)



FIGUUR 2 Voorkomen van as I-stoornissen in percentage van het totaal aantal patiënten*



*Per groep stoornissen wordt weergegeven welk percentage van de totale studiepopulatie een classificatie in de betreffende groep had.

Het aandeel van deze groepen in het totaal aantal suïcides overschrijdt 100% door comorbiditeit. De groep 'Overig' bevat zowel vergoede als niet vergoede stoornissen

Den Haag, zodat we aannamen dat de bestudeerde populatie derhalve grotendeels de totale ggz-populatie van suïcideplegers in de Haagse regio representeerde. Gegevens uit de brieven gericht aan de IGZ en informatie aangevuld vanuit het patiëntendossier werden gebruikt en zo nodig werd aanvullend dossieronderzoek verricht. De data werden anoniem in een database geregistreerd.

Definitie variabelen

Bepaald werden geslacht en leeftijd. Verder werd het voorkomen van as I- en as II-stoornis(sen) onderzocht.

Data-analyse

De data stonden in een SPSS-database versie 23.0, dit programma gebruikten we voor de berekening van frequenties en percentages van de gedefinieerde variabelen.

RESULTATEN

De onderzochte populatie bestond uit 314 patiënten die door suïcide waren overleden, 189 (60,2%) mannen en 125 (39,8%) vrouwen. **FIGUUR 2** toont hoe vaak de verschillende as I-stoornissen voorkwamen in percentages. De depressieve stoornis kwam het vaakst voor ($n = 127$), bij 22 patiënten was een aanpassingsstoornis vastgesteld.

In totaal hadden 96 (30,1%) patiënten een psychiatrische stoornis waarvoor behandeling thans niet meer vergoed wordt. Van deze patiënten voldeden 20 (6,4%) niet aan criteria van een comorbide as I- of as II-stoornis waarvoor behandeling nu wel nog vergoed wordt (zie **TABEL 1**).

DISCUSSIE

In het huidige onderzoek voldeed 6,4% (20) van de patiënten niet aan de criteria voor een DSM-IV-classificatie waarvoor behandeling thans nog vergoed wordt door de zorg-

verzekering. Het uitsluiten van behandeling van psychiatrische stoornissen met een hoog risico op suïcidaliteit zoals de aanpassingsstoornis, zou het voorkomen van suïcidaal gedrag en het aantal suïcides kunnen verhogen. Hierdoor wordt immers de toegang tot (adequate) gezondheidszorg voor deze groep patiënten beperkt, een bekende risicofactor voor suïcidaliteit (While e.a. 2012; WHO 2014). Deze maatregel lijkt haaks te staan op het feit dat het terugdringen van suïcidaliteit in 2007 al door de Nederlandse overheid als een 'prioriteit' bestempeld werd (Bool e.a. 2007).

De periode waarover we rapporteren, betreft (grotendeels) de periode voorafgaand aan het uitsluiten of beperken van vergoeding van behandeling van bepaalde psychiatrische aandoeningen. Ons onderzoek richt zich dan ook niet op de vraag of sinds de veranderingen in het vergoedingenbeleid bepaalde classificaties minder vaak gebruikt worden. Toch lijkt het aannemelijk dat hulpverleners in het geval van suïcidaliteit omwille van goed hulpverlenerschap in voorkomende gevallen de keuze zouden kunnen maken om een andere classificatie te gebruiken zodat een patiënt toch behandeld kan worden binnen de ggz.

In het geval dat bepaalde classificaties inderdaad minder gebruikt worden om financiële redenen en in plaats hiervan andere gebruikt worden, levert dit nadelen op voor het onderzoek naar risico- en beschermende factoren van suïcidaliteit bij verschillende psychiatrische stoornissen. Bij vergelijking met patiënten met een depressieve stoornis lijken patiënten met een aanpassingsstoornis die suïcidaal gedrag vertonen bijvoorbeeld vaker een lagere sociaaleconomische status en een lager opleidingsniveau te hebben en suïcidepogingen zijn bij hen vaker impulsief. Bovendien komt suïcidaliteit eerder voor in het beloop van een aanpassingsstoornis en bij lagere ernst van symptoomscores

TABEL 1 Patiënten met een psychiatrische stoornis waarvoor behandeling thans niet meer vergoed wordt en patiënten die niet voldeden aan criteria van een comorbide as I- of as II-stoornis waarvoor behandeling nog wel vergoed wordt

As I-stoornis waarvan behandeling niet (volledig) vergoed wordt	N (%)	Zonder comorbide as I/II-stoornis waarvoor behandeling wel (volledig) vergoed wordt
Aanpassingsstoornissen	22 (7%)	8 (2,5%)
Overig	27 (8,6%)*	4 (1,3%)
Uitgestelde diagnose	9 (2,9%)	6 (1,9%)
Geen diagnose op as I	7 (2,7%)	2 (0,6%)
Totaal		20 (6,4%)

*In de categorie 'Overig' worden hier alleen de stoornissen weergegeven waarvoor thans behandeling niet meer vergoed werd. Gevonden werden: slaapstoornissen, levensfaseproblematiek, relatieproblematiek, werkproblemen, eetstoornis NAO, middelenmisbruik in remissie.

dan bij patiënten met een depressieve stoornis (Casey e.a. 2014).


Verder onderzoek naar dergelijke verschillen en naar specifieke en doeltreffende interventies voor suïcidepreventie bij verschillende psychiatrische stoornissen wordt bemoeilijkt als bepaalde classificaties onterecht niet of minder vaak gebruikt worden.

Het zou interessant zijn om verder uit te zoeken of er over de jaren veranderingen zijn opgetreden in de frequenties van het voorkomen van suïcides bij verschillende psychiatrische stoornissen. In een recent onderzoek vonden we dat, bij de beoordeling door de spoedeisende psychiatrie, er bij 3,6% van de patiënten met acute suïcidaliteit ($n = 4741$), over een periode van 62 maanden sprake was van een aanpassingsstoornis (de Winter e.a. ter perse). Dit wijst erop dat de aanpassingsstoornis in ons onderzoek niet oververtegenwoordigd is. Het is uiteraard belangrijk om te melden dat voor 2012 de urgentie van classificatie van comorbiditeit, voor vergoeding, mogelijk minder belangrijk was en dat deze daardoor wellicht ondergerapporteerd is.

CONCLUSIE

Suïcide en suïcidaliteit zorgen voor een hoge ziektelast, uitgedrukt in *disability adjusted life years* (DALY's). Beide fenomenen staan in Nederland op respectievelijk de 21ste en 11de plek van aandoeningen met het grootste verlies aan DALY's (Hoeymans & Schoemaker 2010). Eerder werd suïcidaliteit al beschreven als een specialismeoverstijgend probleem (Neeleman & de Groot 2006). Gezien de uitkomsten uit het huidige onderzoek, het gestegen aantal suïcides in Nederland en het belang van gedegen onderzoek naar kenmerken van mensen die door suïcide overlijden, pleiten wij er dan ook voor om in het geval van suïcidaliteit patiënten niet uit te sluiten van behandeling op grond van de bij hen al dan niet geclassificeerde DSM-IV-stoornis. Het bepalen of er een indicatie is voor behandeling binnen de ggz bij patiënten bij wie sprake is van een verhoogd risico op suïcidaliteit zou overgelaten moeten worden aan de daarvoor opgeleide zorgprofessionals en beoordeling en daaruit voortvloeiende behandeling zouden door de verzekeraars vergoed moeten worden, ongeacht de psychiatrische classificatie.

Wellicht vooruitlopend op een revisie van de DSM-5 stellen we voor dat suïcidaliteit als aparte entiteit gescoord kan worden (Aleman & Denys 2014).

 Pauline Stokvis, arts in opleiding tot psychiater, Jacomien Krijger, psychiater, en Wilma Neumann, geneesheer-directeur, deden onderzoekswerk en assisteerden tijdens de uitvoering van deze studie.

LITERATUUR

- Aleman A, Denys D, Mental health: A road map for suicide research and prevention. *Nature* 2014; 509: 421-3.
- Allgulander C. Suicide and mortality patterns in anxiety neurosis and depressive neurosis. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51: 708-12.
- Bool M, Blekman J, de Jong S, Ruiter M, Voordouw I. Verminderen van suïcidaliteit. Beleidsadvies. Actualisering van het advies inzake suïcide, Gezondheidsraad 1986. Utrecht: Trimbos-instituut; 2007.
- Casey P, Jabbar F, O'Leary E, Doherty AM, Suïcidal behaviours in adjustment disorder and depressive episode. *J Affect Disord* 2015; 174: 441-6.
- Cavanagh JTO, Carson AJ, Sharpe M, Lawrie SM, Psychological autopsy studies of suicide: A systematic review. *Psychol Med* 2003; 33: 395-405.
- Carlborg A, Winnerback K, Jonsson EG, Jokinen J, Nordstrom P, Suicide in schizophrenia. *Exp Rev Neurotherap* 2010; 10: 1153-64.
- Fountoulakis KN, Kawohl W, Theodorakis PN, Kerkhof AJ, Navickas A, Höschl C, e.a. Relationship of suicide rates to economic variables in Europe: 2000-2011. *Br J Psychiatry* 2014; 205: 486-96.
- Gilissen R, de Bruin K, Burger I, van Hemert B, Kenmerken van personen overleden door zelfdoding. *Epidemiologisch Bulletin* 2013; 48:7-14.
- Gradus JL, Qin P, Lincoln AK, Miller M, Lawler E, Lash TL, The association between adjustment disorder diagnosed at psychiatric treatment facilities and completed suicide. *Clin Epidemiol* 2010; 2: 23-8.
- Gunnell D, Platt S, Hawton K. The economic crisis and suicide. *BMJ* 2009; 15; 338.
- Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders: A meta-analysis. *Br J Psychiatry* 1997; 170: 205-28.
- Have M ten, de Graaf R, van Dorsselaer S, Verdurmen J, van 't Land H, Vollebergh W. Suïcidaliteit in de algemene bevolking: gedachten en pogingen, resultaten van de Netherlands mental health survey and incidence study (NEMESIS). Utrecht: Trimbos-instituut; 2006.
- Hemert AM van, Kerkhof AJFM, de Keijser J, Verwey B, van Boven C, Hummelen JW, e.a. Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. Utrecht: Trimbos-instituut; 2012.
- Hoeymans N, Schoemaker CG. De ziekte-last van suïcide en suïcidepogingen. Bilthoven: RIVM; 2010.
- Huisman A, van Houwelingen CA, Kerkhof AJ. Psychopathology and suicide method in mental health care. *J Affect Disord* 2010; 121: 94-9.
- Neeleman J, De Groot MH. Suïcidaliteit - een stoornis die specialismen overstijgt. *Tijdschr Psychiatr* 2006; 48: 533-43.
- Nordt C, Warnke I, Seifritz E, Kawohl W, Modelling suicide and unemployment: a longitudinal analysis covering 63 countries, 2000-2011. *Lancet Psychiatry* 2015; 2: 239-45.
- WHO. Preventing suicide, a global imperative. Genève: World Health Organization; 2014.
- Rachiotis G, Stuckler D, McKee M, Hadjichristodoulou C. What has happened to suicides during the Greek economic crisis. Findings from an ecological study of suicides and their determinants (2003-2012). *BMJ Open* 2015; 25: e007295.
- While 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.
- Winter RFP de, Hommes J. Suïcidaliteit, psychiatrische en juridische consequenties. *Journaal Ggz en recht* 2015; 1: 29-35.
- Winter RFP de, de Groot MH, van Dassen M, Deen ML, de Beurs DP. Het vóórkomen van suïcidaal gedrag en suïcidepogingen bij de psychiatrische crisisdienst. *Tijdschr Psychiatr* [ter perse].

SUMMARY

The proportion of suicides committed by patients with a mental health disorder for which treatment costs are now no longer reimbursed by health insurance

A.T. SPUUIJBROEK, Y.M. LEEZER, D.P. DE BEURS, R.F.P. DE WINTER

- BACKGROUND** Suffering from a psychiatric disorder is a well-known risk factor for suicide and suicidal behavior. Treatment of psychiatric disorders can reduce the risk of suicidal behavior and suicide. In the Netherlands, however, since 2012 the treatment costs of some psychiatric disorders have no longer been covered by health insurance.
- AIM** To find out what proportion of suicides were committed by patients with a psychiatric disorder for which treatment costs are no longer covered by health insurance since the rules changed in 2012.
- METHOD** We studied the files of 314 patients who were known to one of the large mental health hospitals in the Netherlands and who had committed suicide between 1 January 1999 and January 2012. We were able to determine the various psychiatric disorders from which the patients were suffering at the time they died.
- RESULTS** About 6% of the patients who committed suicide between 1999 and 2012 suffered from a psychiatric disorder for which treatment costs are now no longer covered by health insurance.
- CONCLUSION** Given the results of this study, the increased rates of suicide in the Netherlands and the importance of scientific research into the characteristics of suicide, we recommend that patients with suicidal behavior are not excluded from adequate treatment in the event they may or may not have met the criteria for a DSM-IV classification

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 58(2016)11, 803-808

KEY WORDS health insurance cover, psychiatric illness, suicide