

Vraaguitval bij poliklinische patiënten met een bipolaire stoornis als gevolg van de eigen bijdrage in de tweedelijns-ggz

H.M. VISSER, J.W. RENES, D. KONINKX, R.W. KUPKA

ACHTERGROND In 2012 gold een eigen bijdrage voor de tweedelijns geestelijke gezondheidszorg. Conform de huidige richtlijnen worden de meeste patiënten met een bipolaire stoornis in de tweede lijn behandeld. Het was te verwachten dat een deel van hen de poliklinische behandeling zou beëindigen vanwege de eigen bijdrage.

DOEL Inzicht krijgen in omvang en kenmerken van de groep patiënten die overweegt of al besloten heeft om de behandeling in de tweede lijn te beëindigen vanwege de eigen bijdrage, welke factoren daarbij een rol spelen en hoe de rol van de huisarts bij vervolgbehandeling wordt gezien.

METHODE Exploratief onderzoek met een schriftelijke enquête onder alle patiënten van drie gespecialiseerde poliklinieken voor bipolaire stoornissen.

RESULTATEN Er waren 640 respondenten (55% respons), van wie 15% overwoog of al besloten had te stoppen met de behandeling. Financiële overwegingen gaven hierbij de doorslag. De huisarts werd door twee derde van hen niet als een goed alternatief gezien. Ook patiënten met ernstige klachten overwogen de poliklinische behandeling te stoppen.

CONCLUSIE De eigen bijdrage voor de ggz kon in 2012 grote gevolgen hebben voor een klein deel van de patiënten met ernstige stemmingsstoornissen die aangewezen zijn op gespecialiseerde tweedelijnszorg. De verhoging van het verplicht eigen risico met ingang van 2013 zou een soortgelijk effect kunnen hebben.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 55(2013)9, 655-663]

TREFWOORDEN bipolaire stoornis, eigen bijdrage, tweedelijns-ggz, vraaguitval

Door de vorige regering is besloten om vanaf 1 januari 2012 een eigen bijdrage in te voeren voor de tweedelijns geestelijke gezondheidszorg (ggz). Na de vorming van een nieuwe regering is in de loop van 2012 de eigen bijdrage voor de ggz onderwerp van veel discussie geweest en in december is besloten de maatregel met ingang van 2013 op te heffen. Ook is vanaf 2013 het algemeen verplicht eigen risico verhoogd van 220 naar 350 euro per jaar.

De eigen bijdrage gold voor patiënten van 18 jaar en ouder en kwam bovenop de al bestaande afdracht van het eigen risico. Mensen die een cri-

sisbehandeling of bemoeizorg ontvangen en mensen die onvrijwillig worden opgenomen, betaalden geen eigen bijdrage. De maatregel was bedoeld om de sterke groei van uitgaven in de ggz te remmen. De eigen bijdrage bedroeg 200 euro per jaar voor behandelingen langer dan 100 minuten en 100 euro voor behandeling korter dan 100 minuten (Schippers 2012). Voor verreweg de meeste patiënten die vanwege een ernstige psychiatrische stoornis ambulant in behandeling waren, zou de eigen bijdrage neerkomen op 200 euro.

Na het bekend worden van de invoering van de eigen bijdrage ggz kregen behandelaren van drie samenwerkende poliklinieken voor bipolaire stoornissen van GGZ inGeest en Altrecht signalen dat een aantal patiënten overwoog de behandeling te beëindigen vanwege de eigen bijdrage.

De NVVP-richtlijn Bipolaire stoornissen (Nolen e.a. 2008) stelt dat patiënten met een bipolaire stoornis moeten worden behandeld in de tweede lijn en dat de huisarts de zorg eventueel kan overnemen indien de stoornis stabiel is, de patiënt normaal kan functioneren, geen complexe medicatie gebruikt en de huisarts voldoende ervaring heeft in de begeleiding van deze patiënten. De bipolaire stoornis heeft een sterk recidiverend karakter, waarbij vaak sprake is van comorbide angststoornissen, middelenmisbruik, persoonlijkheidsstoornissen en somatische aandoeningen. Bovendien gebruiken veel patiënten medicatie die regelmatige controle vereist zoals lithium of combinaties van verschillende psychofarmaca (lithium, anticonvulsiva, antipsychotica, antidepressiva en benzodiazepinen).

Aangezien huisartsen vaak tijd en expertise missen om dergelijke patiënten goed te begeleiden, bestaat de kans dat nieuwe episoden niet tijdig en adequaat herkend en behandeld worden. Ook kan medicatietrouw afnemen met een verhoogde kans op recidief. Daarnaast bestaat het risico dat korte- en langetermijnbijwerkingen van de medicatie onvoldoende worden gesignaleerd en somatische controles niet worden uitgevoerd volgens de huidige richtlijn.

Eerdere enquêtes

Eind 2011 organiseerden het Landelijk Platform GGZ en GGZ Nederland een online-enquête onder cliënten die tweedelijns-ggz ontvingen in het kader van de Zorgverzekeringswet. Cliënten werden geworven via ggz-instellingen, vrijgevestigde professionals in de ggz en via internet. Het doel was om inzicht te krijgen in de verwachtingen van deze cliënten over hun zorggebruik na de invoering van de eigen bijdrage. Van de 4996 ggz-clie-

namen, gaf 40% aan geen tweedelijns-ggz-zorg meer te willen gebruiken en zei 30% minder zorg te willen (Koopmans & Verhaak 2012). Later is er een tweede online-enquête uitgezet om te onderzoeken of patiënten daadwerkelijk stoppen met de behandeling, of ze wel goed geïnformeerd zijn over de eigen bijdrage en wat de financiële consequenties zijn (Landelijke Platform GGZ 2012: <http://www.platformggz.nl/lpggz/newsitems/nio01560>).

Tot op heden ontbreken publicaties van vergelijkbare enquêtes die rechtstreeks zijn gericht aan patiënten uit specifieke doelgroepen. Wij verzonden een enquête aan alle patiënten die in behandeling zijn bij drie gespecialiseerde poliklinieken voor bipolaire stoornissen. Daarmee wilden wij inzicht krijgen in het aantal patiënten dat overwoog om de behandeling te beëindigen vanwege de eigen bijdrage, de mate waarin dit was besproken met anderen, de mate waarin eventueel financiële maatregelen waren getroffen om voortzetting van de poliklinische behandeling mogelijk te maken en de houding tegenover de rol van de huisarts bij de behandeling. Ten slotte wilden we meer weten over de relatie tussen het besluit om de poliklinische behandeling al dan niet te stoppen enerzijds en demografische en klinische kenmerken en de financiële situatie anderzijds.

PATIËNTEN EN METHODE

Selectie deelnemers

In mei 2012 werd aan alle patiënten ($n = 1156$) die op dat moment in behandeling waren bij de poliklinieken voor bipolaire stoornissen van GGZ inGeest in Amsterdam ($n = 257$) en Hoofddorp ($n = 267$) en van Altrecht in Utrecht ($n = 632$) een enquête gestuurd met een uitleg over de maatregel eigen bijdrage en het doel van het onderzoek, een toestemmingsverklaring en een portvrije retour-enveloppe. Er waren geen exclusiecriteria. Na zes weken werd aan non-responders het gehele pakket opnieuw toegezonden. Voor het onderzoek was toestemming verleend door de METC van het VU medisch centrum.

Inhoud enquête

Gevraagd werd naar leeftijd, geslacht, huidige leef- en werksituatie, duur van de poliklinische behandeling (< 1 jaar, 1-5 jaar, > 5 jaar), de bij de behandeling betrokken disciplines (psychiater of arts in opleiding tot psychiater, psychiatrisch verpleegkundige, psycholoog, internist, anders), wel of geen medicatiegebruik en de diagnose (bipolaire stoornis type I; bipolaire stoornis type II; schizoaffectieve stoornis; bipolaire stoornis, onbekend type; andere klachten dan een bipolaire stoornis; diagnose onbekend), de duur van de klachten (< 1 jaar, 1-5 jaar, 6-10 jaar, > 10 jaar) en de huidige ernst (geen, milde, of matige tot ernstige klachten).

Vervolgens werden de volgende specifieke vragen over de eigen bijdrage gesteld:

- op welke wijze de patiënt had gehoord over de invoering van de eigen bijdrage;
- of de patiënt nu hij/zij een eigen bijdrage van 200 euro moet gaan betalen: zeker niet zal stoppen; het nog niet weet; overweegt om te stoppen; zeker wel zal stoppen met de behandeling;
- of de patiënt zich de eigen bijdrage van 200 euro wel of niet, of enkel met hulp van anderen kon veroorloven; in geval van financiële steun werd gevraagd van wie dit werd ontvangen (familie/vrienden of bijzondere bijstand of anders);
- Aan degenen die overwogen om de behandeling te stoppen werd gevraagd of dit was besproken met belangrijke anderen, met de behandelaar(s) van de polikliniek en met de huisarts. Tevens werd hun gevraagd of zij voortzetting van de behandeling door de huisarts een goed alternatief vonden en wat hun besluit zou zijn wanneer de huisarts niet bereid of in staat zou zijn om de behandeling over te nemen.

Ten slotte konden alle patiënten in een vrije tekst aanvullende opmerkingen maken over het invoeren van de eigen bijdrage voor hun behandeling op de polikliniek.

Dataverzameling

De anoniem ingevulde, geretourneerde enquêtes en getekende toestemmingsformulieren werden bij binnenkomst direct gescheiden om de anonimiteit van de respondenten te waarborgen. Op 1 september 2012 werd de inclusie gestopt. De data werden centraal verzameld en door twee onderzoekers dubbel ingevoerd. De resultaten werden geanalyseerd per instelling en als geheel.

Statistische analyses

Het betrof een exploratieve studie waarbij er een verband werd gezocht tussen het al dan niet voortzetten van de behandeling op de polikliniek met de eigen bijdrage enerzijds, en demografische en klinische parameters anderzijds. Beschrijvende statistiek werd gebruikt om de karakteristieken van de respondenten in kaart te brengen. Er werden χ^2 -toetsen gebruikt om de verbanden tussen het al dan niet voortzetten van de behandeling op de polikliniek enerzijds, en demografische en klinische parameters anderzijds in kaart te brengen. De representativiteit van de steekproef werd getoetst door vergelijking met een aantal algemene demografische en ziektevariabelen van de betrokken polikliniekpopulaties. De statistische analyses werden uitgevoerd in SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 20.0.

RESULTATEN

Respons en kenmerken van de respondenten

De respons was 55,4% (640/1156) en was vrijwel gelijk in beide instellingen: 56,7% (297/524) bij GGZ inGeest en 54,3% (343/632) bij Altrecht. Wat betrof leeftijd, geslacht en diagnose waren er geen significante verschillen tussen de 640 respondenten van het onderzoek en de totale patiëntengroep van de poliklinieken bipolaire stoornissen van GGZ inGeest en Altrecht waarvan deze gegevens beschikbaar waren ($n = 1104$). Er waren geen significante verschillen tussen de respondenten en de

TABEL 1 Demografische kenmerken van de totale groep respondenten en onderverdeeld naar besluit over voortzetten of stoppen van de behandeling vanwege de eigen bijdrage; in geen van de onderzochte kenmerken waren significante verschillen tussen deze twee groepen

Kenmerk*	Totaal (n = 640)		Zeker voortzetten (n = 392)**		Zeker of waarschijnlijk stoppen (n = 97)**	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Leeftijd						
< 30	54	(8,5)	26	(6,6)	11	(11,5)
30-45	222	(34,9)	142	(36,6)	30	(31,2)
45-60	296	(46,5)	181	(46,3)	46	(47,9)
> 60	64	(10,1)	42	(10,7)	9	(9,4)
Geslacht						
Man	250	(39,2)	156	(39,8)	35	(36,5)
Vrouw	387	(60,8)	236	(60,2)	61	(63,5)
Leefsituatie						
Relatie, samenwonend	324	(50,8)	204	(52,5)	51	(52,6)
Relatie, apart wonend	64	(10,0)	38	(9,7)	6	(6,2)
Alleenstaand	240	(37,6)	143	(36,6)	40	(41,3)
Anders	10	(1,6)	6	(1,5)	0	(0,0)
Werksituatie***						
Fulltime/parttime betaalde baan	308	(48,2)	188	(48,0)	40	(41,2)
Zorg voor het huishouden	119	(18,6)	83	(21,2)	20	(20,6)
Fulltime- of parttimestudie	28	(4,4)	17	(4,3)	5	(5,2)
Werkeloos, maar werkzoekend	30	(4,7)	16	(4,1)	5	(5,2)
Vrijwilligerswerk	116	(18,2)	78	(19,9)	21	(21,6)
Tijdelijke arbeidsplaats	4	(0,6)	3	(0,8)	0	(0,0)
Sociale werkvoorziening	5	(0,8)	3	(0,8)	1	(1,0)
Arbeidsongeschiktheidsuitkering	238	(37,2)	146	(37,2)	41	(42,3)
Gepensioneerd	15	(2,3)	10	(2,6)	0	(0,0)
Anders	57	(8,9)	34	(8,7)	9	(9,3)

* Het totaal aantal respondenten kan per karakteristiek enigszins verschillen (n = 636-640), omdat niet iedereen alle vragen had beantwoord.

** De kenmerken van de categorie patiënten die antwoordde nog niet te weten of ze de poliklinische behandeling vanwege de eigen bijdrage zou stoppen (n = 139) is niet afzonderlijk getoond.

*** Bij deze vraag konden respondenten meer dan één antwoord aanvinken, waardoor het totaal meer is dan 100%.

totale poliklinische populatie wat betrof de gemiddelde leeftijd (46,0 jaar; SD 10,8 versus 45,1 jaar; SD 11,2; $p = 0,1$), de ratio man-vrouw (7,0:10 versus 6,4:10; $p = 0,4$) en de percentages patiënten met een bipolaire I-stoornis (74,1 versus 70,3%) of bipolaire II-stoornis (25,9 versus 29,7%) ($p = 0,1$). Tabel 1 toont de demografische kenmerken van de respondenten en tabel 2 toont de klinische kenmerken en verschillende aspecten van de behandeling.

Bron

De meeste respondenten (89,5%, 572/639) waren reeds op de hoogte van de invoering van de eigen bijdrage toen zij de enquête in mei 2012 ontvingen. Veel respondenten hadden dit uit meerdere bronnen vernomen, de meesten (72,1%, 461/639) via de media. Daarnaast had men het vernomen van de behandelaar op de polikliniek (24,3%), van familie, vrienden of kennissen (12,2%),

TABEL 2 Klinische kenmerken en de financiële mogelijkheden van de totale groep respondenten onderverdeeld naar besluit over voortzetten of stoppen van de behandeling vanwege de eigen bijdrage

Kenmerk*	Totaal (n = 640)		Zeker voortzetten (n = 392)**		Zeker of waarschijnlijk stoppen (n = 97)**	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Type stoornis						
Bipolaire I-stoornis	365	(58,4)	226	(58,9)	60	(61,9)
Bipolaire II-stoornis	154	(24,6)	96	(25,0)	17	(17,5)
Schizoaffectieve stoornis	40	(6,4)	27	(7,0)	8	(8,2)
Bipolaire type onbekend	48	(7,7)	26	(6,8)	8	(8,2)
Diagnose onbekend	5	(0,8)	2	(0,5)	2	(2,1)
Andere klachten	13	(2,1)	7	(1,8)	2	(2,1)
Duur huidige behandeling						
< 1 jaar	56	(8,8)	33	(8,4)	6	(6,2)
1-5 jaar	251	(39,3)	142	(36,3)	40	(41,2)
> 5 jaar	331	(51,9)	216	(55,2)	51	(52,6)
Duur klachten						
< 1 jaar	13	(2,0)	6	(1,5)	2	(2,1)
1-5 jaar	103	(16,1)	59	(15,1)	15	(15,5)
6-10 jaar	117	(18,3)	65	(16,7)	18	(18,6)
> 10 jaar	405	(63,5)	260	(66,7)	62	(63,9)
Ernst huidige klachten						
Momenteel geen	264	(41,1)	153	(39,2)	43	(44,3)
Licht	277	(43,4)	174	(44,6)	43	(44,3)
Matig tot ernstig	97	(15,2)	63	(16,2)	11	(11,3)
Hulpverleners						
Psychiater	610	(95,9)	377	(96,7)	88	(91,7)
Psych. verpleegkundige	408	(64,2)	252	(64,6)	59	(61,5)
Psycholoog	119	(18,7)	73	(18,7)	18	(18,8)
Internist	57	(9,0)	35	(9,0)	7	(7,3)
Overige	36	(5,7)	25	(6,4)	5	(5,2)
Medicatie						
Krijgt medicatie via polikliniek	607	(95,1)	380	(97,2)	91	(93,8)
Financiële situatie***						
Kan eigen bijdrage wel veroorloven	411	(66,0)	295	(76,0)	31	(33,0)
Kan eigen bijdrage niet veroorloven	104	(16,7)	42	(10,8)	41	(43,6)
Alleen met hulp van derden	108	(17,3)	51	(13,1)	22	(23,4)

*Het totaal aantal respondenten kan per kenmerk enigszins verschillen (n = 623-640), omdat niet iedereen alle vragen had beantwoord.

**De kenmerken van de categorie patiënten die antwoordde nog niet te weten of ze de poliklinische behandeling vanwege de eigen bijdrage zou stoppen (n = 139) is niet afzonderlijk getoond.

***Er werd een significant verband gevonden ($p < 0,01$) tussen de financiële situatie en de keuze om wel of niet te stoppen met de poliklinische behandeling; er waren geen significante verschillen m.b.t. de overige kenmerken.

via de website of schriftelijke informatie van de ggz (8,6%), en/of via een patiëntenvereniging (4,4%). Slechts 5,0% had het (tevens) vernomen van de zorgverzekeraar.

Financieel aspect

Een meerderheid van de respondenten (66,0%) gaf aan zich de eigen bijdrage van 200 euro per jaar wel te kunnen veroorloven, terwijl 16,7% aangaf zich de bijdrage niet te kunnen veroorloven en 17,3% enkel met hulp van anderen. In totaal gaf 20,4% van de respondenten aan financiële steun te zullen vragen aan familie of vrienden.

Consequenties eigen bijdrage

Een meerderheid van de respondenten (62,4%) antwoordde de behandeling zeker te zullen voortzetten, 22,1% wist het nog niet, 10,7% overwoog sterk om de poliklinische behandeling te beëindigen en 4,8% gaf aan dit zeker te zullen doen.

Factoren bij besluit om al dan niet te stoppen

In de laatste twee kolommen van tabel 1 en 2 zijn demografische gegevens, klinische kenmerken en financiële situatie apart weergegeven voor de respondenten die antwoordden de poliklinische behandeling zeker te zullen voortzetten en de respondenten die overwogen of besloten om deze te beëindigen. De financiële situatie bleek de enige factor met een statistisch significant verschil ($\chi^2 = 73,25$; $p = 0,00$; tabel 2). De ernst van de klachten bleek dus niet significant van invloed op de keuze de behandeling wel of niet te stoppen. Verder viel op dat de helft van de patiënten die overwogen om de behandeling te stoppen, nog klachten ervoer; 44,3% had lichte klachten en 11,3% matige tot ernstige klachten (tabel 2). Dit was niet significant anders dan in de groep patiënten die de behandeling zeker zou voortzetten.

Communicatie

Van de respondenten die overwogen om de behandeling te beëindigen had 40,7% (74/182) dit besproken met een belangrijke ander, 24,2% (44/182) met de behandelaar van de polikliniek en 10,4% (19/182) met de huisarts.

Houding tegenover behandeling door huisarts

Van degenen die overwogen te stoppen vond 63,3% (114/180) voortzetting van de behandeling via de huisarts geen goed alternatief voor de behandeling op de polikliniek. Wanneer de huisarts niet bereid of niet in staat zou zijn de behandeling over te nemen, dan zou slechts 32,0% (55/172) de behandeling op de polikliniek toch voortzetten.

Aanvullende reacties

Ten slotte maakte 60,9% van alle respondenten ($n = 388$) middels vrije tekst aanvullende opmerkingen over het invoeren van de eigen bijdrage voor de behandeling op de polikliniek, waarbij nagenoeg alle respondenten zich negatief uitten over de maatregel.

DISCUSSIE

Opvallendste bevindingen

Op onze enquête naar het effect van de invoering van de eigen bijdrage in de ggz reageerde ruim de helft van de aangeschreven patiënten, waarbij de groep respondenten wat betreft geslacht, leeftijd en diagnose representatief was voor de patiëntenpopulatie van de drie gespecialiseerde poliklinieken. Op het moment van de enquête had ongeveer 60% van de respondenten klachten van de bipolaire stoornis. De meeste patiënten die op de hoogte waren van de maatregel hadden dit vernomen via de media. Opvallend is dat slechts 4,3% via de zorgverzekeraar was geïnformeerd.

De invoering van de eigen bijdrage heeft een kleine groep (4,8%) doen besluiten de poliklinische behandeling te beëindigen; nog eens 10,7% overwoog dat sterk en 22,1% wist het nog niet. Bij het besluit om al dan niet te stoppen met de poliklinische behandeling lijkt alleen de financiële situatie een rol te spelen. Drie kwart van de respondenten die de behandeling zeker zullen voortzetten, kan zich dit ook veroorloven. Ruim twee derde van de respondenten die sterk overwegen te stoppen of dit al hebben besloten, zegt zich de eigen bijdrage niet of slechts met hulp van anderen te kunnen veroorloven. Geslacht, leeftijd, leefsituatie, werksituatie, type bipolaire stoornis, ernst en duur van de klachten, duur van de behandeling en het aantal betrokken behandelaren lijken niet van invloed op de keuze.

Opvallend is dat de ernst van de klachten geen invloed heeft op de keuze, waarbij ook een klein deel (11,3%) van de groep patiënten die overwogen of hadden besloten om de behandeling te stoppen, op dat moment nog matige tot ernstige klachten ervoer. In de groep die besloot de behandeling voort te zetten was dit niet significant méér. Het idee dat de invoering van de eigen bijdrage voor de tweedelijns-ggz juist patiënten met lichte problematiek naar de eerste lijn doet uitstromen, gaat hier dus niet op. Voor patiënten met een bipolaire stoornis wordt in de huidige richtlijn geadviseerd om terugverwijzing naar de huisarts te overwegen indien zij ten minste twee jaar stabiel zijn en goed functioneren.

Verder is opvallend dat relatief veel patiënten hun besluit of overweging om de poliklinische behandeling te stoppen niet hebben gedeeld met belangrijke anderen (60%), de behandelaar (75%) of de huisarts (90%). Dit terwijl twee derde van hen voortzetting van de behandeling via de huisarts geen goed alternatief vindt. Zelfs als de huisarts niet bereid of in staat zou zijn de behandeling over te nemen, zou twee derde de behandeling op de polikliniek toch stoppen. Dit zou behalve uit de financiële situatie ook kunnen voortkomen uit een beperkte mate van ziekte-inzicht of motivatie voor specialistische behandeling.

Vergelijking met andere enquête

De resultaten van ons onderzoek zijn niet zonder meer vergelijkbaar met die van de enquête van het Landelijk Platform GGZ en GGZ Nederland (Koopmans & Verhaak 2012) omdat de selectie van patiënten heel anders is. Ons onderzoek was namelijk schriftelijk en specifiek gericht aan alle patiënten van drie poliklinieken bipolaire stoornissen, terwijl de andere enquête online, landelijk en zonder diagnoseselectie was. In het onderzoek van het Landelijke Platform GGZ en GGZ Nederland gaf 70% van de respondenten aan het zorggebruik van de tweedelijns-ggz te gaan verminderen (40% wilde geen tweedelijns-ggz-zorg meer, 30% wilde minder), al merken de auteurs ook daarbij op dat dit eerder een over- dan een onderschatting is.

Een verklaring voor de lagere verwachte vraaguitval in ons onderzoek is dat de klachten van de bipolaire stoornis en eventuele comorbiditeit van de patiënten op de onderzochte poliklinieken gemiddeld waarschijnlijk ernstiger zijn dan in het landelijke onlineonderzoek, en de poliklinische behandeling langduriger, en daarmee de motivatie om in de tweedelijns-ggz in behandeling te blijven, groter.

Wat wel overeenkomt tussen beide onderzoeken is de conclusie dat financiële overwegingen de belangrijkste rol lijken te spelen bij de keuze om de behandeling al dan niet te stoppen. In het onderzoek van het Landelijk Platform GGZ en GGZ Nederland bleek dat respondenten met een besteedbaar maandinkomen van 0-1000 euro (ongeveer 70% van het totaal) drie maal zo vaak aangaven hun zorggebruik te zullen gaan verminderen door de eigen bijdrage dan cliënten met een besteedbaar inkomen van meer dan 2000 euro per maand. Dit leek vooral de jongste cliënten (18-24 jaar) te betreffen en gezinnen met kinderen (Koopmans & Verhaak 2012). Dit verband met de leeftijd konden wij in ons onderzoek niet aantonen, waarschijnlijk omdat op onze poliklinieken relatief weinig jongvolwassenen worden behandeld.

Beperkingen van dit onderzoek

Een belangrijke beperking van onze enquête is een mogelijke selectiebias. Het zou kunnen zijn dat juist de patiënten die zich door de eigen bijdrage financieel hard getroffen voelen, hebben gereageerd en dat zou leiden tot een relatieve overschatting van het aantal patiënten dat zich de bijdrage niet kan veroorloven en mogelijk ook een overschatting van het aantal patiënten dat de behandeling om deze reden beëindigt. Andersom zou men kunnen veronderstellen dat de ziekste patiënten met de meest beperkte middelen niet responderen op dergelijke enquêtes, wat een onderschatting van de vraaguitval zou geven.

Bovendien waren er tien patiënten die tussen 1 januari en het versturen van de enquête in mei 2012 de behandeling al hadden beëindigd vanwege de eigen bijdrage en dus niet in dit onderzoek zijn meegenomen.

Een andere belangrijke beperking is dat we niet hebben gevraagd naar het feitelijke inkomen van de respondenten. De vraag die wel is gesteld over de financiële situatie, namelijk of de respondent zich de eigen bijdrage kon veroorloven, zal zeker een relatie hebben met het inkomen, maar een ontkennend antwoord kan ook een aanwijzing zijn voor het ontbreken van ziekte-inzicht. Als iemand het belang van de behandeling als minder groot beschouwt, zal deze ook eerder vinden dat hij of zij zich het bedrag niet kan veroorloven.

Verder is onbekend of de groep respondenten representatief is voor de gehele patiëntenpopulaties van de onderzochte poliklinieken als het gaat om leef- en werksituatie, duur van de behandeling en de klachten, en ervaren ernst van de klachten. Ook is onbekend of de respondenten daadwerkelijk de keuze hebben gemaakt die ze in de enquête aangaven, en hoe dit is voor de groep die in mei 2012 aangaf nog niet te weten wat te doen.

Voorts moeten we opmerken dat onze resultaten niet zonder meer generaliseerbaar zijn naar andere poliklinische populaties, gezien het specialistische karakter van de drie betrokken poliklinieken.

CONCLUSIE

Een relatief kleine groep poliklinische patiënten met een bipolaire stoornis geeft een half jaar na het invoeren van de eigen bijdrage voor de ggz aan hierom de behandeling te willen beëindigen. Financiële overwegingen lijken de belangrijkste invloed te hebben op de keuze. Patiëntkenmerken zoals geslacht, leeftijd en leefsituatie en ziektekenmerken zoals aard, duur en ernst van de aandoening lijken geen rol te spelen. Ook als men de poliklinische behandeling wil stoppen, wordt voortzetting van de behandeling door de huisarts door een meerderheid geen goed alternatief gevonden. Dit is zorgwekkend omdat de behandeling van de bipolaire stoornis veelal langdurig is en door het medicatiegebruik een goed geregelde controle heeft.

Onze bevinding dat patiënten die overwegen de behandeling in de tweedelijns-ggz te stoppen vanwege de invoering van de eigen bijdrage niet minder klachten hebben dan degenen die de behandeling willen voortzetten, geeft aan dat deze maatregel adequate zorg voor patiënten met ernstige stemmingsstoornissen in de weg staat. Weliswaar is de maatregel inmiddels opgeheven, maar de verhoging van het verplichte eigen risico die vervolgens is ingesteld, kan naar onze verwachting een soortgelijk effect hebben.

LITERATUUR

- Koopmans B, Verhaak P. Verwacht zorggebruik als gevolg van de eigen bijdrage in de tweedelijns ggz. Utrecht: NIVEL; 2012. <http://www.nivel.nl/node/2430?database=ChoicePublicat&preref=1002196>.
- Nolen WA, Kupka RW, Schulte PFJ, Knoppert-van der Klein EAM, Honig A, Reichart CJ, e.a. Richtlijn Bipolaire Stoornissen. Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Utrecht: De Tijdstroom; 2008.
- Schippers EL. Kamerbrief monitor eigen bijdrage GGZ. CZ/CGGZ-3106210. 2012. <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2012/02/27/kamerbrief-monitor-eigen-bijdrage-ggz.html>

AUTEURS

Correspondentieadres: Hetty Visser, GGZ inGeest, Spaarnepoort
1, 2134 TM, Hoofddorp.

HETTY VISSER, psychiater, GGZ inGeest, Hoofddorp.

E-mail: hetty.visser@ggzingeest.nl

JANWILLEM RENES, psychiater, Altrecht GGZ, Utrecht.

DIONNE KONINKX, psycholoog en onderzoeker, GGZ
inGeest, Amsterdam/Hoofddorp.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

RALPH KUPKA, hoogleraar Bipolaire Stoornissen, VU Medisch
Centrum, en psychiater, GGZ inGeest en Altrecht GGZ.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 25-3-2013.

SUMMARY

Forcing patients with bipolar disorder to make a financial contribution to secondary psychiatric care may make them forsake care completely – H.M. Visser, J.W. Renes, D. Koninkx, R.W. Kupka –

BACKGROUND In 2012 patients were required to make a personal financial contribution for secondary mental health care over and above their standard insurance fee. According to current guidelines, the majority of patients with bipolar disorder must be treated as outpatients at psychiatric clinics. It was to be expected that some patients would decide to discontinue their outpatient treatment on account of the newly imposed personal financial contribution.

AIM To obtain insight into the size and characteristics of the group of patients with bipolar disorder who were thinking about giving up treatment or had already decided to give it up because of the imposition of the personal financial contribution; also to find out which factors influenced patients' decisions and to discover how patients perceived the role of the GP as the provider of subsequent psychiatric care.

METHOD We conducted an exploratory study by sending a survey to all outpatients receiving treatment at three clinics specialising in the treatment of bipolar disorder.

RESULTS 640 patients responded to the survey (55% response); 15% of these patients were thinking about giving up treatment or had already decided to stop their treatment. They were influenced primarily by financial considerations. Two-thirds of the respondents did not consider that the GP was as a suitable alternative to outpatient care at a clinic. Even patients with moderate to serious symptoms were considering leaving secondary care.

CONCLUSION The obligatory financial contribution for secondary mental health care could have considerable consequences for a small number of patients with severe mood disorder who are currently treated as outpatients in secondary facilities. The increase in the compulsory 'own risk' insurance fee as from 2013 could have similar consequences.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 55(2013)9, 655-663]

KEYWORDS bipolar disorder, financial contribution, leaving care, secondary care

