

# Hoe betrouwbaar is de registratie van suïcide in Nederland? *Twijfel door casuïstiek!*

MA Riedinger, AS van Amerongen, RFP de Winter

Rubriek: gevalsbeschrijving

## **Auteurs**

Mirjam Riedinger AIOS LUMC en gedurende het schrijven werkzaam bij de Parnassia Groep Den Haag.

Arlette van Amerongen is psychiater, directeur- zorg, Parnassia Groep, Den Haag.

Remco de Winter is psychiater, specialismeleader acute psychiatrie, Parnassia Groep, Den Haag, senior onderzoeker, VU, Amsterdam.

Correspondentieadres:

M.A. Riedinger

P/a Parnassia Groep

Nectarinestraat 10, 2552 LZ Den Haag

Strijdige belangen: geen

## **Abstract**

In deze gevalsbeschrijving presenteren we twee sterfgevallen, waarbij de gemeentelijke lijkschouwer het overlijden als natuurlijke dood registreerde en wij bij één casus voldoende bewijs vonden voor suïcide en bij een tweede grote twijfel hebben over het natuurlijk overlijden.

Volgens het WHO-rapport over suïcidepreventie, is de registratie in veel landen matig betrouwbaar. Nederland behoort tot de best registrerende landen. Er zijn echter aanwijzingen dat ook de registratie in Nederland niet feilloos is. Een aantal zaken in het registratieproces zijn vatbaar voor fouten en worden beschreven in deze gevalsbeschrijving.

Trefwoorden: Suïcide, betrouwbaarheid registratie, onderrapportage

## **Abstract Engels**

### **How reliable is the registration of suicide? A call on colleagues.**

In this case report we will present two demises that were registered as natural deaths by the municipal coroner, but in our view, one was most likely suicide and surrounding the second there was serious doubt about it being a natural death. The registration of the cause of death differs per country and is, according to the most recent WHO report, reliable to a limited extend. The Netherlands seems to be among the best registering countries, but registration is not flawless. This case report describes some ways that current registration methods can lead to an inaccurate suicide registration.

Keywords: suicide, reliability of registration, underreporting

## Introductie

In 2014 verscheen het WHO-rapport "Preventing suicide: A global imperative", volgens dit rapport behoort Nederland tot de beter registrerende landen als het gaat om suïcidecijfers (WHO 2014, Bhalla e.a. 2010). Er wordt geschat dat er wereldwijd, jaarlijks meer dan 800.000 suïcides plaatsvinden.

Bij de registratie van overlijden, wordt in Nederland de doodsoorzaak direct aan het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS 2017) doorgegeven. In 2013 kwamen deze gegevens voor 98.5% overeen met de gemeentelijke basisadministratie persoonsgegevens (GBA) (CBS 2017). In het geval van een overlijden wordt het stoffelijk overschot altijd geschouwd door een arts. Deze moet vermelden wat de doodsoorzaak is. De doodsoorzaak wordt gedefinieerd als het grondlijden, of de gebeurtenis, die middels de aaneenschakeling van gebeurtenissen tot het overlijden heeft geleid (CBS 2017). Als de schouwend arts niet volledig overtuigd is van een natuurlijke dood schakelt hij de gemeentelijk lijkschouwer in. Deze kan via de officier van justitie een onderzoek laten instellen naar de toedracht van het overlijden, of zelf een natuurlijke dood vaststellen (Reijnders & Das 2018).

Ondanks de expertise van de artsen die schouwen en de betrouwbare manier van registreren, bestaat er soms twijfel over de doodsoorzaak. In dit artikel beschrijven we twee casussen, waarbij de doodsoorzaak door de gemeentelijk lijkschouwer uiteindelijk als natuurlijk werd geregistreerd, terwijl de behandelaren op basis van klinische informatie twijfelden over suïcide. Suïcidaal gedrag komt vaak voor in de GGz (de Winter e.a. 2017). Iedere suïcide behoort te worden nabesproken door de Geneesheer-directeur. als er een natuurlijke doodsoorzaak wordt afgegeven is dit echter niet meer noodzakelijk en kan er dus ook geen gestructureerde evaluatie plaatsvinden (de Groot e.a. 2018)

Deze twee casussen zullen worden besproken in het kader van de huidige literatuur waarbij wij ons de vraag stelden: of het vaker voorkomt dat een behandelaar een suïcide vermoedt, maar de gemeentelijk lijkschouwer een natuurlijke dood registreert? We hebben ons in dit onderwerp verdiept en gezocht naar artikelen op PubMed en Google Scholar met de volgende zoektermen: "coroners and medical examiners"[MeSH Terms] OR ("coroners"[All Fields] AND "medical"[All Fields] AND "examiners"[All Fields]) OR "coroners and medical examiners"[All Fields] OR "coroner"[All Fields]) AND ("suicide"[MeSH Terms] OR "suicide"[All Fields]) , registration[All Fields] AND

("suicide"[MeSH Terms] OR "suicide"[All Fields] OR "suicides"[All Fields]) AND "reliable" [All Fields] OR "suicide en registratie" [All Fields].

## **Gevalsbeschrijving**

### Casus 1

Een 52-jarige somatisch gezonde vrouw zonder psychiatrische voorgeschiedenis werd op onze gesloten acute psychiatrische opnameafdeling opgenomen in verband met suïcidaliteit. De werkdiagnose was een depressieve stoornis bij ernstige psychosociale stress. Zij sliep al weken slecht en de voorgeschreven slaapmedicatie bood geen soelaas. Quetiapine werd voorgeschreven, waarna haar slaap verbeterde. Zij leek te herstellen en ging na een week opname, in goede gezondheid, met weekendverlof, waarbij een overbruggend belcontact werd afgesproken. Toen het niet lukte telefonisch contact met haar te maken, ontstond ongerustheid en werd besloten haar actief te zoeken. Patiënte werd dood in haar woning aangetroffen. De gemeentelijk lijkschouwer constateerde een natuurlijke dood, waarbij een eenzijdige pneumonie als primaire doodsoorzaak werd vastgesteld. Aansluitend vond overleg plaats tussen de behandelaar en de gemeentelijk lijkschouwer, omdat er getwijfeld werd aan de gestelde doodsoorzaak. Een suïcide werd aannemelijker geacht maar de lijkschouwer ging niet mee in de twijfel.

De dagen na het overlijden vond in verband met deze twijfel en in samenspraak met de familie obductie plaats. Geconstateerd werd dat de patiënte op het moment van overlijden een letaal toxische spiegel Quetiapine had. Het lijkt ons hoogst onwaarschijnlijk dat een enkelzijdige pneumonie bij deze fysiek gezonde vrouw zo snel tot een natuurlijke dood heeft geleid. Gezien de opname wegens suïcidaliteit en de obductiegegevens, zijn wij ervan overtuigd dat het overlijden ten gevolge van suïcide is. De doodsoorzaak is niet meer bijgesteld en dit sterfgeval is zeer waarschijnlijk ten onrechte niet als suïcide in de CBS-registratie terecht gekomen.

### Casus 2

Een 56-jarige somatisch gezonde man werd opgenomen op onze gesloten acute psychiatrische opnameafdeling naar aanleiding van suïcidale gedachten. In het verleden waren er diverse serieuze suïcidepogingen, waaronder een intoxicatie met tricyclische antidepressiva, waarvoor opname op een intensive care van een algemeen ziekenhuis

noodzakelijk was. De aanleiding voor de actuele suïcidaliteit was de aantijging van zijn volwassen dochter die hem beschuldigde van seksueel misbruik. Hierop had zijn partner hem verlaten en een scheiding aangevraagd. De suïcidaliteit werd hoog ingeschat. Er werd pas na meerdere weken overgegaan tot ontslag, toen patiënt een woning had gevonden en bij beoordeling op invoelbare wijze suïcidale gedachten ontkende. Twee dagen na ontslag werd de patiënt dood op de bank van zijn nieuwe woning aangetroffen. Een gemeentelijke lijkschouwing vond plaats en een natuurlijke dood ten gevolge van acute hartstilstand werd afgegeven. Er heeft geen obductie plaatsgevonden. Door een bekende van de patiënt werd ons later medegedeeld dat er tijdens het opruimen van het huis meerdere diverse lege medicatiestrips waren gevonden, van o.a. tricyclische antidepressiva. Er was verder geen medicatie meer te vinden in het huis, terwijl hij na ontslag een nieuw recept had meegekregen en de medicatie had opgehaald. Gezien de eerdere levensbedreigende pogingen tot suïcide met medicatie, de zeer recente opname met als indicatie verhoogde suïcidaliteit, zijn fysiek gezonde toestand en de lege medicatiestrips van een nieuw gestart en opgehaald middel, achten wij de kans dat de doodsoorzaak suïcide waarschijnlijker is dan een natuurlijke doodsoorzaak. Ook in dit geval kwam een natuurlijke dood in de CBS-registratie.

## **Bespreking**

Er zijn vele manieren waarop een doodsoorzaak foutief geregistreerd kan worden. Overrapportage kan plaatsvinden om verschillende redenen, bijvoorbeeld: inadequaat onderzoek naar mogelijke moord, dan wel een ongeval bij een patiënt bekend met psychiatrische klachten en suïcidaal gedrag in de voorgeschiedenis. Het geval van Luciano Ligthart (ANP 2017) deed veel stof opwaaien in de Nederlandse pers, omdat er twijfels waren over de doodsoorzaak bij zijn overlijden in een kliniek. Luciano was een jongen van 14 jaar die in een instelling opgenomen was. Deze jongen overleed in 2016 en als doodsoorzaak werd suïcide geregistreerd. Deze doodsoorzaak werd door verschillende partijen betwijfeld en sommigen vermoedden een misdrijf. Dit overlijden kan als voorbeeld dienen voor een mogelijke overrapportage. Echter lijkt overrapportage niet vaak voor te komen en beïnvloedt het volgens de literatuur de statistieken van doodsoorzaken niet (D'Ovico e.a. 2017, Rockett e.a. 2015).

Onderrapportage vindt daarentegen volgens de literatuur significant vaker plaats en kan een aantal, maar niet per se dezelfde, oorzaken hebben, zoals hieronder beschreven (WHO 2014, Sainsbury & Jenkins 1982, Sampson e.a. 1999, Bohnert e.a. 2013, Parai e.a. 2006).

Allereerst zou het kunnen voorkomen dat er Nederlanders zijn die overlijden in het buitenland, waarbij er mogelijk minder doortastend onderzoek wordt gedaan. Zo kan een verkeersongeval, het innemen van grote hoeveelheden drugs of het vertonen van ander risicovol gedrag, bewust zijn veroorzaakt in het kader van suïcidaliteit (Rockett e.a. 2018). Ook worden er elk jaar Nederlanders als vermist opgegeven, waarbij er nimmer een stoffelijk overschot wordt gevonden en er geen overlijden en derhalve geen doodsoorzaak kan worden vastgesteld.

Ten tweede is suïcide in veel landen vanwege de heersende geloofsovertuiging of cultuur uit den boze en worden suïcides niet geregistreerd als doodsoorzaak. In 35 van de 192 onderzochte landen is poging tot suïcide volgens de huidige wetten nog strafbaar, waarbij 25 landen dit in de wetgeving hebben staan en nog eens 10 landen de patiënt kunnen vervolgen onder de Shariawet (WHO 2014, Mishara & Weisstub 2016). Omdat een poging tot suïcide en psychiatrische problematiek vaak heersend taboe zijn, wordt registratie hiervan in medische dossiers mogelijk aangepast naar een minder belastende medische diagnose en kan dat dit ook tot onderrapportage leiden.

Ten derde blijkt dat medische kosten in bepaalde landen niet altijd worden vergoed, als de patiënt een suïcidepoging heeft verricht. Indien iemand sterft na medische behandeling voor een suïcidepoging is het aannemelijk dat, om financiële redenen, suïcide niet als doodsoorzaak wordt vastgesteld (Mishara & Weisstub 2016, Kelleher e.a. 2017).

Van de 172 lidstaten van de WHO voldoen slechts 60 staten aan de kwaliteitseisen van registratie om een realistische inschatting van suïcides te kunnen maken. Nederland wordt hier genoemd als een van de best registrerende staten (Bhalla e.a. 2010). In de andere staten worden suïcides vaak geregistreerd in de categorieën “ongeval”, “niet anders omschreven” of “moord”.

Ten vierde kan er sprake zijn van een vergissing door de schouwend arts, zoals wij suggereren met onze casuïstiek.

Ten vijfde wijzen vergelijkende studies uit dat patholoog anatomen in de landen waarin er een degelijk registratiesysteem is zoals het Nederlandse CBS, er naar neigen om

sterfgevallen ten gevolge van verdrinking of overdosis aan drugs, eerder als ongeval te classificeren dan als suïcide, ook als vrijwel alle feiten op een zelfverkozen dood wijzen (Holdings & Barraclough 1975, Parai e.a. 2006, Gunnell e.a. 2013).

Tenslotte verschilt de mate waarin de professional overtuigd is van een suïcide. Dit is in een aantal reviews tussen de Scandinavische landen onderzocht. Hoewel de registratiemethodes niet veel verschillen, is de mate waarin er informatie op het overlijdenscertificaat wordt vermeld, sterk wisselend. In twee vergelijkende studies van Tølleffson (2012 en 2015) werden doodsoorzaken herbeoordeeld door psychiaters, patholoog-anatomen en getrainde codeerders. Er vonden zowel verschuivingen plaats waarbij sterfgevallen bij herziening als suïcides werden aangemerkt, als ook suïcides die na herevaluatie als ongeval of onbekende oorzaak werden genoteerd. Hoewel deze verschuivingen niet leidden tot een statistisch significant verschil in suïdecijfer, laat het wel zien hoe complex het stellen van een doodsoorzaak kan zijn.

Het stellen van suïcide als doodsoorzaak vereist immers een inzicht in de intentie van de acties voor het overlijden (Cavanagh e.a. 2003). Echter in slechts 20-43% van de gevallen wordt een afscheidsbrief gevonden (Pestian e.a. 2012, Cerel e.a. 2015). Er wordt ook gesuggereerd dat meer onderzoek naar registratie en het verzamelen van meer gegevens, het vaker doen van obductie en grondig dossieronderzoek naar eerdere suïcidaal gedrag en/of suïcidepogingen kan bijdragen aan het accurater vaststellen van de doodsoorzaak. In de meta-analyse van Arsenault-Lapierre e.a. in 2004 wordt gesteld dat 87.3% van de mensen die zich suïcideert, een psychiatrische voorgeschiedenis heeft. Het is echter niet het geval dat de psychiatrische dossiers alle oplossingen bieden. Slechts 40% van de suïcideslachtoffers in Nederland zijn bekend in de GGz alvorens zij hun leven beëindigen (Huisman e.a. 2010).

Buiten de discussie, maar toch noemenswaardig in verband met de aandacht voor hulp bij zelfdoding en euthanasie van psychiatrisch patiënten, vragen wij aandacht voor het volgende: In 2016 vond er 6760 maal euthanasie en/of hulp bij zelfdoding plaats, waarbij het 46 keer maal gebeurde in verband met een psychiatrische aandoening (KNMG 2017). Het is belangrijk om te beseffen dat deze dood wordt geregistreerd als een natuurlijke dood.

## **Conclusie**

Door de WHO wordt geschat dat het aantal suïcides boven de gerapporteerde 800.000 per jaar wereldwijd ligt. Niet alleen landen waarbij de registratie suboptimaal verloopt of afwezig is, maar ook 'high-income' landen zoals Nederland, zijn mogelijk niet onfeilbaar in hun registratie. Beide casussen illustreren de uitdagingen van correcte rapportage en geven redenen te vermoeden dat er ook in Nederland sprake zou kunnen zijn van fouten bij de rapportage van doodsoorzaken. Gezien een groot deel van de suïcides voorkomt bij mensen met een psychiatrische voorgeschiedenis, kunnen wij ons voorstellen dat het consulteren van een psychiater, de gemeentelijk lijkschouwer en andere professionals kan helpen bij het bepalen van de doodsoorzaak van een patiënt met een psychiatrische voorgeschiedenis. We roepen collega's op om aan ons te rapporteren bij registratie van een natuurlijke doodsoorzaak indien suïcide wordt vermoed of vice versa, opdat we deze studie in de toekomst kunnen uitbreiden met meer data.



## Referenties

WHO. Preventing suicide, a global imperative. World health organization. 2014

Download:

[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779\\_eng.pdf?ua=1&ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf?ua=1&ua=1)

CBS site: <https://www.cbs.nl/nl-nl/onze-diensten/methoden/onderzoeksomschrijvingen/korte-onderzoeksbeschrijvingen/niet-natuurlijk-overlijden>. Bezocht op 27-12-17.

ANP. "Nabestaanden Luciano zien twijfels groeien." ANP 2017.

<https://www.skipr.nl/actueel/id30433-nabestaanden-luciano-zien-twijfels-groeien.html> Bezocht op 01-07-2018.

Arsenault-Lapierre G, Kim C, Turecki G. Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. *BMC Psychiatry* 2004; 4: 37. pmid:15527502

Bhalla K, Harrison JE, Shahraz S, Fingerhut LA. Availability and quality of cause-of-death data for estimating the global burden of injuries. *Bull World Health Organ.* 2010;88:831-838.

Bohnert AS, McCarthy JF, Ignacio RV, Ilgen MA, Eisenberg A, Blow FC. Misclassification of suicide deaths: examining the psychiatric history of overdose decedents. *Inj Prev* 2013 Oct;19(5):326-330. pmid:23322257

Barraclough BM. The different incidence of suicide in Eire and in England and Wales. *Br J Psychiatry* 1978;132:36-8.

Cavanagh JT, Carson AJ, Sharpe M, Lawrie SM. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychol Med* 2003; 33(3):395-405. Review. Erratum in: *Psychol Med* 2003; 33(5): 947. pmid:1270166

Cerel J, Moore M, Brown MM, van de Venne J, Brown SL. Who leaves suicide notes? A six-year population-based study. *Suicide Life Threat Behav.* 2015;45:326-34.

de Groot MH, Kleppe RT, Pols E, de Winter RF, Kerkhof AJ. Datagestuurd leren van suïcidale incidenten met KEHR SUICIDE: GGz Eindhoven als praktijkvoorbeeld. *Tijdschr Psychiatr* 2018; 60(9): 581-591.

de Winter RF, de Groot NH, van Dassen M, Deen ML, de Beurs DP. Het vóórkomen van suïcidaal gedrag en suïcidepogingen bij de psychiatrische crisisdienst. *Tijdschr Psychiatr* 2017; 59(13): 140-149.

D'Ovidio C ea. An unusual case of murder-suicide: The importance of studying knots. *J Forensic Leg Med.* 2017;45:17-20.

Gunnell D, Bennewith O, Simkin S, Cooper J, Klineberg E, Rodway C, et al. Time trends in coroners' use of different verdicts for possible suicides and their impact on officially reported incidence of suicide in England: 1990–2005. *Psychol Med* 2013; 43: 1415–1422. pmid:23113986

Holding TA, Barraclough BM. Psychiatric morbidity in a sample of a London coroner's open verdicts. *Br J Psychiatry* 1975;127:133-43.

Huisman A, van Houwelingen CA, Kerkhof AJ. Psychopathology and suicide methos in mental health care. *J Affect Disord.* 2010;121: 94-99.

Kelleher MJ, Chambers D, Corcoran P, Williamson E, Keeley HS. Religious sanctions and rates of suicide worldwide. *Crisis.* 1998;19:78-86.

KNMG. Euthanasie in cijfers. Utrecht 2017 [www.knmg.nl/euthanasie](http://www.knmg.nl/euthanasie)

Lau G. Did he drown or was he murdered? *Med Sci law*. 2002;42:172-80.

Malla A, Hoenig J. Differences in suicide rates: an examination of under-reporting. *Can J Psychiatry* 1983;28:291-3.

Marks V. Insulin and the law. *Ann. Clin. Bioch* 2015;52(6): 696-698.

Mishara BL, Weisstub DN. Suicide Laws: An International Review. *International Journal of Law and Psychiatry*. 2016;44:54-74.

Ohberg A, Lonnqvist J. Suicides hidden among undetermined deaths. *Acta Psychiatr Scand*. 1998;98:214-8.

Parai JL, Kreiger N, Tomlinson G, Adlaf EM. The validity of the certification of manner of death by Ontario coroners. *Ann Epidemiol* 2006; 16(11): 805–811. pmid:16621598

Pestian JP, Matykiewicz P, Linn-Gust M. What's in a Note: Construction of a Suicide Note Corpus. *Biomed Inform Insights*. 2012;5:1-6.

Peyron PA Casper T, Mathieu O, Musizzano Y, Baccino E. Complex Suicide by Self-stabbing and Drowning: A Case Report and a Review of Literature. *J Forensic Sci*. 2017 Jun 29 doi: 10.1111/1556-4029.13537. [Epub ahead of print].

Reijnders U.L, C Das. *De Lijkschouw in de praktijk*. Houten: Prelum uitgevers; 2018

Rockett IR, Hobbs GR, Wu D, Jia H, Nolte KB, Smith GS, Putnam SL, Caine ED. Variable Classification of Drug-Intoxication Suicides across US States: A Partial Artifact of Forensics? *PLOS one*. 2015 21;10(8):e0135296

Rockett IRH, Caine ED, Connery HS, D'Onofrio G, Gunnell DJ, Miller TR, et al. Discerning suicide in drug intoxication deaths: paucity and primacy of suicide notes and psychiatric history. 2018; January 10;13(1):e0190200

Sainsbury P, Jenkins JS. The accuracy of officially reported suicide statistics for purposes of epidemiological research. *J of Epidemiol Community Health*, 1982;36:43-48.

Sampson HH, Ratty GN. Under-reporting of suicide in South Yorkshire (West): a retrospective study of suicide and open verdicts returned by HM Coroner, 1992-1997. *J Clin Forensic Med*. 1999;6:72-6.

Sautter J, Gapert R, Tsokos M, Oesterhelweg. Murder-suicide by carbon dioxide (CO<sub>2</sub>) poisoning: a family case from Berlin, Germany. *Forensic Sci Med Patho*. 2014;10:97-102.

Simpson K. Suicide, accident, or murder. *BMJ* 1951;2:661-663.

Tøllefsen IM, Helweg-Larsen K, Thiblin I, Hem E, Kastrup MC, Nyberg U, Rogde S, Zahl PH, Østevold G, Ekeberg Ø. Are suicide deaths under-reported? Nationwide re-evaluations of 1800 deaths in Scandinavia. *BMJ Open*. 2015; 25;5(11):e009120.

Tøllefsen IM, Hem E, Ekeberg Ø. The reliability of suicide statistics: a systematic review. *BMC Psychiatry*. 2012;12:9.

Tøllefsen IM, Thiblin I, Helweg-Larsen K, Hem E, Kastrup M, Nyberg U, Rogde S, Zahl PH, Østevold G, Ekeberg Ø. Accidents and undetermined deaths: re-evaluation of nationwide samples from the Scandinavian countries. *BMC Public Health*. 2016;16:449.