

## REACTIE OP

### ‘Dwangmedicatie als interventie van eerste keus; van opsluiten naar behandelen?’

Hondius (2014) schreef een commentaar op het artikel van Verlinde e.a. (2014), een boeiende discussie over het inzetten van medicatie al dan niet als dwangmiddel of separatie. Het belang van deze discussie kan - volgens mij - niet snel overschat worden. Het gaat hier naar mijn mening over de

kern van ons werk: iedere arts dient een goed hulpverlener te zijn. Maar wat te doen als een andere wet dwangmedicatie verbiedt, terwijl de Universele Verklaring van de Rechten van de Mens medische verzorging een grondrecht noemt (<http://bit.ly/rplC97G>)? Stel dat aangetoond zou kunnen worden dat separatie geen *evidence-based* medische verzorging is en dwangmedicatie wel, dan moeten we als psychiaters een keus maken welke wet we gaan volgen. Goed hulpverlener en dwangmedicatie geven of een brave hulpverlener en separeren?

Mag ik kritisch ingaan op één opmerking van Hondius, namelijk die waarin hij stelt dat het aantal Bopz-opnames verminderd zou kunnen worden door niet doelmatige opnames van mensen met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis (BPS) te voorkomen. Maar welke opnames zijn wel en welke zijn niet doelmatig?

Het is vanuit de ambulante setting bij tijd en wijle behoorlijk frustrerend om patiënten met een vermeende BPS niet klinisch te kunnen laten instellen op medicatie of langer dan enkele dagen tegen schadelijke impulsen te beschermen. Dat een vrijwillige of gedwongen opname onmogelijk blijkt te zijn met de verwijzing naar het enkele feit dat de betreffende patiënt een BPS heeft. Dan noem ik het gemak waarbij de diagnose BPS soms gesteld wordt na een korte kennismaking – bijvoorbeeld in een politiecel. De rigiditeit waarmee patiënten met BPS buiten de kliniek gehouden worden of, als ze eenmaal opgenomen zijn, naar buiten worden gestuurd, vraagt om onderbouwing, terwijl Hondius nu alleen naar de uitspraak van een rechtbank verwijst. Het kan voorkomen dat hulpverleners niet de moeite nemen hun beleid uit te leggen. In de spannende dilemma's van een ambulante behandeling kunnen beleidskeuzes gaan over leven en dood. Dat zeg ik niet om dramatisch te doen, ik wil de ernst van de situaties onder de aandacht brengen.

Het is voor mij geen onbekend fenomeen dat patiënten met een BPS door regressieve tendensen tijdens een opname slechter gaan functioneren. Maar ik heb ook andere ervaringen: een langdurige separatie die werd beëindigd door het voorschrijven van clozapine, suïcidaliteit die hanteerbaar werd in de ambulante setting door het voorschrijven van een stemmingsstabilisator (met name lithium en natriumvalproaat), chronische depressies met suïcidaliteit en agitatie die sterk verminderden na het voorschrijven van een irreversibele MAO-remmer. De Nederlandse richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen wijdt er twee hoofdstukken aan ('Farmacotherapeutische interventies' en 'Comorbiditeit' (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ 2008).

Dan de fase van diagnostiek. In de loop van de jaren heb ik nogal wat diagnoses BPS zien omgezet worden in een diagnose ADHD, autismegerelateerde stoornissen, depres-

#### LITERATUUR

- Borschmann R, Henderson C, Hogg J, Phillips R, Moran P. Crisis interventions for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; CD009353.
- Hondius AJK. Dwangmedicatie als interventie van eerste keus; van opsluiten naar behandelen? *Tijdschr Psychiatr* 2014; 56: 649-50.
- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen (Landelijke Stuurgroep). Comorbiditeit. Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van volwassen patiënten met een persoonlijkheidsstoornis. Utrecht Trimbos-instituut; 2008. p. 120-40.
- Verlinde AA, Snelleman W, van den Berg H, Noorthoorn EO. Effect van dwangmedicatie als interventie van eerste keus op separatie en toegepaste dwang; een prospectief cohortonderzoek. *Tijdschr Psychiatr* 2014; 56: 640-8.

#### AUTEUR

**MAARTEN OTTER**, psychiater, Trajectum, afd. Extramurale behandeling en begeleiding, Zutphen.

#### CORRESPONDENTIEADRES

Maarten Otter, Trajectum, afd. Extramurale behandeling en begeleiding, Postbus 300, 7200 AH Zutphen.  
E-mail: maartenotter@gmail.com

#### TITLE IN ENGLISH

Reaction on 'Involuntary medication as the intervention of choice; from seclusion to treatment'

Geen strijdige belangen meegedeeld.



ARTIKEL



sieve stoornissen, overvraging bij een lichte verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid, soms op basis van een syndroomaard beeld zoals triple-X-syndroom of het 22q11-deletiesyndroom. Het aanpassen van de diagnose kan een nieuw therapeutisch kader scheppen. Dat kan naast aanpassing van de medicatie ook leiden tot aanpassingen in de context door wonen in een beschermde woonvorm of ambulante woonbegeleiding in de zorg voor verstandelijk gehandicapten, om een paar voorbeelden te noemen.

Op dit moment wil ik vooral reageren op de opmerking van Hondius over niet doelmatige opnames van mensen met een BPS. Hij onderbouwt die opmerking helaas niet. En de beperkte wetenschappelijke evidentie maakt duidelijk (Borschmann e.a. 2012) dat er altijd nagedacht, gewikt en gewogen zal moeten worden. Dat mis ik soms. En dan kunnen stellingnames verstrekkende consequenties hebben. Juist voor een patiëntengroep die gevoelig is voor indrukken van afwijzing, lijkt het me een uitdaging het beleid over te brengen als een zorgzame interventie.

## ANTWOORD

### aan Otter

Collega Otter reageert op mijn commentaar op het artikel van Verlinde e.a. Ik ben blij met zijn reactie. De gedwongen opname en behandeling bij persoonlijkheidsstoornissen is een onderwerp waarover altijd wél veel discussie is in de praktijk (bijvoorbeeld: Terpstra J, Renssen M. Tussen ambulant en kliniek: borderlinepersoonlijkheidsproblematiek en crisisopname; Interne notitie RVZ Flevoland, GGz Centraal 2012. Niet gepubliceerd), maar waarover weinig wordt geschreven. Otter stelt dat deze diagnoses soms even op het politiebureau worden gesteld. Uiteraard doelde ik niet op 'quick en dirty' diagnoses in een politiecel – waarvan ik me zelfs afvraag of die echt vaak voorkomen – maar op volgens de state of the art gestelde diagnoses.

Ook schrijft Otter dat de diagnose persoonlijkheidsstoornis in een aantal gevallen later omgezet wordt in een diagnose van psychiatrische stoornissen in engere zin, zoals een depressie, ADHD en dergelijke. Het bijstellen van diagnostiek waarop Otter doelt ('In de loop van de jaren heb ik nogal wat diagnoses BPS zien omgezet worden...') – en dat ook handvatten biedt voor evidence-based behandeling – hoeft volgens mij de diagnose persoonlijkheidsstoornis niet uit te sluiten.

Mijn commentaar gaat over mensen met een primaire (ernstige) persoonlijkheidsstoornis die langer daarmee in de ggz bekend zijn. Dat zijn niet alleen mensen met een primaire (hoofd)diagnose borderlinepersoonlijkheidsstoornis, maar ook bijvoorbeeld mensen met primaire

## LITERATUUR

- Hondius AJK. Dwangmedicatie als interventie van eerste keus; van opsluiten naar behandelen? Tijdschr Psychiatr 2014; 56: 649-50.
- Verlinde AA, Snelleman W, van den Berg H, Noorthoorn EO. Effect van dwangmedicatie als interventie van eerste keus op separatie en toegepaste dwang; een prospectief cohortonderzoek. Tijdschr Psychiatr 2014; 56: 640-8.
- Meekeren E van. De multidisciplinaire richtlijn persoonlijkheidsstoornissen. Een kritische beschouwing. Maandblad geestelijke volksgezondheid 2009; 64: 286-97.
- Fiselier J, Kaasenbrood A, de Bie A, Soons M. Verminder de ruis. Sociaal-psychiatrische begeleiding van patiënten met een ernstige persoonlijkheidsstoornis. Maandblad Geestelijke volksgezondheid 2010; 65: 696-709.
- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen. Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van volwassen patiënten met een persoonlijkheidsstoornis. Utrecht: Trimbos-instituut; 2008.
- Tilburg W van ea. Richtlijn besluitvorming dwang: opname en behandeling. Utrecht: De Tijdstroom 2008.
- Beerthuis RJ. Suicide en suicidepogingen. In: Achilles RA, e.a. red. Handboek Spoedeisende psychiatrie. Amsterdam: Benecke; 2006, p 236
- Hemert AM van, e.a. Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suicidaal gedrag. Utrecht: De Tijdstroom; 2012. p 208-11.

## AUTEUR

**ADGER HONDIUS**, psychiater en geneesheer-directeur, GGz Centraal, Ermelo/Almere.

## CORRESPONDENTIEADRES

Dr. A.J.K. Hondius, Postbus 1000, 3850 BA Ermelo.  
E-mail: a.hondius@ggzcentraal.nl

(hoofd)diagnose afhankelijke persoonlijkheidsstoornis, dus geclassificeerd in DSM-IV onder cluster B óf onder cluster C. Mijn vraag was of 'het aantal Bopz-opnames (en daarmee separaties) verminderd zou kunnen worden door niet doelmatige opnames te beperken, zoals bij mensen met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis?'. Daarover wil Otter discussie: 'welke opnames zijn wel doelmatig en welke niet?'

Omdat deze vraag zich niet zomaar laat beantwoorden in een korte discussie, zal ik me beperken tot doelmatigheid

in het kader van de Wet Bopz (1994). Doelmatigheid is net als de begrippen 'proportionaliteit' (middel en doel) en 'subsidiariteit' (alternatief) een criterium waarop juristen mede hun oordeel baseren. Doelmatigheid in de Wet Bopz is gericht op veiligheid, het effectief afwenden van gevaar. Door iemand gedwongen op te nemen neemt het gevaar af. Dit past in een lang bestaande en maatschappelijk aanvaarde visie op de wettelijke mogelijkheid om iemands grondrechten (vrijheid, lichamelijke integriteit) te schenden als ultimum remedium wanneer een psychiatrische stoornis gevaar veroorzaakt.

De opnamewet Bopz zal vervangen worden door de wet Verplichte GGZ waarin opname een en niet dé mogelijkheid is. Een aanleiding daarvoor is dat in een aantal gevallen een gedwongen opname niet doelmatig is gebleken. Als blijkt dat veiligheid juist afneemt, dóórdat iemand gedwongen wordt opgenomen, is dat niet alleen ondoelmatig, maar ook in strijd met het 'primum non nocere'-beginsel.

In de praktijk blijkt dat het gedwongen opnemen (en behandelen) van mensen met een ernstige primaire persoonlijkheidsstoornis (DSM-cluster B én C) kan leiden tot toename van gevaar i.p.v. afname, bijvoorbeeld in de vorm van regressief gedrag, automutilatie en toename van suïcidaliteit. Dat is een breed gedeelde opvatting in de ggz-praktijk, dus niet evidence- maar eerder practice-based. Er is vooral over borderlinepersoonlijkheidsstoornis veel geschreven (van Meekeren 2009) en opvallend weinig over DSM-C-cluster. Er is ook het nodige bekend over de behandeling van ernstige persoonlijkheidsstoornissen (Fiselier e.a. 2010).

Echter – en ik ben het met Otter op dit punt eens – er is nauwelijks onderzoek gedaan naar de effecten van dwangtoepassing bij deze groep. Een (mail)ronde langs de velden (van enkele bekende experts op het gebied van behandeling van persoonlijkheidsstoornissen), het zoeken in leer- en handboeken en in richtlijnen (Multidisciplinaire richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen 2008; van Tilburg e.a. 2008)

en het doorzoeken van de recente jaargangen van Nederlandse tijdschriften leveren bedroevend weinig recente referenties op naar onderzoeksresultaten. Kennelijk staat onderzoek naar het effect van gedwongen opnames (en behandeling) van mensen met een ernstige persoonlijkheidsstoornis niet hoog op de onderzoeksagenda.

Dat is verbazend omdat maatschappelijke en politieke discussie over dwang en drang ook vaak lijkt te gaan over deze groep. Hun gedrag is complex, hetgeen veel aandacht en tijd vraagt. Het zou bijzonder interessant zijn om preciezer aan te kunnen geven waarom een gedwongen opname of verplichte zorg bij wie niet en bij wie wel geïndiceerd en effectief is; om welke kenmerken gaat het?

Zo vormen persoonlijkheidsstoornissen een grote risicofactor voor suïcide (Beerthuis 2006), hetgeen echter niet wil zeggen dat een (gedwongen) opname suïcide dus voorkómt. In de Multidisciplinaire richtlijn over suïcidaal gedrag (van Hemert e.a. 2012) wordt acute suïcidaliteit onderscheiden van chronische. Over de laatste zegt deze richtlijn dat bij mensen met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis (dilemma's rond autonomie, (on)afhankelijkheid en identiteit) er een ambulante alternatief is voor opname en dat er terughoudendheid moet zijn met het onmiddellijk nemen van beschermende acties.

In acute situaties kan het volgens mij wel doelmatig zijn om iemand kortdurend gedwongen op te nemen, maar de behandeling als vervolg kan dan beter op vrijwillige basis plaatsvinden ('185 opheffen'). Het risico op onveilig – mede door de opnamecontext geïnduceerd – gedrag kan dan afnemen. Een aanbod van een bed-op-receptconstructie kan helpen om een volgende crisis te voorkomen, ook omdat dan beschermende variabelen zoals zelfbeschikking en eigen verantwoordelijkheid een veel betere kans krijgen. Ik ben benieuwd naar de visie in dezen van deskundigen op het gebied van de persoonlijkheidsstoornissen.