

Dwang- en drangmaatregelen binnen een gesloten acute psychiatrische opnameafdeling; relatie met socio-demografische en klinische kenmerken

N. MIEDEMA, M.C. HAZEWINKEL, D. VAN HOEKEN, A.S. VAN AMERONGEN, R.F.P. DE WINTER

ACHTERGROND Een opname op een gesloten acute opnameafdeling van een psychiatrisch ziekenhuis is een zwaarwegende en ingrijpende gebeurtenis voor de patiënt. Een dergelijke opname gaat soms gepaard met de toepassing van nood- en dwangmaatregelen. Ondanks de impact die deze kunnen hebben op een patiënt, is relatief weinig onderzoek gedaan naar de patiëntenpopulatie van een gesloten acute opnameafdeling en toepassing van dwang en drang.

DOEL Inzicht krijgen in de samenhang tussen sociodemografische en klinische kenmerken bij opname enerzijds, en opgelegde dwang- en drangmaatregelen anderzijds, bij patiënten opgenomen op een gesloten acute opnameafdeling in de ggz.

METHODE Gedurende heel 2009 werden sociodemografische en klinische gegevens geregistreerd van alle patiënten die opgenomen werden op een gesloten acute opnameafdeling van een ggz-instelling in de regio Den Haag. De samenhang hiervan met het gebruik van dwang- en drangmaatregelen werd geanalyseerd.

RESULTATEN Bij 856 patiënten werden 1283 opnames geregistreerd die gemiddeld 16 dagen duurden. Opgenomen patiënten waren vaker man, zonder relatie en zonder kinderen, zonder werk of studie en met een uitkering. Bij 33% van de opnames ging het om een heropname. Bij 20% vond separatie plaats wegens symptomen van onder andere een psychotische stoornis, een manische episode en/of agressie. De patiënten die gesepareerd werden, waren jonger, hadden ernstiger psychiatrische problematiek, functioneerden slechter en werden langer opgenomen dan degenen die niet gesepareerd werden. Bij ruim 14% van de opnames werd noodmedicatie gegeven.

CONCLUSIE We hebben meer inzicht gekregen in het gebruik van dwang- en drangmaatregelen in de acute psychiatrie en de daarmee samenhangende omstandigheden. Deze informatie kan dienen als referentiemateriaal voor toekomstig onderzoek.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 58(2016)6, 434-445

TREFWOORDEN acute psychiatrie, dwang- en drangmaatregelen, ernstige psychiatrische aandoeningen, gesloten opnameafdeling, noodmedicatie, separatie



Een opname op een gesloten acute opnameafdeling van een psychiatrisch ziekenhuis is over het algemeen een ingrijpende en heftige gebeurtenis voor de patiënt. Bij een

dergelijke opname gaat het in de regel om mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen die intensieve zorg nodig hebben (Nijssen & Schene 1996). De ziektebeelden

zijn heterogeen en er is veel comorbiditeit en complexe psychosociale problematiek (Bohnen e.a. 2011). Een aanzienlijk deel van deze patiënten wordt gedwongen opgenomen en er kunnen dwangmaatregelen worden toegepast.

Ondanks de heftigheid en complexiteit van de ziektebeelden en de restrictieve en veelal gedwongen behandeling is er weinig beschreven over de relatie tussen kenmerken van deze patiëntengroep en de toepassing van dwang- en drangmaatregelen. In de dagelijkse zorgpraktijk staan het bepalen van de ernst van de problematiek, crisisinterventie en het faciliteren van vervolgbehandeling voor de individuele patiënt voorop (Mulder e.a. 2005).

Voor veel patiënten is opname op een acute opnameafdeling het eerste contact met de geestelijke gezondheidszorg (ggz). Het verblijf op een acute opnameafdeling kan zowel negatieve fysieke als psychische gevolgen hebben voor een patiënt (Peeters e.a. 2009). Er is zowel binnen de psychiatrie als bij beleidsmakers, in de media en in de publieke opinie veel discussie rondom handelingen die binnen opnameafdelingen conform de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz) worden toegepast, zoals separeren, het geven van medicatie onder dwang en andere handelingen (Dols & Van Tilburg 2010; Inspectie voor de Gezondheidszorg 2011).

Uit een onderzoek van Georgieva e.a. (2012) komt naar voren dat patiënten verschillend reageren op dwang- en drangmaatregelen. Ook is gebleken dat toepassing van Bopz-maatregelen de therapeutische relatie kan schaden (Lidz e.a. 1998), zelf ook weer traumatiserend kan werken of een posttraumatische stressstoornis kan uitlokken (Steinert e.a. 2007). Daarom is het des te opmerkelijker dat over de situatie op opnameafdelingen weinig bekend is (Nijssen & Schene 1996).

DOEL

Het doel van ons onderzoek was om een meer gedetailleerd beeld te krijgen van de klinische en sociodemografische kenmerken van patiënten die opgenomen worden op een gesloten acute opnameafdeling, en de relatie daarvan met het inzetten van dwang- en drangmaatregelen. Meer inzicht in de onderlinge samenhang kan ervoor zorgen dat sneller en effectiever geïntervenieerd wordt om inzet van dwang- en drangmaatregelen te voorkomen en de kans op gevolgschade voor de patiënt te verminderen.

METHODE

Populatie

Wij deden onderzoek naar alle patiënten opgenomen tussen 1 januari 2009 en 1 januari 2010 op de opnameafdeling

AUTEURS

NARDA MIEDEMA, ten tijde van dit onderzoek psycholoog/onderzoeker, Klinisch Centrum Acute Psychiatrie (KCAP), Parnassia Groep; thans: psycholoog, Forensische Poli, Parnassia Groep (Palier) in Den Haag.

MIRJAM HAZEWINKEL, psycholoog/onderzoeker, KCAP, Parnassia Groep, Den Haag.

DAPHNE VAN HOEKEN, senior onderzoeker, Parnassia Academie, Parnassia Groep, Den Haag.

ARLETTE VAN AMERONGEN, psychiater/manager zorg, KCAP, Parnassia Groep, Den Haag.

REMCO DE WINTER, senior onderzoeker, VU en KCAP, regio-opleider Volwassenenpsychiatrie, Parnassia Groep, Noord-Holland.

CORRESPONDENTIEADRES

N. Miedema, Parnassia Groep, Johanna Westerdijkplein 40, 2521 EN Den Haag.

E-mail: n.miedema@palier.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 27-10-2015.

van een grote ggz-instelling in Den Haag. Het verzorgingsgebied van de instelling omvat ongeveer 700.000 inwoners. De afdeling is de enige gesloten acute opnameafdeling in de regio en beschikt in totaal over 52 bedden, verdeeld over twee vleugels met elk een intensivecare- (2 x 9 bedden) en een highcareafdeling (2 x 17 bedden). Alle patiënten hebben een eigen eenvoudig ingerichte slaapkamer met sanitair. De afdeling had ten tijde van dit onderzoek 6 separeerruimtes, 2 time-outkamers en 2 comfortrooms.

De opgenomen populatie bestaat uit personen met zeer ernstige en acute psychiatrische ziektebeelden. Opgenomen patiënten hebben een grote diversiteit aan symptomen met veel comorbiditeit (Bohnen e.a. 2011). Het behandel doel is om patiënten zo snel en accuraat mogelijk te stabiliseren. Na stabilisatie worden patiënten in de regel doorverwezen naar een andere klinische en/of ambulante afdeling binnen of buiten dezelfde instelling.

Variabelen en meetinstrumenten

De onderzochte sociodemografische variabelen waren: geslacht, leeftijd bij opname, burgerlijke status/relatie, kinderen, opleidingsniveau, dagbesteding, bron van inkomsten, verblijfsstatus, herkomst (CBS-indeling; www.cbs.nl), beheersing Nederlandse taal (www.taalunieversum.org/taalunie), verzekerde status, vastheid van woondres.

De onderzochte klinische kenmerken waren: DSM-IV-diagnose(s) bij opname, opnamereden(en), opnameduur, juridische status bij opname, ernst van de psychiatrische problematiek (gemeten met de *Clinical Global Impression*; CGI) en mate van (dis)functioneren (gemeten met de *Global Assessment of Functioning*; GAF). De CGI- en de GAF-schaal werden zowel bij opname als bij ontslag gemeten.

De onderzochte dwang- en drangmaatregelen waren het toepassen van separatie en noodmedicatie. Separatie werd gedefinieerd als: het plaatsen van een patiënt voor een bepaalde periode in een daartoe bestemde gesloten ruimte (separeerruimte) waarbij de patiënt geen vrije keus heeft de ruimte te verlaten. Noodmedicatie werd gedefinieerd als: het toedienen van een snelwerkend kalmerend middel (oraal of per injectie) zonder toestemming van de patiënt, met of zonder manuele vrijheidsbeperkende maatregel.

De onderzoeksvariabelen werden in kaart gebracht met algemene opname-informatie, gegevens die werden uitgewisseld tijdens de ochtendoverdrachten, informatie uit de elektronische patiëntendossiers (EPD), en informatie die werd ingewonnen bij het behandelteam. Twee psychologen/onderzoekers beheerden de onderzoeksgegevens en verwerkten deze in een SPSS-database. Ontbrekende informatie werd actief opgezocht en/of nagevraagd en verwerkt in de database.

Medisch-ethische toetsing

Deze studie beschrijft data van patiënten van de gesloten acute opnameafdeling die in het kader van de reguliere zorg werden vastgelegd in zorgregistratiesystemen, verpleegkundigen- en artsrapportages. Patiënten ontvingen de gebruikelijke zorg en werden voor het onderzoek niet afwijkend behandeld. Bij de analyses en rapportage werden de patiëntgegevens geanonimiseerd. Dergelijk onderzoek valt niet onder de Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen (WMO), en derhalve was medisch-ethische toetsing niet nodig.

Analyses

De geregistreerde DSM-IV-hoofddiagnoses werden geclusterd tot 10 groepen. Zo werden schizofrenie, psychotische stoornis niet anderszins omschreven (NAO) en overige psychotische stoornissen geschaard onder de noemer 'psychotische stoornissen'.

Analyses van de relatie tussen dwang- en drangmaatregelen en sociodemografische kenmerken werden verricht naar gelang de situatie over de totale onderzoeksperiode, dus of een patiënt wel of niet in de onderzoeksperiode gesepareerd was geweest dan wel noodmedicatie had ontvangen. Voor zover het over de tijd veranderlijke sociodemografische kenmerken betrof (zoals leeftijd en het

hebben van een vaste relatie of kinderen), werd in deze analyses de situatie ten tijde van de eerste opname in de onderzoeksperiode meegenomen. Analyses van de relatie tussen dwang- en drangmaatregelen en klinische kenmerken werden verricht naar gelang de situatie per opname. Verschillen op sociodemografische en klinische kenmerken tussen wel/geen separatie of noodmedicatie werden wat betreft continue maten (leeftijd, opnameduur, CGI- en GAF-score) getoetst met Students t-test, en wat betreft categorale variabelen met de χ^2 -toets. De samenhang tussen wel/geen separatie of noodmedicatie en veranderingen in CGI- en GAF-scores van opname tot ontslag werden onderzocht met een *repeated measures* variantieanalyse. De categorie onbekend werd geëxcludeerd bij de statistische analyse. Voor de analyses werd gebruikgemaakt van SPSS versie 23.0.

RESULTATEN

Populatie

Het cohort van deze studie bestond uit 856 patiënten die tussen 1 januari 2009 en 1 januari 2010 werden opgenomen. Deze patiënten ondergingen 1283 geregistreerde opnames met een gemiddelde opnameduur van 16 dagen; gemiddeld 1,5 opname per patiënt met een maximum van 25 opnames per patiënt. Van enkele opnames (3% van het totaal aantal opnames in de onderzoeksperiode) was geen informatie beschikbaar; dit betrof kortdurende opnames tijdens het weekend of tijdens feestdagen. Van de geregistreerde patiënten waren 307 (36%) in de 5 jaar voorafgaand aan het onderzoek al eerder op de afdeling opgenomen geweest.

Sociodemografische kenmerken in relatie tot dwang en drang

In **TABEL 1** staat een overzicht van de sociodemografische kenmerken van de individuele patiënten, met per kenmerk de verdeling naar toepassing van dwangmaatregelen (separatie en noodmedicatie).

De gemiddelde leeftijd bij opname was 39,2 jaar. Bijna 60% van de opgenomen patiënten was man, en ruim de helft van de patiënten was van Nederlandse herkomst. Informatie over opleiding ontbrak in bijna de helft van de gevallen; deze variabele werd niet verder meegenomen in de analyses. Ook dagbesteding en bron van inkomsten waren relatief vaak (ruim 15%) niet ingevuld; de beschikbare informatie hierover werd wel in de analyses meegenomen.

Van de 856 individuele patiënten werden er 210 (24,5%) tijdens het onderzoeksjaar ten minste één keer gesepareerd en 142 (16,6%) hadden noodmedicatie toegediend gekregen. Veruit de meeste patiënten die werden gesepareerd,

TABEL 1 Sociodemografische kenmerken in relatie tot dwangmaatregelen

Sociodemografisch kenmerk	Totaal		Dwangmaatregel			Noodmedicatie		
	N	%	N	%	χ^2 -toets	N	%	χ^2 -toets
Totaal	856	100%	210			142		
Geslacht								
Man	511	59,7%	125	59,5%	$\chi^2 = 0,004$; df = 1; ns; p = 1,00	81	57,0%	$\chi^2 = 0,239$; df = 1; ns; p = 0,51
Vrouw	345	40,3%	85	40,5%		61	43,0%	
Relatie								
Ja	272	31,8%	59	28,1%	$\chi^2 = 10,67$; df = 1; ns; p = 0,32	42	29,6%	$\chi^2 = 0,026$; df = 1; ns; p = 0,87
Nee	560	65,4%	125	59,5%		84	59,2%	
Onbekend	24	2,8%	26	12,3%		16	11,3%	
Kinderen								
Ja	307	35,9%	58	27,6%	$\chi^2 = 8,697$; df = 1; p = 0,003	34	23,9%	$\chi^2 = 6,37$; df = 1; p = 0,012
Nee	505	59,0%	142	67,6%		89	62,7%	
Onbekend	44	5,1%	10	4,8%		19	13,4%	
Dagbesteding								
Geen werk/studie	527	61,6%	128	61,0%	$\chi^2 = 0,792$; df = 1; ns; p = 0,37	90	63,4%	$\chi^2 = 1,105$; df = 1; ns; p = 0,29
Werk/ studie	191	22,3%	40	19,0%		24	16,9%	
Onbekend	138	16,1%	42	20,0%		28	19,7%	
Bron van inkomsten								
Uitkering	448	52,3%	108	51,4%	$\chi^2 = 0,464$; df = 1; ns; p = 0,50	72	50,7%	$\chi^2 = 1,277$; df = 1; ns; p = 0,26
Geen uitkering	267	31,2%	59	28,1%		35	24,6%	
Onbekend	141	16,5%	43	20,5%		35	24,6%	
Verblijfsstatus								
Legaal	812	94,9%	200	95,2%	$\chi^2 = 0,009$; df = 1; ns; p = 0,82	122	85,9%	$\chi^2 = 0,235$; df = 1; ns; p = 0,97
Illegaal	39	4,6%	9	4,3%		6	4,2%	
Onbekend	5	0,6%	1	0,5%		14	9,9%	
Herkomst								
Nederland	454	53,0%	106	50,5%	$\chi^2 = 6,562$; df = 6; ns; p = 0,36	68	47,9%	$\chi^2 = 11,52$; df = 6; ns; p = 0,074
Overig westers	96	11,2%	24	11,4%		14	9,9%	
Marokkaans	58	6,8%	16	7,6%		11	7,7%	
Ned.-Antilliaans	24	2,8%	7	3,3%		6	4,2%	
Turks	36	4,2%	8	3,8%		7	4,9%	
Surinaams	88	10,3%	17	8,1%		10	7,0%	
Overig niet-westers	94	11,0%	32	15,2%		25	17,6%	
Onbekend	6	0,7%	0	0,0%		1	0,7%	
Beheersing Ned.								
Goed	734	85,7%	178	84,8%	$\chi^2 = 0,219$; df = 2; ns; p = 0,87	115	81,0%	$\chi^2 = 4,505$; df = 2; ns; p = 0,105
Matig	46	5,4%	12	5,7%		11	7,7%	
Slecht	75	8,8%	20	9,5%		16	11,3%	
Onbekend	1	0,1%	-	0,0%		0	0,0%	
Verzekerd								
Ja	775	90,5%	168	80,0%	$\chi^2 = 0,27$; df = 1; ns; p = 0,51	112	78,9%	$\chi^2 = 0,248$; df = 1; ns; p = 0,62
Nee	79	9,2%	16	7,6%		14	9,9%	
Onbekend	2	0,2%	26	12,4%		16	11,3%	

TABEL 1 Vervolg

Sociodemografisch kenmerk	Totaal		Dwangmaatregel			Noodmedicatie		
	N	%	Separatie		χ^2 -toets	N	%	χ^2 -toets
Vast adres								
Ja	756	88,3%	167	79,5%	$\chi^2 = 0,08$; df = 1; ns; p = 0,78	117	82,4%	$\chi^2 = 0,744$; df = 1; ns; p = 0,39
Nee	94	11,0%	20	9,5%		11	7,7%	
Onbekend	6	0,7%	23	11,0%		14	9,9%	
	Totaal		Wel	Geen	T-toets	Wel	Geen	T-toets
			sepa-	sepa-		nood-	nood-	
			ratie	ratie		medicatie	medicatie	
Leeftijd; in j* (SD)	39,2 (12,8)		36,0 (12,7)	40,1 (12,7)	t = -4,406; df = 854; p < 0,001	36,6 (13,4)	39,7 (12,6)	t = -2,181; df = 850; p = 0,03

ns = niet significant (p > 0,05)

*Leeftijd bij de eerste opname in de onderzoeksperiode; X = gemiddelde; SD = standaarddeviatie

werden eenmalig gesepareerd (zie **FIGUUR 1**). Bij 4 personen was niet geregistreerd of zij wel/geen noodmedicatie hadden ontvangen.

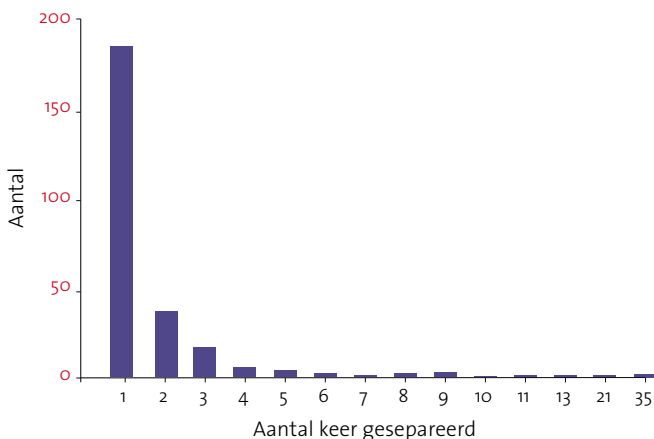
Voor het merendeel van de sociodemografische kenmerken was er geen significant verschil wat betrof het wel of niet gesepareerd worden en het wel of niet toegediend krijgen van noodmedicatie. Opgenomen patiënten zonder kinderen werden significant vaker gesepareerd en kregen significant vaker noodmedicatie toegediend dan patiënten met kinderen. Hierbij moeten we opmerken dat van 5% van de patiënten niet bekend was of zij kinderen hadden, en dat van hen relatief veel patiënten gesepareerd werden

(73%) of noodmedicatie hadden ontvangen (43%). Patiënten die gesepareerd werden en patiënten die noodmedicatie toegediend kregen, waren relatief jonger dan patiënten bij wie dat niet het geval was.

Klinische kenmerken in relatie tot dwang en drang

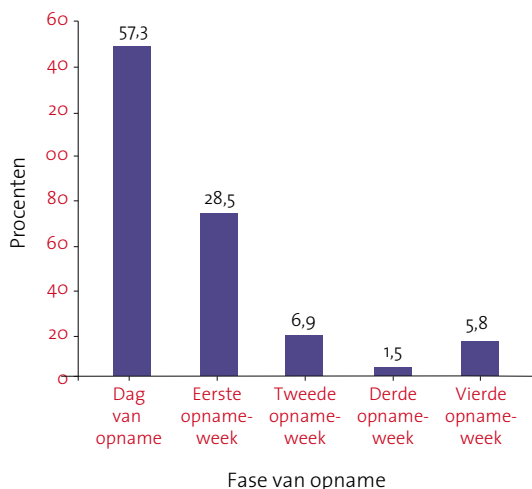
In **TABEL 2** staat een overzicht van de klinische kenmerken bij opname, met per kenmerk de verdeling naar toepassing van dwangmaatregelen (separatie en noodmedicatie). Tussen januari 2009 en januari 2010 vonden bij 260 (20,3%) van de 1283 opnames één of meerdere separaties plaats en werd bij 182 (14,2%) opnames noodmedicatie toegediend.

FIGUUR 1 Aantal separaties in onderzoeksperiode per persoon



TABEL 2 Klinische kenmerken in relatie tot dwangmaatregelen

Klinisch kenmerk	Totaal		Dwangmaatregel			Noodmedicatie		
	N	%	Ja	% Ja	χ^2 -toets**	Ja	% Ja	χ^2 -toets**
Alle opnames	1283	100,0%	260	20,3%		182	14,2%	
Opnamereden*								
Psychotische decompensatie	472	36,8%	127	48,8%	$\chi^2 = 20,385$; df = 1; p < 0,001	94	51,6%	$\chi^2 = 20,404$; df = 1; p < 0,001
Suïcidaliteit	370	28,8%	45	17,3%	$\chi^2 = 21,127$; df = 1; p < 0,001	23	12,6%	$\chi^2 = 27,003$; df = 1; p < 0,001
Agressie	216	16,8%	78	30%	$\chi^2 = 40,681$; df = 1; p < 0,001	68	37,4%	$\chi^2 = 62,697$; df = 1; p < 0,001
Middelenmisbruik	200	15,6%	24	9,2%	$\chi^2 = 10,017$; df = 1; p = 0,001	15	8,2%	$\chi^2 = 8,596$; df = 1; p = 0,003
Manische decompensatie	146	11,4%	68	26,2%	$\chi^2 = 70,579$; df = 1; p < 0,001	35	24,6%	$\chi^2 = 12,673$; df = 1; p = 0,001
Crisisregeling	136	10,6%	2	0,8%	$\chi^2 = 33,256$; df = 1; p < 0,001	2	1,1%	$\chi^2 = 20,396$; df = 1; p < 0,001
Somberheid/depressiviteit	128	10,0%	9	3,5%	$\chi^2 = 15,411$; df = 1; p < 0,001	8	7,1%	$\chi^2 = 7,487$; df = 1; p = 0,005
Medicatieontrouw	67	5,2%	19	7,3%	$\chi^2 = 2,763$; df = 1; ns (p = 0,13)	13	9,2%	$\chi^2 = 1,49$; df = 1; ns (p = 0,21)
Angst	67	5,2%	5	1,9%	$\chi^2 = 7,118$; df = 1; p = 0,007	5	3,5%	$\chi^2 = 2,432$; df = 1; ns (p = 0,119)
Verwardheid	58	4,5%	10	3,8%	$\chi^2 = 0,344$; df = 1; ns (p = 0,56)	10	5,5%	$\chi^2 = 0,344$; df = 1; ns (p = 0,56)
Overig	490	38,2%	82	31,5%		60	33,0%	
Hoofddiagnose								
Psychotische stoornis	444	34,6%	118	45,4%	$\chi^2 = 46,1$; df = 9; p < 0,001	101	55,5%	$\chi^2 = 70,019$; df = 9; p < 0,001
Bipolaire stoornis	169	13,2%	59	22,7%		31	17%	
Depressieve stoornis	162	12,6%	17	6,5%		7	3,8%	
Alcoholmisbruik	136	10,6%	12	4,6%		1	0,8%	
Middelenmisbruik	99	7,7%	20	7,7%		13	7,1%	
Angststoornis	47	3,7%	7	2,7%		6	3,3%	
Aanpassingsstoornis	42	3,3%	5	1,9%		4	2,2%	
ADHD/gedragsstoornis	12	0,9%	3	1,2%		3	1,6%	
Dissociatieve stoornis	36	2,8%	0	0,0%		0	0%	
Overige diagnoses	77	6,0%	11	4,2%		9	4,9%	
Onbekend	59	4,6%	8	3,1%		7	3,8%	
Juridische status bij opname								
Vrijwillig	793	61,8%	75	28,8%	$\chi^2 = 162,736$; df = 3; p < 0,001	41	22,5%	$\chi^2 = 144,033$; df = 3; p < 0,001
Inbewaringstelling (IBS)	323	25,2%	137	52,7%		103	56,6%	
Voorlopige machtiging (RM)	146	11,4%	42	16,2%		33	16,5%	
Voorwaardelijke machtiging	18	1,4%	5	1,9%		4	2,2%	
Onbekend	3	0,2%	1	0,4%		1	0,8%	

FIGUUR 2 Aantal separaties naar opnamefase

Van de separaties vond 57,3% plaats op de dag van opname en 42,7% daarna (zie **FIGUUR 2**).

OPNAMEREDEN

Per opname konden meerdere redenen voor opname geregistreerd zijn, waarbij er geen onderscheid gemaakt kon worden wat de belangrijkste opnamereden was. In **TABEL 2** staan de opnamereden vermeld in volgorde van afnemende hoeveelheid meldingen. De vermelde percentages in de kolom totaal gelden voor de betreffende redenen opzichte van het totaal aantal opnames, de vermelde percentages 'Ja' bij separatie en noodmedicatie gelden voor de betreffende reden ten opzichte van het totaal aantal opnames om die reden. De redenen voor opname die bij meer dan 15% van de opnames genoemd werden, waren: psychotische decompensatie, suicidaliteit, agressie en middelenmisbruik. Bij 136 opnames (10,6% van het totaal) hield deze verband met een crisisregeling (bed op recept; BOR).

Onder 'Overig' vallen opnameredenen die elk afzonderlijk bij minder dan 5% van de opnames werden genoemd. Deze betroffen: automutilatie, cognitieve problematiek, delier, diagnostiek, dissociatie, dwangklachten, eetstoornis, gebrekkig ziekte-inzicht/zorgonttrekking, geen plek elders, instellen medicatie, katatonie, mutistisch beeld, niet houden aan de voorwaarden van een rechterlijke machtiging (RM), oninvoelbaarheid, onrust, ontremdheid, ontwrichting, oververmoeidheid, slechte lichamelijke toestand, uitputting van het steunsysteem, wanhoop, verwardheid en zelfverwaarlozing.

Er werd significant vaker gesepareerd bij opnames wegens psychotische decompensatie, agressie en manische decompensatie. Er werd significant minder vaak gesepareerd bij opnames wegens suicidaliteit, middelenmisbruik,

somberheid/depressiviteit, angst en een crisisregeling. Voor opname wegens medicatieontrouw of verwardheid werd geen significant verschil in wel of geen separatie gevonden.

Er werd significant vaker noodmedicatie toegepast bij opnames wegens psychotische decompensatie, agressie en manische decompensatie. Er werd significant minder vaak noodmedicatie toegepast bij opnames wegens suicidaliteit, middelenmisbruik, somberheid/depressiviteit en een crisisregeling. Voor opnames wegens medicatieontrouw, angst en verwardheid werd geen significant verschil in wel of geen noodmedicatie gevonden.

HOOFDDIAGNOSE

De hoofddiagnoses staan vermeld in volgorde van afnemende frequentie (zie **TABEL 2**). De drie meest voorkomende hoofddiagnoses bij opname waren psychotische stoornissen, bipolaire stoornis en depressieve stoornis. Voor zowel het toepassen van separatie als noodmedicatie was er een significant verschil tussen de hoofddiagnoses: separatie kwam naar verhouding het vaakst voor bij opnames waarbij het ging om een bipolaire stoornis, gevolgd door die waarbij het ging om een psychotische stoornis en ADHD/gedragsstoornis. Noodmedicatie werd relatief het vaakst toegepast bij opnames wegens ADHD/gedragsstoornis, gevolgd door psychotische stoornis en bipolaire stoornis. Daarbij dient opgemerkt te worden dat ADHD/gedragsstoornis een relatief weinig voorkomende hoofddiagnose was.

JURIDISCHE STATUS BIJ OPNAME

Meer dan 60% van de opnames betrof een 'vrijwillige' opname, de rest betrof opnames met een Bopz-maatregel (inbewaringstelling (IBS) of RM). Bij opname onder een maatregel werd significant vaker dwang en drang toege-

past dan bij vrijwillige opname: bij ruim 40% van de IBS-opnames werd gesepareerd, tegenover minder dan 10% van de vrijwillige opnames. Ook noodmedicatie werd het vaakst toegepast bij opnames onder een IBS (ruim 30%) en het minst vaak (5%) bij vrijwillige opname.

ERNST VAN DE STOORNIS EN DISFUNCTIONEREN

Bij opnames waarbij gesepareerd werd, waren er bij aanvang van de opname, maar niet bij ontslag, significant hogere CGI-scores (ernstiger psychiatrische problematiek) dan bij opnames waarbij niet gesepareerd werd (zie **TABEL 3**). Bij opnames waarbij noodmedicatie werd toegepast, was er zowel bij aanvang van de opname als bij ontslag sprake van significant lagere GAF-scores (slechter functioneren), dan bij opnames waarbij geen noodmedicatie werd toegepast. De opnameduur was langer bij opnames waarbij gesepareerd werd en bij opnames waarbij noodmedicatie werd toegepast, dan bij opnames waarbij dat niet het geval was.

Op de CGI en op de GAF trad tijdens de opname een significante verbetering in de scores op (zie **FIGUUR 3A-D**). Daarbij verdween het aanvankelijk significante verschil in deze

scores tussen patiënten die tijdens de opname wel of niet gesepareerd werden of wel of geen noodmedicatie toegediend kregen.

DISCUSSIE

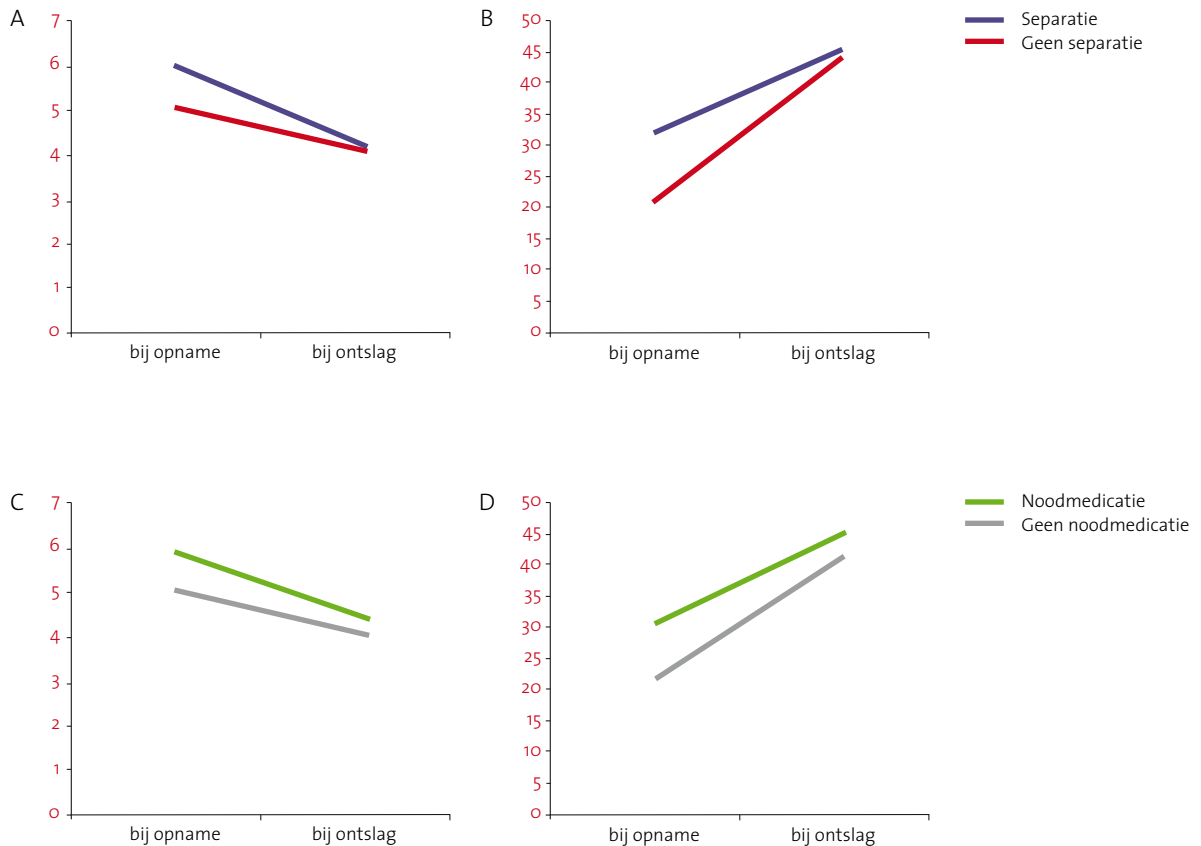
Bevindingen

Voor deze studie deden wij onderzoek op een acute opnameafdeling binnen een niet-academische psychiatrische instelling die een grote regio bedient. Opgenomen patiënten waren vaker man, alleenstaand, zonder kinderen en zonder dagbesteding; over het algemeen ontvingen zij inkomsten uit een uitkering; verbleven over het algemeen legaal in Nederland en spraken de Nederlandse taal goed en beschikten meestal over een vaste woon- of verblijfplaats. Zij werden doorgaans vrijwillig opgenomen door de crisisdienst wegens psychotische decompensatie/suïcidaliteit/agressie. We hebben niet kunnen onderscheiden welke patiënten onder de druk van een eventuele Bopz-maatregel kozen voor een 'vrijwillige' opname, wat het aantal van 60% vrijwillige opnames relativeert. De gemiddelde leeftijd was 39,2 jaar.

TABEL 3 Klinische kenmerken in relatie tot dwangmaatregelen

Klinisch kenmerk	Totaal		Dwangmaatregel Separatie				T-toets*	Noodmedicatie				T-toets*
	N	X (SD)	Ja	X (SD)	Nee	X (SD)		Ja	X (SD)	Nee	X (SD)	
Opnameduur in dagen	1283	16,2 (34,9)	260	34,7 (60,6)	1023	11,6 (22,2)	t = 60,054; df = 276,856; p < 0,001	182	31,3 (42,2)	1093	13,9 (33,1)	t = 5,299; df = 219,606; p < 0,001
CGI												
bij opname	1111	5,3 (0,9)	240	6,0 (0,7)	878	5,1 (0,9)	t = 16,621; df = 452,260; p < 0,001	165	5,9 (0,8)	946	5,1 (0,9)	t = 11,390; df = 239,257; p < 0,001
bij ontslag	865	4,1 (0,9)	178	4,2 (1,0)	692	4,1 (0,9)	t = 6,473; df = 253,086 ns (p = 0,067)	133	4,4 (1,0)	732	4,1 (0,9)	t = 3,220; df = 173,746; p = 0,002
GAF												
bij opname	1111	29,5 (11,3)	240	21,0 (8,8)	878	31,8 (10,8)	t = -15,213; df = 453,261; p < 0,001	165	22,3 (9,6)	946	30,7 (11,2)	t = -10,105; df = 248,324; p < 0,001
bij ontslag	917	45,1 (11,5)	189	44,1 (13,2)	733	45,3 (11,1)	t = 1,316; df = 260,147 ns (p = 0,237)	142	41,8 (12,0)	775	45,7 (11,3)	t = -3,647; df = 189,922; p < 0,001

ns = niet significant (p > 0,05); X = gemiddelde; SD = standaarddeviatie

FIGUUR 3 CGI en separatie (A), GAF en separatie (B), CGI en noodmedicatie (C), GAF en noodmedicatie (D)

Gedurende de studieperiode vond bij meer dan 20% van de opnames separatie plaats. Ruim een derde van de separaties vond plaats bij patiënten die waren opgenomen vanwege psychotische decompensatie. Meer dan 12% van de suïcidale patiënten werd ergens gedurende de opname gesepareerd. Vanuit de praktijk is bekend dat deze groep patiënten voornamelijk werd gesepareerd voor de nacht in verband met de onmogelijkheid tot permanente observatie in een eenpersoonskamer (De Winter e.a. 2011). Bij ruim 14% van de opnames werd noodmedicatie toegediend, op wel en niet-vrijwillige basis.

Verder toont ons onderzoek aan dat separatie werd toegepast bij bijna de helft van de patiënten die waren opgenomen wegens een manische periode. Dit werd eerder ook beschreven (Oldham e.a. 1983; Thompson 1986; Stolker e.a. 2003; Goldbloom e.a. 2010; Dumais e.a. 2011; Simpson e.a. 2013). Deze bevinding geeft aan dat juist bij patiënten met een manische periode zo snel mogelijk op adequate wijze geïntervenieerd moet worden om separatie te kunnen voorkomen.

Tijdens opname verbeterden de CGI- en GAF-scores significant, maar een GAF-score van gemiddeld 45 punten bij ontslag betekent nog steeds een slecht functioneren.

Beperkingen

Onze studie heeft een aantal beperkingen. De gegevens zijn al weer enkele jaren terug verzameld en het zou interessant zijn om in de aankomende periode te onderzoeken of er verandering in deze cijfers is opgetreden. Verder zijn de opname- en ontslagdiagnose niet vastgesteld met gestructureerde vragenlijsten.

Daarnaast is er ondanks de inzet om gegevens te achterhalen bij enkele variabelen sprake van incomplete data. Zo waren gegevens over de etnische achtergrond van patiënten, de precieze separatieduur en het niveau van onderwijs dat patiënten hebben gevolgd vaak onvolledig. Doordat dergelijke gegevens niet precies werden bijgehouden, was het voor het onderzoeksteam niet mogelijk om alle patiënten die in de onderzoeksperiode werden opgenomen in de studie te betrekken.

Vergelijkbaarheid met andere gegevens

Er is niet veel gedetailleerde informatie voorhanden rondom karakteristieken van patiënten die worden opgenomen op acute opnameafdelingen in Nederland en het toepassen van dwang- en drangmaatregelen tijdens opname. Er zijn diverse factoren die systematisch weten-

schappelijk onderzoek op een acute opnameafdeling bemoeilijken, niet in de laatste plaats door de ‘noodsituatie’ die daar continu heerst (Ballerini e.a. 2007). De patiënten die er worden opgenomen, zijn in de regel zeer ernstig psychiatrisch ziek. Door de grote heterogeniteit van de patiëntenpopulatie, de doorgaans forse problematiek en veel polymorbiditeit leent deze zich niet gemakkelijk voor wetenschappelijk onderzoek.

Onderlinge vergelijking van studieresultaten wordt bemoeilijkt door nationale en internationale verschillen in opnamecultuur, o.a. politiek, classificatie van problematiek, wetgeving en financiering (Kallert e.a. 2005; Wierdsma & Mulder 2009; Fiorillo e.a. 2011). In deze studie hopen we referentiemateriaal te hebben verstrekt, in beginsel voor deze setting, waarmee men toekomstige onderzoeksresultaten kan vergelijken. Voor toekomstig onderzoek is het completer registeren van de benodigde gegevens een basisvoorwaarde om gewichtiger resultaten te verkrijgen.

BESLUIT

Er is in Nederland de laatste jaren een trend voor de afbouw van klinische bedden en een versterking van ambulante zorg (Van Hoof e.a. 2012). Ook zijn er landelijk veel ontwikkelingen gaande om dwang en drang op gesloten afde-

lingen te verminderen. Zo worden separeerruimtes vervangen door extra beveiligde kamers en doet het HIC-model (high- en intensievecare) zijn intrede. Het is onduidelijk of en hoe de afbouw van algemene bedden een verandering geeft in de druk op gesloten acute opnameafdelingen. Het is ook onduidelijk welke invloed verandering in het ambulante veld en verandering van zorgvergoeding heeft op opnames op een acute gesloten opnameafdeling.

Om zorg op maat te kunnen geven waarin zo min mogelijk dwang- en drangmaatregelen worden toegepast, is het van groot belang om voortdurend de kenmerken van de patiëntenpopulatie te inventariseren en te monitoren of er sprake is van verandering in de samenhang met klinische en sociodemografische kenmerken en opnameduur en -frequentie.

In de toekomst hopen we meer inzicht te genereren in de kenmerken van patiënten die worden behandeld op een gesloten acute opnameafdeling en in de maatregelen die we kunnen nemen om de zorg verder te verbeteren en het toepassen van dwang- en drangmiddelen te minimaliseren.



Stephanie Bohnen verzorgde onderzoekswerk tijdens de uitvoer van deze studie.

LITERATUUR

- Ballerini A, Boccalon RM, Boncompagni G, Casacchia M, Margari F, Minervini L, e.a. Main clinical features in patients at their first psychiatric admission to Italian acute hospital psychiatric wards. *The PERSEO study. BMC Psychiatry* 2007; 7: 1-10.
- Blais MA, Matthews J, Lipkis-Orlando R, Lechner E, Jacobo M, Lincoln R, e.a. Predicting length of stay on an acute care medical psychiatric inpatient service. *Adm Policy Ment Health* 2003; 31: 15-29.
- Bohnen EMA, de Winter RFP, Hoencamp E. Diagnostiek met mini-plus in de acute psychiatrie. *Tijdschr Psychiatr* 2011; 53: 239-44.
- Dols A, van Tilburg W. Terugdringen van separatie, waar staan we en hoe nu verder? *Tijdschr Psychiatr* 2010; 52: 775-83.
- Dumais A, Larue C, Drapeau A, Ménard G, Giguere Allard M. Prevalence and correlates of seclusion with or without restraint in a Canadian psychiatric hospital: a 2-year retrospective audit. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2011; 18: 394-402.
- Fiorillo A, De Rosa C, Del Vecchio V, Jurjanz L, Schnell K, Onchev G, e.a. How to improve clinical practice on involuntary hospital admissions of psychiatric patients: Suggestions from the EUNOMIA study. *European Psychiatry* 2011; 26: 201-7.
- Girolamo G de, Barbato A, Bracco R, Gaddini A, Miglio R, Morosini P, e.a. Characteristics and activities of acute psychiatric in-patient facilities: national survey in Italy. *Br J Psychiatry* 2007; 191: 170-7.

- Goldbloom DV, Mojtabai R, Serby MJ. Weekend prescribing practices and subsequent seclusion and restraint in a psychiatric inpatient setting. *Psychiatr Serv* 2010; 61: 193-5.
- Georgieva I, Mulder CL, Whittington R. Evaluation of behavioral changes and subjective distress after exposure to coercive inpatient interventions. *BMC Psychiatry* 2012; 12: 54-64.
- Hoof van F, van Vugt M, Knispel A, Kroon H. Bedden tellen - Afbouw van de intramurale ggz - schaf het bed af als rekeneenheid en stel zorgbehoeften en functies centraal. *MGV* 2012; 67: 298.
- Hudson CG. Trends in acute psychiatric inpatient care in Massachusetts. *Psychiatric Services* 2004; 55: 1302-4.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg. Terugdringen van separatie stagneert, normen vereist rondom insluiting psychiatrische patiënten. Uitkomsten inspectieonderzoek naar de preventie van separeren 2008-2011. Utrecht: ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; 2011.
- Lelliott P. Acute inpatient psychiatry in England: an old problem and a new priority. *Epidemiol Psychiatr Soc* 2006; 15: 91-4.
- Kallert TW, Glöckner M, Onchev G, Raboch J, Karastergiou A, Solomon Z, e.a. The EUNOMIA project on coercion in psychiatry: study design and preliminary data. *World Psychiatry* 2005; 4: 168-72.
- Lidz CW, Mulvey EP, Hoge SK, Kirsch BL, Monahan J, Eisenberg M, e.a. Factual sources of psychiatric patients' perceptions of coercion in the hospital admission process. *Am J Psychiatry* 1998; 155: 1254-60.
- Mulder CL, Koopmans GT, Lyons JS. Special section on the GAF: determinants of indicated versus actual level of care in psychiatric emergency services. *Psychiatric Services* 2005; 56: 452-7.
- Nijssen YAM, Schene AH. Gesloten psychiatrische afdelingen voor acute opnamen: een onderzoek. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 1996; 5: 497-510.
- Nijssen YAM, de Haan RJ, Schene AH, Koeter MWJ, Gersons BPR. Kwaliteitsbeoordeling op gesloten psychiatrische opnameafdelingen: een illustratie van het KWAZOP-instrument. *Tijdschr Psychiatr* 2001; 43: 545-58.
- Oldham JM, Russakoff LM, Prusnofsky L. Seclusion. *J Nerv Ment Dis* 1983; 171: 645-50.
- Peeters M, Langelaan, M, Kok I, Wagner. Patiëntveiligheid in de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg; een eerste verkenning naar zorggerelateerde onbedoelde schade. Utrecht: Trimbos-instituut; 2009.
- Quirk A, Lelliott P. What do we know about life on acute psychiatric wards in the UK? A Review of the research evidence. *Soc Sci Med* 2001; 53: 1565-74.
- Simpson SA, Joesch JM, West II, Jagoda Pasic MPH. Risk for physical restraint or seclusion in the psychiatric emergency service (PES). *Gen Hosp Psychiatry* 2014; 36: 113-8.
- Steinert T, Bergbauer G, Schmid P, Gebhardt RP. Seclusion and restraint in patients with schizophrenia: clinical and biographical correlates. *J Nerv Ment Dis* 2007; 195: 492-6.
- Stolker JJ, Hugenholtz GWK, Heerdink ER, Nijman HLI, Leufkens HGM, Nolen WA. Separatie van opgenomen psychotische patiënten: later bij gebruik van antipsychotica en mogelijk ook minder vaak. *Ned Tijdschr Geneeskd* 2003; 147: 557-61.
- Thompson P. The use of seclusion in psychiatric hospitals in the Newcastle area. *Br J Psychiatry* 1986; 149: 471-4.
- Wheeler A, Robinson E, Robinson G. Admissions to acute psychiatric inpatient services in Auckland, New Zealand: a demographic and diagnostic review. *NZ Med J* 2005; 118: 1752-9.
- Wierdsma AI, Mulder CL. Does mental health service integration affect compulsory admissions? *Int J Integr Care* 2009; 9: 1-8.
- Winter RPF de, Krijger J, Hazewinkel MC, Miedema N, van Amerongen A. Fasering bij suïcidaliteit op een gesloten acute opnameafdeling. *Psychopraktijk* 2011; 3: 19-23.

SUMMARY

A study of the connection between coercive measures used in a closed acute psychiatric ward and the socio-demographic and clinical characteristics of the patients involved

N. MIEDEMA, M.C. HAZEWINKEL, D. VAN HOEKEN, A.S VAN AMERONGEN, R.F.P. DE WINTER

BACKGROUND Admission at a closed acute psychiatric ward is a severe and possibly life changing experience for a patient. Sometimes admission is accompanied by coercive measures. Despite the impact that these measures may have on the patient, very little research has been published concerning this patient population.

AIM To obtain insight into the connection between the socio-demographic characteristics of patients admitted to a closed acute psychiatric ward and the coercive measures to which they were subjected.

METHOD For a year a database was compiled to give us information about the socio-demographic and clinical characteristics of patients admitted to a closed acute psychiatric ward in The Hague in the Netherlands. This record enables us to analyse the relation between these characteristics and coercive measures.

RESULTS The majority of patients admitted were male, single, childless and were unemployed or not in education but were receiving some form of welfare payment. 33% of admissions were in fact re-admissions. 20% of the admissions/re-admissions were secluded during the admission procedure – for the following reasons: symptoms of a psychotic disorder, a manic episode and/or aggression. Secluded patients were younger and had more serious psychiatric problems; they functioned less well and had been in hospital longer than patients who had not been secluded upon admission. During the admission procedure 14% of patients received emergency medication.

CONCLUSION These results have given us more insight into the connection between the use of coercive measures in psychiatry and the socio-demographic characteristics and clinical characteristics of the patients involved. This information could serve as reference material for future research.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 58(2016)6, 434-445

KEY WORDS acute psychiatry, closed ward, severe mental illness, coercive methods, seclusion, emergency medication