

Reactie op 'Stijging van het aantal gedwongen opnames in België en Nederland: een epidemiologische analyse'

De epidemiologische analyse van Schoevaerts e.a. (2013) laat een stijging zien van het aantal gedwongen opnames in België en Nederland. Die toename staat buiten kijf. De presentatie van de uitkomsten en de interpretatie van de bevindingen roepen echter enkele vragen op.

Ten eerste spreken auteurs over een toename van respectievelijk 47 en 25%, maar daarbij gaat het over verschillende perioden. In het vergelijkbare tijdvak van 2002 tot en met 2008 is de toename in beide landen ongeveer 23-24%. De auteurs noemen diverse valkuilen in de interlandelijke vergelijking, maar deze kuil is gemist.

Voor de ongelovige Thomas die het groeipercentage nog niet overtuigend genoeg vindt, is een  $\chi^2$ -toets voor lineariteit uitgevoerd en een regressielijn berekend met daarbij  $R^2$  (verklaarde variantie). Deze statistieken gaan echter uit van normaal verdeelde en niet-gecorrleerde afwijkingen, terwijl absolute aantallen en percentages niet normaal verdeeld zijn en er een zekere autocorrelatie optreedt omdat patiënten niet zelden meerdere keren gedwongen worden opgenomen. Afgezien daarvan is er geen sprake van een echte test van de nulhypothese die stelt dat de stijging of daling exact 0 is. De formule voor de  $\chi^2$  van lineaire trend,  $(N-1)r$ , laat dat zien. Bij 40 tot 50 inbewaringstellingen per 100.000 inwoners per jaar in Nederland over een periode van 13 jaar wordt een significante uitkomst al verkregen bij een samenhang van  $r = 0,007$  van 'ruwe verschillen in incidentie'. Met andere woorden: bij deze aantallen wordt iedere stijging of daling statistisch significant.

Ten tweede noemen auteurs enkele factoren die meespelen in de stijging van het aantal gedwongen opnames, maar is er weinig aandacht voor factoren die kunnen bijdragen aan vermindering van de toepassing van dwang. De auteurs leggen een link met de maatschappelijke en professi-

onele cultuur van risicovermijding, waarbij vrijheid wordt ingeruild voor veiligheid. Maar in dit perspectief worden dwangopnames negatief beoordeeld.

Daar staat tegenover dat het behandelperspectief meer centraal is komen te staan, zoals regionaal blijkt uit veranderingen in de kenmerken van gedwongen opgenomen patiënten (meer patiënten met ernstige ziekte en een beperkt sociaal netwerk), de verschuiving in het gevaarscriterium van 'gevaar voor anderen' naar 'zelfverwaarlozing', de toegenomen opnameduur en intensieve nazorg. Schoevaerts e.a. verwijzen naar het beperkte effect van beter geïntegreerde zorg, maar missen de mogelijke bijdrage aan minder dwangopnames die voortkomt uit praktische eerstelijns-samenwerking in vroegsignalering en continuïteit van zorg (Wierdsma 2008).

De slotconclusie van Schoevaerts e.a. is dat standaardisatie van de registratie van gedwongen opnames nodig is om de vergelijkbaarheid van gegevens te verbeteren. Daar kan niemand tegen zijn, maar toch zou de prioriteit ergens anders moeten liggen. Van Tilburg (2012) benadrukte al eerder dat dwangmaatregelen bezien moeten worden in de context van het totale beleid gericht op het bestrijden van het gevaar. Dat betekent dat we toe moeten werken naar regionale systemen waarin informatie over het zorggebruik van de geestelijke gezondheidszorg en aanpalende terreinen wordt gecombineerd. In een netwerk van dergelijke informatievoorzieningen kunnen nieuwe initiatieven breed worden getest. De focus moet dus niet liggen op betere registratie, maar op de ontwikkeling en de evaluatie van interventies die dwangopnames kunnen voorkomen.

## LITERATUUR

- Schoevaerts K, Bruffaerts R, Mulder CL, Vandenberghe J. Stijging van het aantal gedwongen opnames in België en Nederland: een epidemiologische analyse. *Tijdschr Psychiatr* 2013; 55: 45-55.
- Tilburg W van. Onderzoek naar separatie: een goed begin, maar nog wel half werk. *Tijdschr Psychiatr* 2012; 54: 222-4.
- Wierdsma AI. Follow-up after involuntary mental healthcare: Who

cares? Emergency compulsory admission and continuity of care in Rotterdam, the Netherlands. Rotterdam: Erasmus Universiteit; 2008.

## AUTEUR

ANDRÉ I. WIERDSMA, socioloog/methodoloog, O3 Mental Health Care Research Center, Erasmus MC, Rotterdam.

Correspondentieadres: dr. André I. Wierdsma, O3 Mental Health Care Research Center, Erasmus MC, Postbus 2040, 3000 CA Rotterdam.

E-mail: a.wierdsma@erasmusmc.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

TITLE IN ENGLISH Reaction on 'An increase of compulsory admissions in Belgium and the Netherlands: an epidemiological exploration'

## ANTWOORD aan Wierdsma

Wij danken collega Wierdsma voor zijn reactie en gaan graag in op zijn opmerkingen.

Ten eerste het verschil tussen de stijgingspercentages van het aantal gedwongen opnames in Nederland en België. In strikte zin kunnen deze stijgingspercentages niet worden vergeleken aangezien het over verschillende periodes gaat. In ons artikel worden deze stijgingspercentages dan ook níét vergeleken: nergens stellen we dat de stijging van gedwongen opnames groter is in België dan in Nederland. De periodes werden zo gekozen wegens de beschikbaarheid van data die binnen een land van jaar tot jaar vergelijkbaar zijn. Het stijgingspercentage van het aantal gedwongen opnames in België bedroeg tussen 1999 en 2008 42% (en niet 47% zoals Wierdsma stelt), dat voor Nederland bedroeg tussen 2002 en 2009 25%. Een blik op de incidentiecijfers voor 2002 en 2008 toont een vergelijkbare stijging: voor België met 21%, voor Nederland met 20%.

In het artikel legden we de nadruk op de vergelijking tussen de incidentiecijfers van beide landen. Hieruit bleek dat de incidentie in Nederland

duidelijk hoger was dan die in België. Nederland telde in 2008 77 gedwongen opnames per 100.000 inwoners per jaar; tegenover België 47. Het spreekt voor zich dat een vergelijking van stijgingspercentages van het aantal gedwongen opnames pas effectief opgaat wanneer ook de stijging in eenzelfde periode vergeleken wordt (Schoevaerts e.a. 2012).

Ten tweede de gebruikte statistiek. We hebben inderdaad gebruikgemaakt van een relatief 'eenvoudige' statistische methode, zoals de  $\chi^2$  gekoppeld aan de veronderstelling van normale verdeling van de gegevens. Het gebruik van complexe statistische modellen achtten we echter niet noodzakelijk gezien onze onderzoeksvragen. De opzet van onze studie betrof immers het exploreren van de incidentie van gedwongen opname in de lage landen. Dit maakt deel uit van de descriptieve epidemiologie. In tegenstelling tot de analytische epidemiologie worden in de descriptieve variant hypothesen gegenereerd in plaats van getoetst. Het toetsen van een hypothese is niet aan de orde in descriptief epidemiologisch onderzoek (Rothman e.a. 2008). Daarom kunnen de significantietests eerder worden geïnterpreteerd als illustratief en uitnodigend voor alle lezers en niet louter als gericht op conclusies en overtuigen van de ongelovige Thomassen.

Afgezien hiervan blijft een mogelijk heikele kwestie overeind: in onze benadering hebben we inderdaad een aantal impliciete assumpties gemaakt. Wierdsma's argument dat we aangenomen hebben dat de data normaalverdeeld zijn, is belangrijk. Zijn argument gaat echter vooral op wanneer het aantal cases relatief laag is. Voor studies met grote aantallen (die niet normaal verdeeld zijn) wordt een aantal parameters, zoals de betrouwbaarheidsintervallen, echter uitgelijnd, zodat ze ook adequaat worden geschat aan de hand van een normaalverdeling (Flanders & Kleinbaum 1995).

Een vergelijkbaar argument is te vinden voor het gebruik van lineaire regressietechnieken bij niet-normaal verdeelde data. In het gebruik van populatiedata met een groot aantal cases en non-

cases baseert men de statistische methoden echter op het *central limit theorem*. Dit gaat ervan uit in dat de variabelen niet moeten voldoen aan de voorwaarde normaal verdeeld te zijn om lineaire technieken te gebruiken (Lumley e.a. 2002).

Bovenstaande argumenten impliceren niet dat we geen multivariate en/of non-lineaire statistische methoden hoeven te gebruiken voor het beantwoorden van onze vraagstellingen. Deze argumenten duiden er wel op dat het moeilijk is a priori te stellen dat het gebruik van deze of gene techniek uit de normaalverdeling *de facto* onjuist is.

Ten derde de factoren die kunnen bijdragen aan vermindering van de toepassing van dwang. Dit onderwerp viel weliswaar buiten het bestek van onze bijdrage, maar een van ons ging hier in eerder in het *Tijdschrift voor Psychiatrie* zijdelings op in (Verbrugghe e.a. 2008). Wierdsma brengt boeiende elementen aan in dit verband. De toegankelijkheid en laagdrempeligheid van psychiatrische zorg, de vroegsignalering en continuïteit van zorg, met aandacht voor zelfbeschikking en autonomie, dienen uiteraard geëxploreerd als mogelijke wegen in het terugdringen van het aantal gedwongen opnames.

Een mogelijke valkuil hierbij kan echter zijn dat via meer aanklappende (outreaching) zorg bepaalde zorgmijdende psychiatrische patiënten sneller gedwongen worden opgenomen vanuit een cultuur van risicovermijding. Longitudinaal onderzoek is dan ook primordiaal om de langetermijneffecten van veranderende psychiatrische zorg op het patroon van gedwongen opname in kaart te brengen. (Schoevaerts e.a. ter perse) Wierdsma vermeldt ook een verschuiving in het gevaarscriterium van 'gevaar voor anderen' naar 'zelfverwaarlozing'. Dit geldt echter enkel voor Nederland, zoals we beschreven in de discussie van onze bijdrage.

Ten slotte pleit Wierdsma in zijn laatste opmerking voor de ontwikkeling en evaluatie van interventies die dwangopnames kunnen voorkomen. Hij suggereert dat onze slotconclusie te beperkt is, namelijk dat de standaardisatie van de registratie van gedwongen opnames nodig is om

de vergelijkbaarheid van gegevens te verbeteren. Hij gaat hiermee voorbij aan het deel van onze conclusie waarin we juist de noodzaak tot maatregelen ter preventie van gedwongen opname aanstipten. Betrouwbare data zijn echter noodzakelijk in de totstandkoming en monitoring van een vernieuwend preventiebeleid in een Europese context.

#### LITERATUUR

- Flanders WD, Kleinbaum DG. Basic models for disease occurrence in epidemiology. *Int J Epidemiology* 1995; 24: 1-7.
- Lumley Th, Diehr P, Emerson S, Chen L. The importance of the normality assumption in large public health data sets. *Ann Rev Public Health* 2002; 23: 151-69.
- Rothman KJ, Greenland S, Lash TL. Types of epidemiological studies. In: Rothman KJ, Greenland S, Lash TL, *Modern Epidemiology*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008. pp. 87-99.
- Schoevaerts K, Bruffaerts R, Vandenbergh J. Wetenschappelijke validatie van gegevens en cijfers met betrekking tot gedwongen opname in Vlaanderen (2007-2010). *Zorginspectie*; 2012.
- Schoevaerts K, Bruffaerts R, Vandenbergh J. *Gedwongen opname in Vlaanderen 2007-2010*. Gent: Academia Press Gent; ter perse.
- Verbrugghe A, Nys H, Vandenbergh J. Wanneer is een psychose gevaarlijk? Ethische, professionele en juridische afwegingen inzake psychose en gedwongen opname in België. *Tijdschr Psychiatr* 2008; 50: 149-58.

#### AUTEURS

KATRIEN SCHOEVAERTS, arts in opleiding tot psychiater en wetenschappelijk medewerker, UPC KU Leuven, campus Gasthuisberg, Leuven.

RONNY BRUFFAERTS, licentiaat Psychologie, dr. Medische Wetenschappen en hoofddocent Psychiatrie, UPC KU Leuven, campus Gasthuisberg, Leuven.

JORIS VANDENBERGHE, psychiater en docent, UPC KU Leuven, campus Gasthuisberg, Leuven, en CGG Vlaams-Brabant Oost, Leuven.

Correspondentieadres: prof.dr. Joris Vandenbergh, UPC KU Leuven, campus Gasthuisberg, Herestraat 49, B-3000 Leuven, België.

E-mail: Joris.vandenbergh@med.kuleuven.be