

Inbewaringstelling als uitkomst; de Amsterdam Study of Acute Psychiatry¹

L.F.M. VAN DER POST, C.L. MULDER, C.M.H. BERNARDT,
R.A. SCHOEVERS, A.T.F. BEEKMAN, J.J.M. DEKKER

ACHTERGROND Het aantal inbewaringstellingen (IBS'en) is de afgelopen jaren scherp gestegen. Om meer duidelijkheid te krijgen over de factoren die een rol spelen bij een opname met IBS, verrichtten wij de Amsterdam Study of Acute Psychiatrie.

DOEL In kaart brengen van de invloed van socio-demografische kenmerken, verwijzingstraject en psychiatrische voorgeschiedenis op de kans op het opgelegd krijgen van een IBS bij een spoedconsult.

METHODE Een prospectief cohortonderzoek van 1970 patiënten die achtereenvolgens werden aangemeld bij de Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam (SPA) in de periode september 2004-september 2006.

RESULTATEN Een gedwongen opname in de voorgaande 5 jaar ging gepaard met een verhoogde kans op een IBS (oddsratio (OR) 3,9). Hetzelfde gold voor verwijzing door de politie (OR 2,2) of door een ggz-instelling (OR 2,6), beide in vergelijking met verwijzing door de eerstelijnsarts en gecontroleerd voor demografische variabelen, diagnose, behandelmotivatie en gevaar.

CONCLUSIES Een eerdere dwangopname en verwijzingen door politie of door instellingen voor ggz bleken voorspellers van een IBS, onafhankelijk van de Bopz-criteria gevaar voor zichzelf of anderen en ontbrekende behandelmotivatie.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 54(2012)04, 317-327]

TREFWOORDEN acute psychiatrie, crisisinterventie, inbewaringstelling, onvrijwillige psychiatrische behandeling, psychose, schizofrenie

In Nederland is, evenals in een aantal andere Europese landen, het aantal gedwongen opnamen de laatste vijftien jaar toegenomen. De andere Europese landen waar dit zich voordeed, zijn Duitsland, Frankrijk, Engeland, België, Oostenrijk, Zweden en Finland (De Stefano & Ducci 2008; Mulder e.a. 2006; Muller e.a. 2006; Nijs & Vandenbergh 2008). De toename in Nederland betreft zowel de inbewaringstelling (IBS) als de opnamen met rechterlijke machtiging. De IBS-cijfers stegen van 22,2 per 100.000 inwoners in 1979 naar 53,2 per 100.000 inwoners in 2004 (Mulder e.a. 2006; Wierdsma e.a.

2006). In de Amsterdamse regio nam het aantal IBS'en in de periode 1979-2004 toe met 319% naar 86 per 100.000 (Inspectie Geestelijke Gezondheidszorg 2006). In Rotterdam zagen we in dezelfde periode een vergelijkbare toename (Wierdsma 2008). Deze toename van de opname met dwang staat in contrast met het feit dat betrouwbare wetenschappelijke gegevens over de langetermijneffecten en bijwerkingen van een gedwongen opname, vooral ook gezien vanuit het perspectief van de patiënt, schaars zijn (Kallert e.a. 2008; Katsakou & Priebe 2006; 2007; Mulder e.a. 2006).

In dit eerste deel van de *Amsterdam Study of Acute Psychiatry (ASAP)* onderzochten we het profiel van de patiënten die bij de spoedeisende psychiatrie een IBS krijgen en vergeleken dit met dat van patiënten bij wie een andere interventie werd toegepast. De belangrijkste onderzoeksvraag was: welke factoren voorspellen de kans dat een patiënt geïndiceerd wordt voor een IBS-opname? Deze kennis is van belang om in de toekomst via gerichte aanpassing van bestaande behandelprogramma's en behandelprotocollen de kans op een spoedeisende dwangopname te verkleinen.

Op basis van eerdere Nederlandse en internationale onderzoeksresultaten verwachten we dat gedwongen opnames kunnen worden voorspeld op basis van een combinatie van factoren:

- het hebben van een psychotische stoornis met ernstige symptomen,
- het hebben van een geschiedenis van gedwongen opname(s),
- betrokkenheid van de politie bij de verwijzing en natuurlijk ook, in overeenstemming met de wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz),
- het weinig of niet gemotiveerd voor behandeling zijn,
- een gevaar voor zichzelf of anderen vormen.

Hierbij was onze hypothese dat van de politieverwijzing en de eerdere gedwongen opname geen onafhankelijke invloed uitgaat, maar dat de invloed van deze twee variabelen afhankelijk is van gevaar, gebrek aan motivatie en het hebben van een psychotische stoornis.

METHODE

Setting

Het onderzoek maakt deel uit van een prospectief cohortonderzoek van alle achtereenvolgende consulten die de Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam (SPA) deed in de periode van 15 september 2004 tot 15 september 2006 (Van der Post e.a. 2008).

De SPA heeft als psychiatrische 24-uursdienst de stad Amsterdam als verzorgingsgebied, 743.000 inwoners. Patiënten worden verwezen door huisartsen, politie, eerstehulpafdelingen van algemene ziekenhuizen en ggz-medewerkers. Mensen die in contact komen met de politie worden eerst op het politiebureau gescreend door een sociaal-psychiatrische verpleegkundige van de Gemeentelijke Geneeskundige Dienst (GGD). Patiënten die onmiddellijk een psychiatrisch consult nodig hebben, worden door deze verpleegkundige verwezen en door de politie naar het SPA-gebouw gebracht. Deze verwijzingen werden gerangschikt onder verwijzing door de politie.

Als patiënten naar de SPA worden verwezen door de eerstelijnszorg zoals een huisarts of een eerstehulpdienst worden ze thuis of op de eerstehulpdienst onderzocht. Op werkdagen tussen 9:00 en 22:00 uur worden de consulten gedaan door een arts (meestal in opleiding tot psychiater) samen met een sociaal-psychiatrische verpleegkundige. De dienstdoende psychiater is beschikbaar voor advies en spreekt wanneer dat nodig is ook zelf met de patiënt. Buiten de aangegeven uren is de psychiater alleen beschikbaar als telefonische achterwacht en verzorgen sociaal-psychiatrisch verpleegkundige en arts de consulten zonder de mogelijkheid de psychiater ter plaatse te consulteren. De SPA gebruikt een elektronisch patiëntendossier (EPD).

Inclusiecriteria

Van alle consulten die gedurende de onderzoeksperiode plaatsvonden, selecteerden we het eerste consult van iedere individuele patiënt. We onderzochten alleen patiënten met Amsterdam als vaste verblijfplaats omdat we de Amsterdamse ggz-database Psygis gebruikten als bron voor gegevens over de voorafgaande psychiatrische zorgconsumptie. Deze database wordt door de drie grote ggz-instellingen in het Amsterdamse verzorgingsgebied gebruikt, met uitzondering van de PAAZ van het Sint Lucas Andreas Ziekenhuis. Deze PAAZ neemt jaarlijks 2% van de IBS-patiënten

van de SPA op. Van deze kleine groep patiënten zijn dus geen gegevens in Psygis te vinden.

Samenstelling van de onderzoekscohort

Tijdens de onderzoeksperiode vonden wij 3246 eerste consulten in de basiscohort van 4386. We excludeerden: toeristen (6%), mensen die elders in Nederland woonden (10%), mensen met een onbekende woon- of verblijfplaats (8%), patiënten die al een rechterlijke machtiging hadden op het moment van het crisisconsult (1%), consulten waarbij de uitkomst van het consult niet duidelijk vermeld was (3%) en consulten zonder een compleet ingevulde *Severity of Psychiatric Illness Scale* (SPI; 19%). De onderzoekscohort kwam hierdoor op 1970 consulten. Dat van 399 consulten het SPI-formulier niet was ingevuld, werd in 95% van de gevallen veroorzaakt doordat de medewerkers die het consult deden nog geen SPI-training hadden gevolgd. Voor nieuwe stafmedewerkers van de SPA was het niet altijd mogelijk direct na indiensttreding de SPI-training te volgen. Soms kregen ze de training pas nadat ze al een aantal consulten hadden gedaan.

Variabelen

Wij verdeelden de onderzoekscohort in drie groepen in overeenstemming met de uitkomst van het consult: inbewaringstelling (IBS), vrijwillige opname in een psychiatrisch ziekenhuis of crisiscentrum (VO) en geen opname (GO).

De geregistreeerde patiëntkenmerken waren: leeftijd, geslacht, land van herkomst en huiselijke situatie. We noteerden de verwijzer en de psychiatrische diagnose volgens de DSM-IV-TR (American Psychiatric Association 2000). De diagnose werd verdeeld in vier as I-hoofdcategorieën: schizofrenie en andere psychotische stoornissen (psychotische stoornis), manische episode, depressieve stoornis, en andere stoornis of geen stoornis. De laatste categorie omvat een brede groep diagnostische categorieën, waaronder verslavingsproblematiek (als hoofddiagnose), en ook psychosociale problemen

zonder een as I-stoornis volgens de DSM-IV-TR. Een tweede of derde as I-categorie, zoals een verslavingsprobleem, werd buiten beschouwing gelaten, evenals de categorieën op as II.

Voor het vastleggen van de ernst van de actuele psychiatrische symptomen gebruikten we de SPI. Deze bevat 14 items gescoord op een 4-puntschaal: geen risico, laag risico, middelmatig risico en hoog risico. In onze analyses gebruikten we vijf items uit de SPI: suïciderisico, gevaar voor anderen, ernst van de psychiatrische symptomen, motivatie voor behandeling en ziektebesef. Wij kozen deze items omdat deze volgens eerder Nederlands onderzoek samenhangen met de kans op gedwongen opname en refereren aan de vijf criteria van de Wet Bopz (Mulder e.a. 2005). De vragenlijst is in verschillende onderzoeken gevalideerd (Lyons e.a. 1995). Het personeel van de SPA werd getraind in het gebruik van de SPI conform de handleiding (Lyons & Mulder 2000).

Informatie over de psychiatrische zorgconsumptie werd verkregen uit de Amsterdamse ggz-database Psygis. We registreerden het aantal, de soort en de duur van klinische behandelingen en van poliklinische contacten gedurende 5 jaar, 1 jaar en 1 maand voorafgaande aan het crisisconsult. De cohort werd ingedeeld in drie groepen van zoveel mogelijk gelijke aantallen patiënten op basis van de frequentie van de contacten tijdens het jaar voorafgaande aan het crisisconsult (exclusief de laatste maand). Dit resulteerde in de volgende drie groepen: geen contact, 1-14 contacten en > 14 contacten. De consulten van de laatste maand voor het indexconsult lieten we buiten beschouwing omdat we deze periode beschouwden als een aanloop naar de crisis.

Statistische analyses

Wij verdeelden de variabelen in twee groepen (figuur 1). Patiëntkenmerken, verwijzingstraject, psychiatrische behandelingsgeschiedenis en diagnostische categorie werden beschouwd als onafhankelijke variabelen. De scores op de SPI gaven de overwegingen van de clinicus weer tijdens het cri-

sisconsult. Daarom beschouwden we de SPI-scores als mediërende variabelen tussen de onafhankelijke variabelen en uitkomst van het consult als afhankelijke variabele.

We gebruikten bivariate analyses met χ^2 -toetsen en vergelijking van gemiddelde waarden met t-toetsen (ANOVA) of non-parametrische toetsen om verschillen te onderzoeken tussen patiënten met een IBS, een vrijwillige opname (VO) en de niet-opgenomen groep (geen opname; GO) wat betreft demografische, klinische en contextuele variabelen en SPI-scores.

Om de belangrijkste voorspellers van een IBS in kaart te brengen deden we vervolgens een analyse met meervoudige logistische regressie. Omdat we verwachtten dat de niet-opgenomen groep een hoog percentage patiënten van de 4de diagnostische categorie zou bevatten (een andere of geen stoornis op as I), besloten we de analyse alleen uit te voeren met de patiënten die een IBS of een vrijwillige opname kregen.

Van de variabelen die we wilden introduceren in de meervoudige logistische-regressieanalyse testten we eerst alle mogelijke variabelenkoppels op intercollinearity door voor elk koppel de correlatiecoëfficiënt of contingentiecoëfficiënt te bepalen. Van koppels met een contingentiecoëfficiënt of correlatiecoëfficiënt $> SD 0,6$ werd een van beide variabelen buiten de analyse gehouden. De logistische-regressieanalyse werd uitgevoerd in twee stappen. Eerst werden de onafhankelijke variabelen (figuur 1) ingevoerd en in stap twee ook de vijf SPI-scores, die we beschouwden als mediërende variabelen. We voerden alleen de variabelen

in die significante verschillen vertoonden wat betreft de uitkomstmaat in de bivariate analyses. De analyses werden uitgevoerd met SPSS 17.0 (2008).

RESULTATEN

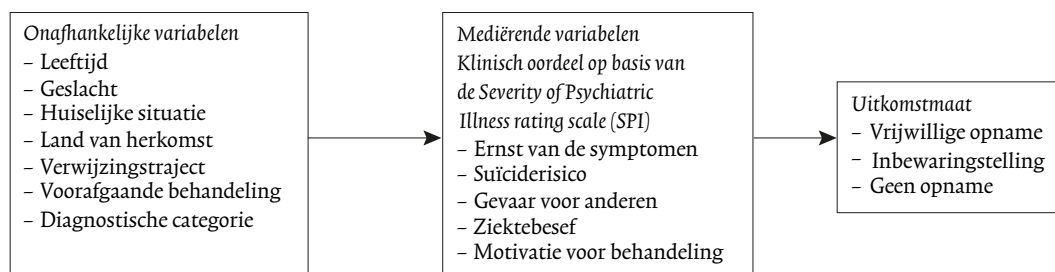
Representativiteit toetsing

De onderzoekscohort van 1970 consulten werd op geslacht, leeftijd, land van herkomst, huiselijke situatie, verwijzer, psychiatrische diagnose, voorafgaande psychiatrische zorgconsumptie en de resultaten van het consult vergeleken met de 399 consulten die vanwege het ontbreken van een ingevuld SPI-formulier werden geëxcludeerd. Er waren geen significante verschillen ($p > 0,05$) wat betreft demografische variabelen, verwijzingstraject, diagnostische categorie, gemiddeld aantal poliklinische consulten gedurende het jaar voorafgaande aan het consult, het gemiddeld aantal gedwongen opnames in de voorafgaande 5 jaar en de uitkomst van het consult.

Beschrijving van de steekproef

Tabel 1 toont de kenmerken van de onderzoekscohort naar uitkomst van het consult. Van de patiënten werd 18% met een IBS opgenomen en 21% vrijwillig opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis of crisiscentrum. Bij 61% werd poliklinische behandeling of geen behandeling voorgeschreven. De gemiddelde leeftijd van de vrijwillig opgenomen groep was significant hoger dan van

FIGUUR 1 Variabelen model IBS-beslissing



TABEL 1 Beschrijving van de onderzoekscohort naar uitkomst van het crisisconsult: vrijwillige opname (VO), opname met IBS of geen opname (GO (%), tenzij anders vermeld))

Onafhankelijke variabelen	VO	IBS	GO	Totaal	p
Gem. leeftijd (SD); referentie: IBS-opname	43,5 (14,3)*	41,8 (15,9)	40,8 (15,5)	41,5 (15,3)	
Geslacht (ontbrekend: 5)					
Man	206 (51)	214 (61)	625 (52)	1045 (53)	≤ 0,01
Vrouw	202 (49)	138 (39)	580 (48)	920 (47)	
Totaal	408 (100)	352 (100)	1205 (100)	1965 (100)	
Woonsituatie (ontbrekend 63)					
Samenwonend met anderen	137 (33)	110 (31)	458 (38)	705 (36)	≤ 0,001
Alleenwonend	218 (53)	181 (51)	567 (47)	966 (49)	
Anders/onbekend	55 (13)	62 (18)	182 (15)	299 (15)	
Land van herkomst (ontbrekend 94)					
Nederland	255 (66)	171 (50)	613 (54)	1039 (55)	≤ 0,001
Niet-westers	99 (25)	144 (42)	443 (39)	686 (37)	
Westers	35 (9)	27 (8)	89 (8)	151 (8)	
Verwijzing (ontbrekend 227)					
Huisarts (of eerstehulp)post	161 (42)	41 (13)	376 (36)	578 (33)	≤ 0,001
Politie	127 (34)	220 (68)	517 (50)	864 (50)	
Ggz	58 (15)	45 (14)	65 (6)	168 (10)	
Anders	32 (9)	19 (6)	82 (8)	133 (8)	
Diagnostische categorie DSM-IV-R, as I					
Psychotische stoornis ****	147 (36)	250 (71)	423 (35)	785 (40)	≤ 0,001
Depressieve stoornis	69 (17)	48 (14)	142 (12)	259 (13)	
Anders en/of psychosociaal probleem	194 (47)	55 (16)	642 (53)	891 (45)	
Poliklinische contacten in jaar voor consult m.u.v. laatste maand (ontbrekend: 31)					
0	199 (50)	166 (48)	670 (58)	1035 (54)	≤ 0,05
1-14	97 (24)	82 (24)	246 (21)	425 (22)	
> 14	105 (26)	97 (28)	265 (22)	467 (24)	
Dwangopname afgelopen 5 jaar (ontbrekend 31)					
0	372 (93)	271 (79)	1074 (91)	1717 (89)	≤ 0,001
1 of meer	29 (7)	74 (21)	107 (9)	210 (11)	
Gem. SPI-scores(SD); referentie: geen opname					
Ernst van de symptomen	2,2 (0,8)***	2,8 (0,5)***	1,9 (0,9)	2,1 (0,9)	
Suïciderisico (ontbrekend 5)	1,1 (1,0)***	1,0 (1,1)**	0,8 (0,8)	0,9 (0,9)	
Gevaar voor anderen (ontbrekend 4)	0,5 (0,8)	1,8 (1,1)***	0,6 (0,7)	0,8 (1,0)	
Gebrek aan ziektebesef (ontbrekend 7)	1,6 (0,9)*	2,7 (0,8)***	1,7 (1,0)	1,8 (1,0)	
Gebrek aan motivatie voor behandeling (ontbrekend 5)	1,0 (0,8)***	2,6 (0,8)***	1,4 (1,0)	1,6 (1,1)	

*p ≤ 0,05.

**p ≤ ,01.

***p ≤ 0,001.

****Inclusief 35 patiënten met een manisch toestandsbeeld.

de met een IBS opgenomen groep. Mannen werden significant vaker gedwongen opgenomen dan vrouwen (respectievelijk 21 en 15%; $p \leq 0,01$), zij werden ook vaker verwezen met een psychotische stoornis (respectievelijk 46 en 32%; $p \leq 0,001$) en vaker verwezen door de politie (respectievelijk 49 en 38%; $p \leq 0,001$). Van de eerstelijnsverwijzingen (33%) kwam twee derde van de huisarts en de rest via een eerstehulp post. Niet-westerse immigranten kregen vaker een IBS dan autochtone Nederlanders (21 vs. 16%; $p \leq 0,001$).

Er was een significant verschil tussen de drie groepen in de verdeling van de diagnostische categorieën. Van de IBS-groep had 71% een psychotische stoornis en 16% een andere stoornis en/of psychosociale problemen, vergeleken met respectievelijk 35% en 53% in de groep die niet opgenomen werd.

Na een verwijzing door de politie of medewerkers van een ggz-instelling bleek een significant hoger aantal patiënten na het consult een IBS te krijgen dan na verwijzing door een eerstelijnsarts (respectievelijk 26 en 27 tegen 7%).

TABEL 2 Stapsgewijze meervoudige logistische regressie met de onafhankelijke variabelen en SPI-scores als risicofactoren voor een IBS vergeleken met een vrijwillige opname, gecontroleerd voor geslacht en leeftijd ($n = 763$)

Onafhankelijke variabelen	Stap 1		Stap 2	
	OR	(95%-BI)	OR	(95%-BI)
Land van herkomst (ontbrekend: 32)				
Niet-westers	1,6*	(1,0-2,4)	1,7	(0,9-3,1)
Verwezen door (ontbrekend: 60)				
Huisarts of eerstehulpdienst (referentie)	1,0		1,0	
Politie	4,9***	(3,1-7,6)	2,2*	(1,1-4,2)
ggz	2,5***	(1,4-4,5)	2,6**	(1,2-5,8)
Anders	2,9	(2,0-4,2)	1,0	(0,6-1,7)
Diagnostische categorie DSM-IV-R, as I				
Psychotische stoornis	2,9***	(2,0-4,2)	1,0	(0,6-1,7)
Anders en/of psychosociaal probleem (referentie)*	1,0		1,0	
Poliklinische contacten jaar voor consult, m.u.z. laatste maand (ontbrekend: 31)				
o (referentie)	1,0		1,0	
1-14	1,0	(0,6-1,5)	0,7	(0,4-1,4)
> 14	0,6*	(0,4-1,0)	0,6*	(0,3-1,1)
Dwangopname afgelopen 5 j (ontbrekend 31)	3,4***	(2,0-5,9)	3,9***	(1,8-8,3)
SPI-scores				
Ernst van de symptomen			1,6*	(1,1-2,4)
Suïciderisico (ontbrekend 3)			1,1	(0,9-1,5)
Gevaar voor anderen (ontbrekend 2)			2,3***	(1,8-3,0)
Ziektebesef (ontbrekend 2)			1,3	(0,9-1,7)
Motivatie voor behandeling (ontbrekend 2)			4,3***	(3,2-5,8)

* $p \leq 0,05$.

** $p \leq 0,01$.

*** $p \leq 0,001$.

Volgens onze Psygis-database had 45% van de patiënten het voorafgaande jaar geen enkel (klinisch of poliklinisch) contact gehad met de ggz. Voor de groep met een IBS was dit 38% ($p \leq 0,001$). Van de patiënten had 24% meer dan 14 poliklinische contacten gehad (exclusief de laatste maand), met een gemiddelde frequentie van 39 (SD 35) contacten. In de IBS-groep had 21% één of meer gedwongen opnamen gehad in de vijf voorafgaande jaren, in tegenstelling tot 7% in de vrijwillig opgenomen groep ($p \leq 0,001$).

Bij vergelijking van de gemiddelde SPI-scores toonden de met een IBS opgenomen patiënten op alle vijf items een significant hogere score dan de groep die geen opname kreeg. Voor de vrijwillig opgenomen groep gold hetzelfde, met uitzondering van het onderwerp gevaar voor anderen.

Voorspellers van IBS als uitkomst van crisisconsult

De logistische-regressieanalyse van de cohort met vrijwillige en gedwongen opnamen ($n = 763$) laat zien dat niet-westerse immigranten een significant hogere kans op een IBS hadden, gecontroleerd voor leeftijd, geslacht, woonsituatie, diagnose en psychiatrische voorgeschiedenis (oddsratio (OR) 1,6; 95%-BI: 1,0-2,4). (Het Nederlandse woord voor 'odds' is 'wedverhouding'. Zoals in de zin 'Lance Armstrong heeft een kans van 10 op 1 om de Tour te winnen', 10 op 1 de wedverhouding weergeeft. De oddsratio is de verhouding tussen twee wedverhoudingen.) Na invoer van de SPI-scores in stap 2 verdween deze samenhang. Leeftijd en geslacht toonden in stap 1 van deze analyse geen significante invloed op de kans op IBS (oddsratio's niet weergegeven in tabel 2).

Verwijzingen door politie en ggz-instellingen zorgden voor een significante verhoging van de kans op IBS, ook na invoer van de SPI-scores en gecontroleerd voor leeftijd, geslacht, woonsituatie, land van herkomst, diagnose en psychiatrische voorgeschiedenis (OR 2,2; 95%-BI 1,1-4,2 respectievelijk OR 2,6; 95%-BI: 1,2-5,8). Patiënten met meer dan 14 poliklinische contacten in het voorafgaande jaar bleken een significant lagere kans te

hebben op een gedwongen opname, wanneer we corrigeerden voor leeftijd, geslacht, woonsituatie, land van herkomst, diagnose en psychiatrische voorgeschiedenis (OR 0,6; 95%-BI: 0,4-1,0). Na invoeren van de SPI-scores was deze correlatie niet meer aanwezig. Een gedwongen opname in de voorafgaande 5 jaar verhoogde de kans op een IBS significant, na correctie voor alle andere onafhankelijke variabelen en de SPI-scores (OR 3,9; 95%-BI: 1,8-8,3). Sterke voorspellers waren ook de SPI-scores voor de items *gevaar voor anderen* (OR 2,3; 95%-BI: 1,8-3,0) en *motivatie voor behandeling* (OR 4,3; 95%-BI: 3,2-5,8). In dit predictiemodel werd 88% correct voorspeld.

DISCUSSIE

De invloed van demografische variabelen

Leeftijd noch geslacht bleek een onafhankelijke invloed te hebben op de kans op een IBS. Dat mannen in de bivariate analyse een hogere kans op een IBS leken te hebben hangt waarschijnlijk samen met een hogere kans op een politieverwijzing en op presentatie in een psychotische toestand. Dat IBS-patiënten gemiddeld jonger waren, hangt waarschijnlijk ook samen met een hogere kans op een politieverwijzing en op presentatie in een psychotische toestand voor jongere mensen.

Voor niet-westerse immigranten ligt dit gecompliceerder. Zij hadden een duidelijk hogere kans op een IBS dan autochtone Nederlanders en westerse immigranten, ook als de andere demografische variabelen, de verwijzing en de psychiatrische voorgeschiedenis gelijk waren. Hun hogere kans op een IBS bleek afhankelijk van hoge scores op de SPI-items: *gevaar voor anderen* en *gebrek aan motivatie voor behandeling*. Een bevinding die aansluit bij bevindingen uit Rotterdam (Mulder e.a. 2006). Met andere woorden, hun hogere kans op een IBS leek vooral verklaard te worden doordat ze als gevaarlijker voor anderen en slechter gemotiveerd werden gepercipieerd. Deze uitkomst verdient nader onderzoek, vooral wat betreft de vraag of dit voor alle etnische groepen in gelijke mate

geldt en of er sprake zou kunnen zijn van etnische bias bij het beoordelen van gevaar en bereidwilligheid tot behandeling.

De invloed van voorafgaande psychiatrische behandeling

Het feit dat eerdere gedwongen opnamen samenhangen met een forse toename van de kans op een IBS is in overeenstemming met de resultaten van eerder onderzoek (Rabinowitz e.a. 1995; Szmukler e.a. 1981). Dat dit verhoogde risico onafhankelijk was van de SPI-scores *ernst van de stoornis, gevaar voor anderen en motivatie voor behandeling* is echter een opvallende uitkomst. Het lijkt erop dat bij gelijk zijn van de overige variabelen, zoals de vijf SPI-scores die verwijzen naar de criteria van de Wet Bopz, artsen meer geneigd waren om de burgemeester om een IBS te vragen bij patiënten met een gedwongen opname in hun voorgeschiedenis.

Vooralsnog is onduidelijk hoe dit mechanisme werkt. Aan de ene kant is het uiteraard mogelijk dat de gekozen variabelen niet alle aspecten meenemen die de clinicus in zijn of haar afweging betreft. Aan de andere kant kunnen we niet uitsluiten dat het feit dat de dokter wéét dat er een eerdere dwangopname heeft plaatsgevonden, zijn of haar beslissing beïnvloedt. Overigens is onduidelijk of de beslissende dokters in alle gevallen die voorgeschiedenis kenden.

Verder bleek dat, wederom bij gelijk zijn van de overige variabelen, patiënten die een min of meer intensieve poliklinische behandeling kregen in het jaar voorafgaande aan het consult, minder vaak gedwongen werden opgenomen als de SPI-scores buiten beschouwing werden gelaten. Waarschijnlijk hebben we hier met een gemiddeld coöperatievere groep patiënten te maken, die minder geneigd was om ambulante behandeling te mijden of deze na enige contacten weer te stoppen. Deze hypothese wordt ondersteund door het feit dat deze samenhang niet meer gevonden werd na controle voor de SPI-score op behandelmotivatie en gevaar.

De conclusie dat ambulante behandeling helpt om IBS'en te voorkomen, kan niet op basis van deze bevindingen getrokken worden.

De verwijzing en de kans op een IBS

Dat de verwijzing door een eerstelijnsarts (in twee derde van de gevallen de huisarts) is verbonden aan de laagste kans op een gedwongen opname vergeleken met de verwijzing door de politie of ggz-instelling, komt overeen met resultaten van onderzoek in Engeland (Cougard e.a. 2004; Szmukler 1981). Natuurlijk worden de kalmste, maar ook de coöperatiefste patiënten verwezen via de eerstelijnszorg. Het was al bekend dat contact met de politie vaak voorafging aan gedwongen opname (Malla e.a. 1987; Rabinowitz e.a. 1995; Szmukler 1981). Dat patiënten met dezelfde hoge SPI-scores vaker gedwongen werden opgenomen na een verwijzing door de ggz of de politie was wel een verrassende uitkomst. De crisisdokters zien deze verwijzingsroutes blijkbaar als een onafhankelijke en aanvullende reden, naast het voldoen aan de criteria van de Wet Bopz, om te besluiten tot een gedwongen opname. Het kan zijn dat ze het moeilijk vinden om een IBS-verzoek van de politie of van een ggz-collega naast zich neer te leggen. Een bijkomende factor zou kunnen zijn dat patiënten die verwezen werden door de huisarts vaak thuis zijn onderzocht. In die situatie heeft preventie van gevaar door het inroepen van sociale steun mogelijk een grotere kans van slagen.

De diagnostische categorieën psychotische stoornis, manisch toestandsbeeld en depressie toonden, vergeleken met geen of uitgestelde diagnose op as I, een verhoogde kans op een IBS. Zoals te verwachten was, oefenden deze ziektebeelden vooral effect uit via de SPI-scores *gevaar voor anderen* en *weinig tot geen motivatie voor zorg*. Dit is in overeenstemming met de in de Wet Bopz vastgelegde criteria waaraan een gedwongen opname in Nederland moet voldoen. Er moet sprake zijn van een psychiatrisch ziektebeeld, van dreigend gevaar voor zichzelf of voor anderen en van een causaal verband tussen het ziektebeeld en gevaar. Ook

moet de patiënt behandeling weigeren en dient de gedwongen opname een laatste redmiddel te zijn om het gevaar dat de persoon bedreigt te af te wenden.

Met andere woorden, hoewel het verwijzingstraject en de behandelingsvoorgeschiedenis een onafhankelijke bijdrage leveren aan de besluitvorming, lijken de crisisdokters hun IBS-beslissing te nemen in overeenstemming met de wettelijke bepalingen.

Beperkingen en sterke kanten

Dit onderzoek heeft enkele beperkingen. Wij hebben geen gestandaardiseerde vragenlijst gebruikt om een psychiatrische diagnose vast te stellen. De diagnostische categorisering volgens DSM-IV-R was gebaseerd op een klinisch interview zoals verricht in de dagelijkse praktijk van de spoedeisende psychiatrie. In de crisissetting is het gebruik van een gestandaardiseerde vragenlijst als diagnostisch instrument, gezien de tijdsdruk waaronder wordt gewerkt, nauwelijks haalbaar.

Een andere beperking was het feit dat de SPI-vragenlijst door de clinicus zelf werd ingevuld. Dit zorgde mogelijk voor enige onbetrouwbaarheid, vooral wanneer we ervan uitgaan dat de crisisdokter het SPI-formulier pas invulde nadat het besluit om de patiënt op te nemen was gevallen.

De kracht van dit onderzoek ligt, vergeleken met andere (voornamelijk buitenlandse) onderzoeken, in de setting, de grootte van de onderzoekscohort, de lengte van de observatieperiode, het prospectieve ontwerp en het gebruik van de Psygis-database met gegevens betreffende voorafgaande psychiatrische zorgconsumptie.

CONCLUSIES EN KLINISCHE IMPLICATIES


Gegeven de gestaag stijgende aantallen gedwongen opnames en de schade die hiermee wordt gedaan in termen van negatieve ervaringen voor de patiënt, is het enigszins geruststellend dat het besluit dat ten grondslag ligt aan een IBS meestal wordt genomen op basis van de juiste

argumenten en in overeenstemming met de Bopz-criteria. Een eerdere dwangopname en verwijzingen door politie bleken echter óók invloed uit te oefenen op de beslissing van de dokter. Deze invloed was onafhankelijk van aard en ernst van de stoornis en de Bopz-criteria gevaar voor zichzelf of anderen en ontbrekende behandelmotivatie.

Als vervolg op het gepresenteerde onderzoek doen wij een tweejarig follow-uponderzoek met een aselecte steekproef van 252 patiënten uit de in dit artikel beschreven cohort. In dit tweede deel van het ASAP-onderzoek zullen wij ons onder andere richten op de factoren die een rol spelen in het mechanisme dat ten grondslag ligt aan de relatie tussen eerdere dwangopname en de beslissing tot opname met een IBS bij de acute dienst.

NOOT

¹ Dit artikel verscheen in januari 2012 als hoofdstuk 3 in de dissertatie van L.F.M. van der Post: *IBS admission as an outcome; Factors predicting the probability of patients qualifying for compulsory emergency admission*. Amsterdam: Vrije Universiteit; 2012.

 Arkin GGZ heeft dit onderzoek financieel mogelijk gemaakt. Dit onderzoek was niet mogelijk geweest zonder de grote inzet van de medewerkers van de Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam bij het verzamelen van de gegevens.

LITERATUUR

- American Psychiatric Association. Diagnostic & statistical manual of mental disorders; DSM IV TR. (4de druk). Washington: APA; 2000.
- Cougnard A, Kalmi E, Desage A, Misdrahi D, Abalan F, Brun-Rousseau H, e.a. Factors influencing compulsory admission in first-admitted subjects with psychosis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004; 39: 804-9.
- De Stefano A, Ducci G. Involuntary admission & compulsory treatment in Europe. *Int J Ment Health* 2008; 37: 10-21.
- BOPZIS. BOPZ-registratiesysteem. Utrecht, Inspectie Geestelijke Gezondheidszorg; 2006.
- Kallert W, Glockner M, Schutzwohl M. Involuntary vs. voluntary hospital admission. A systematic literature review on outcome diversity. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2008; 258: 195-209.

- Katsakou C, Priebe S. Outcomes of involuntary hospital admission – a review. *Acta Psychiatr Scand* 2006; 114: 232-41.
- Katsakou C, Priebe S. Patient's experiences of involuntary hospital admission & treatment: a review of qualitative studies. *Epidemiol Psychiatr Soc* 2007; 16: 172-78.
- Lyons J, Colletta J, Devens M, Finkel S. Validity of the Severity of Psychiatric Illness rating scale in a sample of inpatients on a psychiatric unit. *Int Psychogeriatr* 1995; 7: 407-16.
- Lyons J, Mulder C. Severity of Psychiatric Illness Scale, handleiding volwassenen versie. Rotterdam: RIAGG Rijnmond Zuid; 2000.
- Malla A, Norman R, Helmes E. Factors associated with involuntary admission to psychiatric facilities in Newfoundland. *CMAJ* 1987; 136: 1166-71.
- Mulder C, Broer J, Uitenbroek D, van Marle P, van Hemert A, Wierdsma A. Versnelde stijging van het aantal inbewaringstellingen na de invoering van de Wet Bijzondere Opnemingen Psychiatrische Ziekenhuizen. *Ned Tijdschr Geneesk* 2006; 150: 319-22.
- Mulder C, Koopmans G, Lyons J. Determinants of indicated versus actual level of care in mobile psychiatric emergency services. *Psychiatr Serv* 2005; 56: 452-57.
- Mulder C, Koopmans G, Selten J. Emergency psychiatry, compulsory admissions & clinical presentation among immigrants to the Netherlands. *Br J Psychiatry* 2006; 188: 386-91.
- Muller P, Dressing H, Salize H. Pro und Kontra: Zunahme von Zwangserweisungen psychischer Kranken. *Psychiatr Prax* 2006; 33: 157-9.
- Nijs H, Vandenbergh J. Gedwongen psychiatrische opname: ontwikkelingen in Vlaanderen. *Tijdschr Psychiatr* 2008; 50: 55-60.
- Post LFM van der. IBS admission as an outcome; Factors predicting the probability of patients qualifying for compulsory emergency admission (proefschrift). Amsterdam: Vrije Universiteit; 2012.
- Post L van der, Schoevers R, Koppelmans V, Visch I, Bernardt C, Mulder C, e.a. The Amsterdam Studies of Acute Psychiatry I (ASAP-I); a prospective cohort study of determinants and outcome of coercive versus voluntary treatment interventions in a metropolitan area. *BMC Psychiatry* 2008; 8: 35-45.
- Rabinowitz J, Massad A, Fennig S. Factors influencing disposition decisions for patients seen in a psychiatric emergency service. *Psychiatr Serv* 1995; 46: 712-18.
- SPSS Statistics 0.17. Chicago: SPSS; 2008.
- Szmukler G. Compulsory admissions in a London borough: II. Circumstances surrounding admission: service implications. *Psychol Med* 1981; 11: 825-38.
- Szmukler G, Bird A, Button E. Compulsory admissions in a London borough: I. Social and clinical features and follow-up. *Psychol Med* 1981; 11: 617-36.
- Wierdsma A, van Baars A, Mulder C. Psychiatrische voorgeschiedenis en nazorg bij dwangopneming; Zorggebruik als indicator van de kwaliteit van zorg bij inbewaringstellingen in Rotterdam. *Tijdschr Psychiatr* 2006; 48: 81-93.
- Wierdsma A. Follow-up after involuntary mental healthcare: Who cares? Erasmus Universiteit Rotterdam, Netherlands; 2008.

AUTEURS

LOUK VAN DER POST is als psychiater verbonden aan Arkin GGZ, Amsterdam.

NIELS MULDER is hoogleraar Openbare Geestelijke Gezondheidszorg, Erasmus MC, Afdeling Psychiatrie, Rotterdam en psychiater en onderzoeker bij BavoEuroport.

CLEMENS BERNARDT is GZ-psycholoog, systeemtherapeut en ten tijde van het onderzoek directeur van de Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam en Acuuut Behandelteam van Jellinek-Mentrum, Amsterdam.

ROBERT SCHOEVERS is hoogleraar Psychiatrie, UMC Groningen.

AARTJAN BEEKMAN is hoogleraar Psychiatrie, VUMC, Afdeling Psychiatrie, Amsterdam.

JACK DEKKER is hoogleraar Klinisch Psychologie VU, Faculteit der Psychologie en Pedagogie, Afdeling Klinische Psychologie en hoofd Afdeling Onderzoek, Arkin GGZ, Amsterdam.

Correspondentieadres: Louk van der Post.

E-mail: lvdp@xs4all.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 11-4-2011.

SUMMARY

Emergency compulsory admission in crisis situations; the Amsterdam Study of Acute Psychiatry – L.F.M. van der Post, C.L. Mulder, C.M.H. Bernardt, R.A. Schoevers, A.T.F. Beekman, J.J.M. Dekker –

BACKGROUND This article presents initial data from the Amsterdam Study of Acute Psychiatry (ASAP) which investigated the factors that play a role in the decision to admit a patient compulsorily to a psychiatric clinic in the Amsterdam area.

AIM To find out how socio-demographic factors, a patient's psychiatric history and pathway to care influence a patient's chance of being served with an emergency compulsory admission order during emergency consultation.

METHODS We conducted a prospective cohort study of 1970 consecutive patients who consecutively came into contact with the Psychiatric Emergency Service Amsterdam (PESA) in the period September 2004 to September 2006.

RESULTS A patient who had been admitted compulsorily once in the previous five years ran an increased risk of compulsorily admission (OR 3.9). Referral by the police or by the mental health services also implied a high risk of a compulsorily admission (OR 2.2 and OR 2.6 respectively).

CONCLUSIONS A previous compulsorily admission and referral by the police or mental health services were found to be predictors of emergency compulsory admission, irrespective of possible danger to the patient himself and others and irrespective of the patient's lack of motivation for treatment.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 54(2012)04, 317-327]

KEY WORDS crisis intervention, emergency compulsory admission, emergency psychiatry, involuntary treatment, psychosis, schizophrenia