

# Bijna altijd toekennen en weinig twijfel: overwegingen van onafhankelijke psychiaters tijdens de beoordeling rechterlijke machtiging

S.C. DE VRIES, A.W.B. VAN BAARS, C.L. MULDER

**ACHTERGROND** Sinds een aantal jaren is er een sterke stijging te zien van het aantal gedwongen opnamen, vooral van de rechterlijke machtigingen. Er is weinig bekend over het beslissingsproces dat voorafgaat aan het verkrijgen van een rechterlijke machtiging.

**DOEL** Meer inzicht krijgen in de overwegingen van de onafhankelijke psychiater bij de beslissing tot het uitschrijven van een geneeskundige verklaring voor een rechterlijke machtiging.

**METHODE** Van 862 eerste beoordelingen werd prospectief informatie verzameld over demografische en klinische patiëntkenmerken en het oordeel (toekennen, twijfel of afwijzen) van de onafhankelijke psychiater over de noodzaak tot het uitschrijven van een geneeskundige verklaring.

**RESULTATEN** Bij 9% van alle beoordelingen twijfelde de psychiater over de noodzaak, maar schreef wel een geneeskundige verklaring uit. In 3% van het aantal beoordelingen wees de psychiater de aanvraag af. Het gevaarscriterium 'direct fysiek gevaar voor zichzelf of een ander' hing samen met minder vaak afwijzen of twijfelen. De belangrijkste reden om een aanvraag af te wijzen was de mogelijkheid van een alternatieve behandeling.

**CONCLUSIE** In de praktijk schrijft de onafhankelijke psychiater vrijwel altijd een geneeskundige verklaring uit wanneer de behandelaar een rechterlijke machtiging aanvraagt. Meer en eerder gebruik maken van mogelijkheden zoals intensieve bemoeizorg, bewindvoering of curatele ter voorkoming van gevaar zou kunnen bijdragen aan een vermindering van het aantal machtigingen.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 51(2009)9, 641-650]

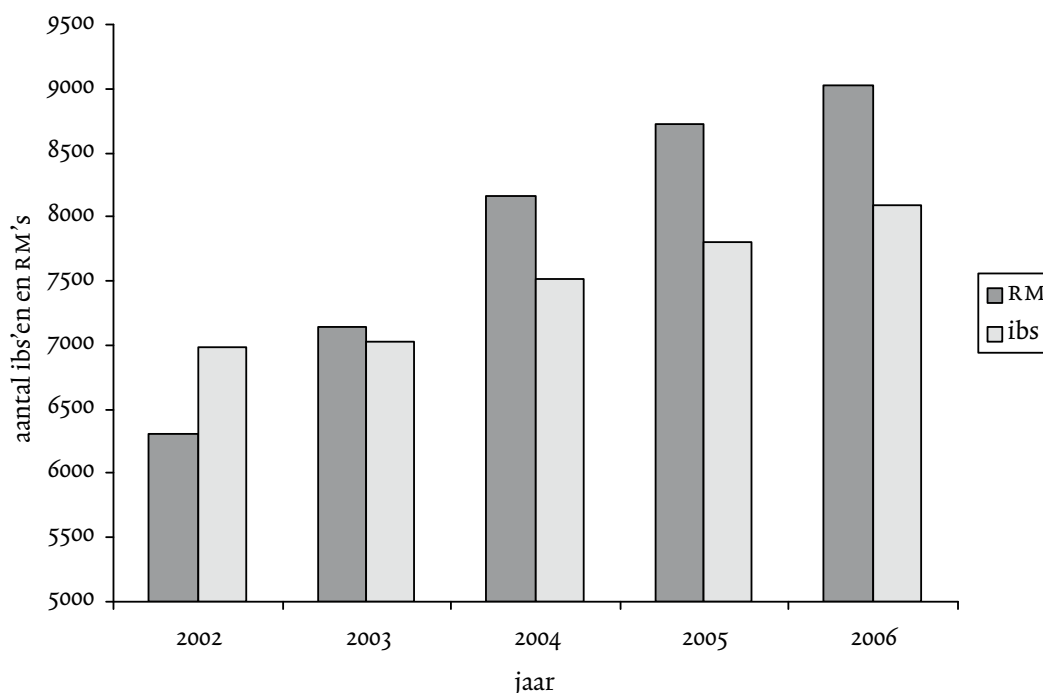
**TREFWOORDEN** beoordeling, beslissingsproces, rechterlijke machtiging, Wet Bopz

Sinds de invoering van de Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (Wet Bopz) in 1992 is het aantal dwangopnamen sterk gestegen (Mulder e.a. 2006; Nijman e.a. 1999). In vergelijking met het aantal inbewaringstellingen (ibs'en) is vooral het aantal rechterlijke machtigingen toegenomen, speciaal de voorlopige en voorwaardelijke machtigingen. Tussen 2002 en 2006 nam het totaal aantal machtigingen (alle soorten machtigingen) met 43% toe van 6313 tot

9021, en het aantal ibs'en met 16% van 6983 tot 8097; in 2003 werden er voor het eerst meer machtigingen dan ibs'en afgegeven, zie figuur 1 (bron: Inspectie voor de Gezondheidszorg 2007).

Bij een dwangopname door middel van een rechterlijke machtiging (RM) wordt de patiënt beoordeeld door een onafhankelijke psychiater. Als deze van mening is dat aan de vier voorwaarden voor een dwangopname is voldaan, stelt hij of zij een geneeskundige verklaring op. Deze vier voor-

FIGUUR 1 Totaal aantal rechterlijke machtigingen (RM's) en inbewaringstellingen (ibs'en) in Nederland, 2002-2006 (bron: Inspectie voor de Gezondheidszorg 2007)



waarden zijn: (a) dat er sprake is van een stoornis in de geestvermogens, (b) deze stoornis de patiënt gevaar doet veroorzaken, (c) de patiënt niet vrijwillig wil worden opgenomen en (d) het gevaar niet op een andere manier kan worden afgewend. Deze verklaring heeft het karakter van een medisch advies waarin gemotiveerd wordt waarom de rechter tot een dwangopname kan besluiten. De rechter oordeelt uiteindelijk of een RM op zijn plaats is. De rechter volgt in meer dan 90% van het aantal aanvragen het advies op van de onafhankelijke psychiater (Inspectie voor de Gezondheidszorg 2005). De psychiater heeft dus een belangrijke rol in het tot stand komen van een RM.

Tot nu toe is het onbekend hoe vaak de onafhankelijke psychiater een aanvraag van de behandelaar voor een RM honoreert en of er bepaalde kenmerken zijn van patiënten bij wie een aanvraag eerder wordt afgewezen. Er is eerder geen verband gevonden tussen het type gevaar en de diagnose en de kans op bekrachtiging door de rechter (Derksen e.a. 1999).

Wij zetten een onderzoek op om meer inzicht te krijgen in de overwegingen in een eerdere fase van de beslissing of een machtiging nodig is, namelijk in de fase wanneer de onafhankelijke psychiater een patiënt beoordeelt en al dan niet een geneeskundige verklaring opstelt. Hiervoor vroegen wij de psychiaters in de regio Rijnmond om bij elke beoordeling voor een RM een formulier in te vullen met vragen over de diagnose van de patiënt en de gevaarscriteria. Tevens werd gevraagd naar redenen voor eventuele twijfel aan de noodzaak van een geneeskundige verklaring of een weigering om een geneeskundige verklaring uit te schrijven.

Kennis over de redenen voor twijfel of afwijzing geeft inzicht in het beslissingsproces bij het afgeven van een RM en kan helpen bij het ontwikkelen van interventies voor het terugdringen van het aantal RM's, bijvoorbeeld wanneer onafhankelijke psychiaters aangeven dat alternatieven voor het afwenden van het gevaar niet zijn benut.

Vraagstellingen in ons onderzoek zijn: in welke mate is de onafhankelijke psychiater die een patiënt beoordeelt voor een RM het eens met de behandelaar over de noodzaak van de machtiging en schrijft hij of zij een geneeskundige verklaring uit? Wat zijn de overwegingen wanneer een psychiater twijfelt over een RM-aanvraag of de aanvraag afwijst en is er hierbij een samenhang met demografische of klinische patiëntkenmerken of gevaarscriteria?

## METHODE

Aan dit prospectieve onderzoek namen 5 verschillende ggz-instellingen in de regio Rotterdam-Rijnmond deel. Wanneer er bij deze instellingen een aanvraag tot een RM werd gedaan, vroegen wij de onafhankelijke psychiater die de patiënt beoordeelde om een formulier in te vullen. Het kon hierbij gaan om alle soorten RM's: (verlenging van) een voorwaardelijke RM (art. 14), voorlopige RM (art. 2), voortgezette RM (art. 15), observatiemachtiging (art. 14) en een machtiging op eigen verzoek (art. 32). Voor de uitvoering van het onderzoek werd toestemming verleend door de Medisch-ethische Commissie van het Erasmus MC.

**Vragenlijst** Op het formulier kruiste de onafhankelijke psychiater aan om welk type machtiging het ging, welke psychiatrische stoornissen aanwezig waren bij de patiënt, van welke gevaarscriteria er sprake was, de belangrijkste stoornis en het gevaar. Aan de hand van een score op de *Clinical Global Impression* (CGI-score; Guy 1976) gaf de psychiater aan hoe ernstig hij of zij de stoornis vond. Een vergelijkbare score werd gegeven voor de ernst van het gevaar. Ook gaf de psychiater aan of hij (1) de geneeskundige verklaring uitschreef, (2) of hieraan twijfelde maar wel de verklaring uitschreef en (3) of hij een RM niet nodig vond en dus geen geneeskundige verklaring uitschreef. Bij twijfel en afwijzing werd gevraagd naar de redenen hiervan, en konden er meerdere redenen worden aangekruist. Daarnaast werd gevraagd naar

de belangrijkste reden van afwijzing of twijfel.

Van elke patiënt werden de volgende demografische kenmerken geregistreerd: geslacht, geboortedatum, postcode, geboorteland en geboorteland van de ouders. Ook werd geregistreerd of er in de voorgeschiedenis van de patiënt eerder een ibs of RM was geweest.

**Gegevensverzameling en werkwijze** Dataverzameling vond plaats vanaf oktober 2004 tot januari 2008. De ingevulde formulieren werden centraal verzameld en geanalyseerd. Alleen de eerste beoordeling van elke patiënt werd meegenomen in de analyses. Van deze beoordelingen bekeken we bij welk type machtiging twijfel en afwijzing het vaakst voorkwamen en welke redenen van twijfel en afwijzing er werden gegeven. Ook keken we welke demografische en klinische patiëntkenmerken samenhangen met het oordeel van de psychiater en of dwang in de voorgeschiedenis en gevaarscriteria samenhangen met dit oordeel.

De 20 diagnosecategorieën van de geneeskundige verklaring brachten wij terug tot 6 hoofdgroepen: (1) schizofrenie/psychotische stoornissen en waanstoornissen, (2) stemmingsstoornissen, (3) stoornissen door het gebruik van middelen, (4) persoonlijkheidsstoornissen, (5) dementie en (6) overige stoornissen. De 8 gevaarscriteria werden teruggebracht naar 4 categorieën: (1) direct fysiek gevaar voor de patiënt zelf (suïcidaliteit), (2) overig gevaar voor de persoon zelf, bestaande uit gevaar maatschappelijk ten onder te gaan, gevaar voor zelfverwaarlozing en gevaar agressie van anderen op te roepen, (3) direct fysiek gevaar voor een ander en (4) overig gevaar voor een ander, bestaande uit gevaar voor psychische gezondheid van een ander, gevaar voor verwaarlozing van een ander die aan zijn zorg is toevertrouwd, gevaar voor algemene veiligheid goederen en personen.

Etniciteit van de patiënten werd bepaald door het geboorteland van de patiënt. Wanneer het geboorteland van de ouder(s) bekend was en de patiënt was geboren in Nederland, dan werd het geboorteland van de ouder(s) aangehouden om zo

ook de tweede generatie migranten in de analyses te betrekken. In verband met de relatief kleine aantallen binnen iedere migrantengroep kozen we voor de indeling 'westers' versus 'niet-westers', gebaseerd op de indeling van het CBS (Statline).

**Statistische analyse** Door middel van  $\chi^2$ -toetsen en variantieanalyse keken wij of patiëntkenmerken en type gevaar samenhangen met het oordeel (toewijzing, twijfel of afwijzing) van de onafhankelijke psychiater. Hierbij werden de categorieën 'twijfel' en 'afwijzing' samengenomen in verband met het lage aantal afwijzingen.

Hierna werden de onafhankelijke variabelen die significant waren in de univariate analyses, samen met leeftijd en geslacht, verder geanalyseerd in een multiële logistische-regressie-analyse. Hiervoor werd type machtiging gedichotomiseerd in wel/geen voorlopige machtiging, bij diagnose en gevaar waren de categorieën 'overige diagnoses' en 'overig gevaar voor de patiënt zelf' de referentiecategorieën.

## RESULTATEN

**Aantal beoordelingen en populatie** In totaal werden van 1027 RM-beoordelingen de gegevens verzameld. Bij 29 beoordelingen (3%) ontbrak de eindconclusie van de onafhankelijke psychiater over de noodzaak van een machtiging. De overige 998 beoordelingen betroffen 862 individuele patiënten, 99 patiënten werden in de onderzoeksperiode 2 keer beoordeeld voor een RM, 14 patiënten hadden 3 beoordelingen meegemaakt

en 3 patiënten werden 4 keer beoordeeld. In totaal vulden 97 psychiaters 1 of meer beoordelingsformulieren in. Over de 862 verschillende eerste RM-beoordelingen verzamelden wij gegevens.

Van de betrokkenen was 36% vrouw, de gemiddelde leeftijd van de patiënten was 42 (SD: 18) jaar en 34% was van niet-westerse afkomst. Het meest voorkomende type aangevraagde RM was de voorlopige machtiging (64%), gevolgd door de voorwaardelijke machtiging (19%) en de machtiging tot voortgezet verblijf (12%) (tabel 1).

**Oordeel en type machtiging** Van de onderzochte beoordelingen werd 3% afgewezen, bij 9% van de beoordelingen twijfelde de psychiater, maar schreef wel een geneeskundige verklaring uit. Er was een significant verschil in percentage toewijzing of afwijzing/twijfel tussen de verschillende typen machtigingen ( $\chi^2(3) = 8,248$ ;  $p = 0,041$ ) (tabel 1). Bij de voorlopige machtigingen waren er de meeste gevallen van twijfel of afwijzing (13,7%), bij machtiging tot voortgezet verblijf de minste (4,7%).

**Demografische patiëntkenmerken** Het oordeel van de onafhankelijke psychiater hing niet samen met de leeftijd ( $F(1,838) = 0,356$ ;  $p = 0,551$ ) of met het geslacht van de patiënt ( $\chi^2(1) = 0,479$ ;  $p = 0,489$ ). Ook de etnische achtergrond van de patiënt (westers/niet-westers) hing niet samen met het oordeel ( $\chi^2(1) = 0,001$ ;  $p = 0,973$ ).

**Dwang in de voorgeschiedenis** Van de patiënten had 71% eerder een ibs of RM in de voorge-

TABEL 1 Aantallen aanvragen die door de onafhankelijke psychiater werden toegewezen, waarbij werd getwijfeld en die werden afgewezen per type machtiging

Type machtiging*	Oordeel psychiater		Totaal
	Toewijzing n (%)	Twijfel/afwijzing n (%)	
Voorwaardelijke machtiging	149 (91)	15 (9)	164
Voorlopige machtiging	474 (86)	75 (14)	594
Machtiging voortgezet verblijf	102 (95)	5 (5)	107
Overig	37 (88)	5 (12)	42
Totaal	762 (88)	100 (12)	862

\*Verband tussen oordeel en type machtiging:  $\chi^2(3) = 8,248$ ;  $p = 0,041$ .

TABEL 2 Aantallen patiënten met een inbewaringstelling (ibs) en/of rechterlijke machtiging (RM) in de voorgeschiedenis, onderverdeeld naar oordeel psychiater

Voorgeschiedenis*	Oordeel		Totaal aantal
	Toewijzing (%)	Twijfel/afwijzing (%)	
Geen dwang	212 (86)	35 (14)	247
Alleen RM	96 (90)	11 (10)	107
Alleen ibs	211 (87)	31 (13)	242
Ibs en RM	243 (91)	23 (9)	266
Totaal	601 (87)	88 (13)	689

\*Verband tussen oordeel en voorgeschiedenis was niet significant:  $\chi^2(3) = 4,380$ ;  $p = 0,223$ .

schiedenis gehad. Er waren geen significante verschillen tussen patiënten bij wie werd getwijfeld of bij wie de aanvraag werd afgewezen en bij wie de RM werd toegekend wat betreft het hebben van een ibs of RM in de voorgeschiedenis ( $\chi^2(3) = 4,380$ ;  $p = 0,223$ ) (tabel 2). Ook was er geen verschil in de mate van twijfel of afwijzing van de huidige RM-aanvraag wanneer het vóórkomen van dwang in de voorgeschiedenis werd gedichotomiseerd in wel of geen dwangmaatregel in de voorgeschiedenis ( $\chi^2(1) = 2,228$ ;  $p = 0,136$ ), of wanneer de selectie aanvragen werd beperkt tot die aanvragen waarbij er geen sprake was van een verlengde machtiging ( $\chi^2(3) = 1,680$ ;  $p = 0,641$ ).

**Redenen twijfel en afwijzing** Bij afwijzing van een aanvraag werd als belangrijkste reden van afwijzing vaak de mogelijkheid tot het inzetten van een andere behandelmogelijkheid genoemd (50%). Bij twijfel was de vaakst genoemde belangrijkste reden twijfel aan de ernst van het gevaar (41%), gevolgd door twijfel aan de onbereidwilligheid van de patiënt (26%).

**Diagnose en gevaar** De kans dat bij een aanvraag werd getwijfeld of dat de aanvraag werd afgewezen, hing samen met de belangrijkste diagnose van de patiënt ( $\chi^2(4) = 12,677$ ;  $p = 0,013$ ) (tabel 3). Het vaakst bestond er twijfel of werd een RM afgewezen bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis als belangrijkste diagnose. Het type gevaar hing ook samen met het oordeel van de onafhankelijke psychiater ( $\chi^2(3) = 13,942$ ;  $p = 0,003$ ) (tabel 4). Bij direct gevaar voor anderen werd het minst getwijfeld of afgewezen; bij overig gevaar voor anderen het meest. Bij 4 beoordelingen was er volgens de onafhankelijke psychiater geen sprake van gevaar en werd de aanvraag dan ook afgewezen.

**Multipale regressie** In de multipale logistische-regressieanalyse bleef het effect van soort gevaar significant (tabel 5). Gecontroleerd voor de overige variabelen werd er bij fysiek gevaar voor de patiënt zelf of een ander minder getwijfeld of afgewezen. De effecten van het type machtiging, gedichotomiseerd in wel/geen voorlopige mach-

TABEL 3 Belangrijkste diagnose bij beoordelingen voor een rechterlijke machtiging, onderverdeeld naar oordeel van de psychiater

Diagnose*	Oordeel		Totaal aantal
	Toewijzing (%)	Twijfel/afwijzing (%)	
Schizofrenie, psychotische stoornis of waanstoornis	472 (90)	52 (10)	524
Stemmingsstoornis	89 (90)	10 (10)	99
Stoornis i.v.m. middelengebruik	52 (85)	9 (15)	61
Persoonlijkheidsstoornis	21 (70)	9 (30)	30
Overige stoornissen	128 (87)	20 (14)	148
Totaal	762 (88)	100 (12)	862

\*Verband tussen oordeel en diagnose was significant:  $\chi^2(4) = 12,677$ ;  $p = 0,013$ .

TABEL 4 Belangrijkste gevaarscriterium bij beoordelingen voor een rechterlijke machtiging, onderverdeeld naar oordeel psychiater

Gevaarscriterium*	Oordeel		Totaal aantal
	Toewijzing (%)	Twijfel/afwijzing (%)	
Zichzelf van leven beroven of ernstig letsel toebrengen	82 (92)	7 (8)	89
Overig gevaar voor zichzelf	452 (88)	62 (12)	514
Ander van leven beroven of ernstig letsel toebrengen	147 (95)	8 (5)	155
Overig gevaar voor ander	62 (80)	16 (21)	78
Totaal	743 (89)	93 (11)	836

\* Verband tussen oordeel en type gevaar was significant:  $\chi^2(3) = 13,942$ ;  $p = 0,003$ .

tiging, en van diagnose waren niet meer significant.

## DISCUSSIE

Uit dit onderzoek bleek dat de onafhankelijke psychiater zelden een aanvraag voor een RM afwees (3%). In 9% van het aantal beoordelingen twijfelde de psychiater, maar liet hij of zij de beslissing over aan de rechter. In de praktijk volgt de rechter vrijwel altijd het advies van de onafhankelijke psychiater (Gezondheidszorg 2005). De

eigenlijke selectie voor een dwangopname lijkt dus bij de behandelaar van de patiënt te liggen die besluit tot het aanvragen van een RM. Wanneer deze een aanvraag tot een RM doet, zal dit in het overgrote deel van de gevallen uiteindelijk tot een machtiging leiden.

De in de wet omschreven procedure van een beoordeling van de patiënt door een onafhankelijke psychiater en de toetsing door de rechter zijn bedoeld om de rechten van individuele patiënten te beschermen. In de praktijk wijken de oordelen van de onafhankelijke psychiater en de rechter

TABEL 5 Resultaten van multipale logistische-regressieanalyse, met als afhankelijke variabele oordeel van de onafhankelijke psychiater (toewijzing/twijfel of afwijzing)

Constante variabele	Oddsratio (95%-BI)
<b>Demografisch</b>	
Leeftijd	1,00 (0,99-1,01)
Geslacht	1,01 (0,62-1,65)
<b>Type machtiging</b>	
Voorlopige machtiging	1,54 (0,93-2,58)
Overige machtigingen*	
<b>Diagnose</b>	
Schizofrenie, psychotische stoornis, waanstoornis	0,90 (0,50-1,61)
Stoornis i.v.m. middelengebruik	1,01 (0,38-2,67)
Stemmingsstoornis	0,68 (0,19-2,46)
Persoonlijkheidsstoornis	2,57 (0,94-6,98)
Overige stoornissen*	
<b>Soort gevaar</b>	
Fysiek gevaar voor betrokkene zelf**	0,26 (0,09-0,77)
Overig gevaar voor betrokkene zelf	0,59 (0,31-1,12)
Fysiek gevaar voor ander**	0,18 (0,07-0,50)
Overig gevaar voor ander*	

\*Referentiecategorie.  
\*\*Significant bij  $p < 0,05$ .

weinig af van het oordeel van de behandelaar die de RM aanvraagt. Het is de vraag of deze toetsing dus eigenlijk meer een formaliteit is, dan wel een echte toetsing waarbij de onafhankelijke psychiater de ruimte neemt om tot een eigen oordeel te komen.

**Redenen voor twijfel en afwijzen** In die gevallen waarin de psychiater aan het opstellen van de verklaring twijfelde of de verklaring afwees, ging het vooral om patiënten met een persoonlijkheidsstoornis en minder vaak om patiënten met psychotische stoornissen. Dit zou kunnen komen doordat het effect van een rechterlijke machtiging bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis meer ter discussie staat dan bij patiënten met psychotische stoornissen (NVVP 2008). Echter, na controle voor andere variabelen was het verschil naar diagnose niet meer significant.

Ook twijfelde men vaker wanneer er andere mogelijkheden bestonden om het gevaar af te wenden, zoals het inzetten van een andere (ambulante) behandeling in de vorm van bemoeizorg of *assertive community treatment* (ACT), het starten van medicatie of het elders onderbrengen van de patiënt. Het ontbreken van een alternatief voor het afwenden van het gevaar wordt vaak als reden genoemd voor een dwangopname (Lorant e.a. 2007). Investeren in de toepassing van andere methoden voor het afwenden van het gevaar bij ernstig zieke psychiatrische patiënten zou het aantal dwangopnamen kunnen terugdringen. Te denken valt aan intensievere bemoeizorg, meer en tijdige bewindvoering of curatele bij financiële en of maatschappelijke problemen (Jongeleen & Mulder 2006).

**Preventie** Behalve alternatieven voor het afwenden van het gevaar zijn er ook verschillende methoden ter preventie van gevaarlijke situaties die kunnen helpen om de noodzaak voor de aanvraag van een machtiging te voorkomen. Het opstellen van een crisisplan (Henderson e.a. 2004) kan bijvoorbeeld bijdragen aan het voorkómen

van dwangopnamen. Ten slotte is het van belang om nieuwe methoden te vinden om de therapietrouw te vergroten, omdat dit een belangrijke reden is voor recidief van de psychiatrische stoornis en dwangopnamen (Torrey e.a. 2001). De meeste studies naar methoden ter verbetering van de therapietrouw laten echter teleurstellende resultaten zien (Staring e.a. 2006). Daarom zijn nieuwe methoden nodig, zoals combinaties van motiverende gespreksvoering en praktische ondersteuning (Staring e.a. 2006) of het betalen van patiënten voor het accepteren van depotmedicatie (Claassen 2007). Bij de hardere gevaarscriteria zoals direct fysiek gevaar voor de patiënt zelf of voor een ander worden weinig aanvragen voor een RM afgewezen en wordt weinig aan de noodzaak voor een RM getwijfeld. Hierbij zijn psychiaters wellicht minder geneigd risico's te nemen dan bij minder harde gevaarscriteria zoals zelfverwaarlozing en maatschappelijke teloorgang.

**Sterke punten studie** Sterke punten van dit onderzoek zijn het grote aantal RM-beoordelingen. Ook gaat het hier om feitelijke beoordelingen en niet om vignetten, zoals in ander onderzoek gebruikelijk is (Bagby e.a. 1991; Sattar e.a. 2006). Gezien de explosieve stijging van het aantal dwangopnamen is het van belang meer kennis te vergaren over de beslismomenten die hieraan voorafgaan. Ook het prospectieve karakter van de dataverzameling, waarbij de psychiater zijn overwegingen registreerde tijdens de beoordeling in plaats van hierover achteraf te rapporteren, verhoogde de betrouwbaarheid van de gevonden resultaten.

**Beperkingen** Een zwak punt van dit onderzoek is dat het geen duidelijkheid geeft over de invloed van persoonskenmerken van de psychiater op de overwegingen tijdens de RM-beoordeling, zoals het aantal jaren werkervaring van de psychiater.

Ook is onduidelijk of alle RM-beoordelingen in het onderzoek zijn betrokken en dus of de resultaten representatief zijn voor alle RM-

beoordelingen in de regio Rijnmond. Hierover konden de medische administraties van de diverse instellingen ons niet voldoende duidelijkheid verschaffen, maar gezien het grote aantal verzamelde beoordelingen menen wij toch een redelijk representatief beeld te hebben. Uit de gegevens van het Psychiatrisch Casusregister blijkt dat er in de regio Rotterdam en omstreken (Wierdsma e.a. 1999) in de periode 2003 tot 2005 gemiddeld 832 (SD: 21,7) rechterlijke machtigingen per jaar waren. Dit zou betekenen dat wij in dit onderzoek ongeveer 30% van het totale aantal beoordelingen in kaart hebben gebracht.

Hoewel wij geen reden hebben om aan te nemen dat er bepaalde selectiemechanismen aan de orde zijn geweest die de gevonden resultaten ernstig hebben vertekend, blijft dit natuurlijk wel een mogelijkheid. Ons onderzoeksbestand bevat, vergeleken met landelijke gegevens over het aantal machtigingen in Nederland in 2005 en 2006 (Inspectie voor de Gezondheidszorg 2007), relatief veel voorlopige machtigingen en weinig machtigingen tot voortgezet verblijf. Ook het percentage afwijzingen bij voorlopige machtigingen ligt hoger dan bij de overige typen machtigingen. Dit zou kunnen betekenen dat het landelijke percentage afgewezen machtigingen nog lager ligt dan onze resultaten doen vermoeden.


Een andere kanttekening bij de resultaten is dat de mogelijkheid bestaat dat de behandelaar in sommige gevallen eerst contact heeft opgenomen met de onafhankelijke psychiater om te overleggen over de wenselijkheid voor het aanvragen van een machtiging. Wanneer de onafhankelijke psychiater bij dit vooroverleg al te kennen gaf waarschijnlijk geen geneeskundige verklaring uit te zullen schrijven, leidde dit er misschien toe dat de behandelaar de aanvraag (toch) niet deed. Wij hebben er geen zicht op hoe vaak dit in de praktijk is gebeurd.

## CONCLUSIE

De onafhankelijke psychiater stelt in verreweg de meeste gevallen een geneeskundige verklaring op wanneer hij hiervoor een verzoek ontvangt. De meeste twijfelgevallen hebben te maken met mogelijk onbenutte alternatieven en twijfel aan de ernst van het gevaar. Ook bij patiënten met een diagnose persoonlijkheidsstoornis is er meer twijfel. Bij twijfel over de ernst van het gevaar betreft dit 'overig gevaar voor anderen' en 'gevaar voor maatschappelijke teloorgang en zelfverwaarlozing'. Deze gevaren vormen een grijs gebied, waarbij er nogal eens onduidelijkheid bestaat bij welke mate van ernst een machtiging op zijn plaats is. Dit kan leiden tot rechtsongelijkheid bij patiënten (Mulder & Tielens 2008). Risicotaxatie-instrumenten voor het beoordelen van deze gevaren zijn momenteel niet voorhanden (NVVP 2008).

Het lijkt erop dat de kans dat een patiënt een RM krijgt vooral bepaald wordt door de beslissing van de behandelaar om een RM aan te vragen. Onderzoek is daarom wenselijk naar de overwegingen van behandelaars om wel of niet een RM aan te vragen.

Ten slotte zouden de ontwikkeling van nieuwe behandelmogelijkheden, het meer toepassen van bewindvoering en curatele ter preventie van maatschappelijke teloorgang en het intensiveren van de huidige zorg en bemoeizorg ertoe kunnen bijdragen dat de groei van het aantal dwangopnamen vermindert.

 De psychiaters, geneesheren-directeuren en secretarissen van Bavo Europoort, Bouman GGZ, Delta Psychiatrisch Centrum, Erasmus MC en Riagg Rijnmond leverden informatie voor dit onderzoek; de GGD Rotterdam Rijnmond financierde het onderzoek.



## LITERATUUR

- Bagby, R. M., Thompson, J. S., Dickens, S. E., e.a. (1991). Decision making in psychiatric civil commitment: an experimental analysis. *The American Journal of Psychiatry*, 148, 28-33.
- CBS (2008). Methoden Statline. from <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/methoden/toelichtingen/alfabet/a/allochtoon.htm>.
- Claassen, D. (2007). Financial incentives for antipsychotic depot medication: ethical issues. *Journal of Medical Ethics*, 33, 189-193.
- Derksen, M.T., Timmerman, L., & Stronks, D.L. (1999). De praktijk van de onvrijwillige opname. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 41, 45-49.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg (2005). Jaarrapport BOPZ 2003. Den Haag.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg (2007). Tabellenboek Wet Bopz 2002-2006. Den Haag.
- Guy, W. (1976). *Clinical Global Impression. ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology, revised*. Rockville: National Institute of Mental Health.
- Henderson, C., Flood, C., Leese, M., e.a. (2004). Effect of joint crisis plans on use of compulsory treatment in psychiatry: single blind randomised controlled trial. *BMJ*, 329, 136.
- Jongeleen, J.J.A., & Mulder, C.L. (2006). Bewind en curatele ter preventie van verloedering van psychiatrische patiënten. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 48, 395-398.
- Lorant, V., Depuydt, C., Gillain, B., e.a. (2007). Involuntary commitment in psychiatric care: what drives the decision? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42, 360-365.
- Mulder, C.L., Broer, J., Uitenbroek, D., e.a. (2006). Versnelde stijging van het aantal inbewaringstellingen na de invoering van de Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (Bopz). *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 150, 319-322.
- Mulder, C.L., & Tielens, J.A.E. (2008). Opvattingen over maatschappelijke teloorgang en zelfverwaarlozing beïnvloeden keuze voor dwangopname. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 50, 229-235.
- Nijman, H.L.I., à Campo, J.M.L.G., & Ravelli, D.P. (1999). Stijging van het aantal onvrijwillige opnamen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 41, 103-107.
- NVVP-commissie Richtlijn besluitvorming dwang (2008). *Richtlijn besluitvorming dwang: opname en behandeling*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Sattar, S.P., Pinals, D.A., Din, A.U., e.a. (2006). To commit or not to commit: the psychiatry resident as a variable in involuntary commitment decisions. *Academic Psychiatry*, 30, 191-195.
- Staring, A.B.P., Mulder, C.L., van der Gaag, M., e.a. (2006). Understanding and improving treatment adherence in patients with psychotic disorders: a review and a proposed intervention. *Current Psychiatry Reviews*, 2, 487-494.
- Torrey, W.C., Drake, R.E., Dixon, L., e.a. (2001). Implementing evidence-based practices for persons with severe mental illnesses. *Psychiatric Services*, 52, 45-50.
- Wierdsma, A.I., Dieperink, C.J., & Koopmans, G.T. (1999). Regionale informatie over de geestelijke gezondheidszorg: ontwikkelingen en toepassingen. *Nederlands Tijdschrift voor Medische Administratie*, 95, 16-21.

## AUTEURS

S.C. DE VRIES is psycholoog en werkzaam bij de afdeling Psychiatrie van het Erasmus MC voor het O3 Onderzoekcentrum GGZ Rijnmond.

A.W.B. VAN BAARS is arts in opleiding tot psychiater en werkzaam bij de afdeling psychiatrie van het Erasmus MC en bij Bavo Europoort.

C.L. MULDER is bijzonder hoogleraar Openbare Geestelijke Gezondheidszorg en programmaleider van het O3 Onderzoekcentrum GGZ Rijnmond, Erasmus MC, Rotterdam en is werkzaam bij de GGD Rotterdam-Rijnmond en bij Bavo Europoort.

Correspondentieadres: S.C. de Vries, O3 onderzoekcentrum GGZ Rijnmond, Erasmus MC, afdeling Psychiatrie, Postbus 2040, 3000 CA Rotterdam.

E-mail: s.c.devries@erasmusmc.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 5-1-2009.

## SUMMARY

Independent psychiatrists rarely dispute an application for compulsory admission – S.C. de Vries, A.W.B. van Baars, C.L. Mulder –

**BACKGROUND** In recent years in the Netherlands there has been a marked increase in the number of compulsory admissions, particularly those that require court authorisation. Little is known about the decision-making process that precedes the issuing of a court authorisation for compulsory admission.

**AIM** To obtain more insight into the factors that an independent psychiatrist has to consider when assessing whether he or she should sign a medical certificate that will advise on compulsory admission.

**METHOD** Data on clinical and demographic patient characteristics were gathered for 862 commitment applications. Motives for rejection of the application or doubt about the necessity of commitment were collected.

**RESULTS** In the case of 9% of the applications, the psychiatrist hesitated about the need for compulsory admission but nevertheless signed the necessary medical certificate. In the case of 3% of the applications, the psychiatrist turned down the application for compulsory admission. The psychiatrist found to reject or query an application less often if a patient presented a direct physical threat to himself or others. The principal reason for rejecting an application for compulsory admission was the possibility that an alternative type of treatment was available.

**CONCLUSION** In principle the independent psychiatrist nearly always signs a medical certificate if the clinician treating the patient had requested a court authorisation. Factors that might help to reduce the number of court authorisations are better and earlier use of intensive care services, improved management or the deployment of legal restraints to prevent danger.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 51(2009)9, 641-650]

**KEY WORDS** court authorisation, Dutch Mental Health Act, psychiatric assessment