

Reactie op 'De rechter volgt de psychiater; een onderzoek naar de jurisprudentie over Bopz-aanvragen en – beslissingen in Nederland'

Het artikel van Stikker e.a. in het septembernummer van dit tijdschrift (2008) is een stap op weg om tot verheldering van de (grenzen van de) toepassingscriteria van de Wet Bopz te komen. Zoals in het artikel echter terecht wordt vermeld, is de gehanteerde onderzoeksmethode niet optimaal. De gebruikte casuïstiek uit het blad *Bopz Jurisprudentie* is namelijk in hoge mate geselecteerd. Dit geeft mogelijk een sterk vertekend beeld van de werkelijkheid.

Aan het slot van het artikel doen de auteurs de aanbeveling om systematisch casuïstiek waarbij de rechter het advies van de psychiater niet volgde te gaan vastleggen. In 2004 hebben wij op het 32ste Voorjaarscongres van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie de resultaten van een dergelijke registratie gepresenteerd (Schlösser e.a. 2002). Over de periode september 2000 tot oktober 2001 werden 88 opeenvolgende Bopz-rechtszittingen retrospectief geanalyseerd. De uitkomsten vormen ons inziens een interessante aanvulling op de uitvoeringspraktijk zoals besproken door Stikker e.a.

Het onderzoek vond plaats op een gesloten opnameafdeling van het Vincent van Gogh Instituut in Venray (nu GGZ Noord- en Midden-Limburg). In totaal werden 83 zittingen geanalyseerd. Vijf zaken kwamen niet ter zitting, omdat de maatregel reeds in de dagen ervoor was opgeheven. Het betrof 59 mannen en 24 vrouwen met een gemiddelde leeftijd van 34 jaar. In ons onderzoek volgde de rechter in meer dan 90% (75/83) het advies van de psychiater. Dit is fors hoger dan de 60% (60/99) uit de analyse van Stikker e.a. Dit verschil hangt ongetwijfeld samen met de genoemde selectie van de zaken voor het blad *Bopz Jurisprudentie*. Een al wat ouder onderzoek van Scholten en Tjandens (1996) naar 3800 Bopz-zittingen komt uit op 20% afgewezen vorderingen (inbewaringstellingen; IBS 25%; voorlopige machtigingen; VM 11%).

Daar waar de rechter het advies in ons zieken-

huis niet volgde, bleek het in 7/8 gevallen te gaan om een patiënt met de diagnose 'stemmingsstoornis', van wie er 3 zeer spoedig na het verlaten van de kliniek middels een maatregel heropgenomen werden. Als voornaamste reden voor het niet opvolgen van het advies van de psychiater werd een tijdens de rechtszitting (tijdelijk) goede presentatie van de patiënt (n = 6) aangeduid, in drie gevallen in combinatie met onduidelijkheid over het gevaarscriterium. In de helft van de gevallen gaf de patiënt aan wel vrijwillig opgenomen te willen zijn. Deze bevindingen komen overeen met de in het artikel genoemde gewijzigde omstandigheden ten tijde van de zitting ten opzichte van die ten tijde van de geneeskundige verklaring.

Het ontwikkelen en het gebruiken van instrumenten voor het beoordelen van (de ernst van) het gevaar en de stoornis, zoals de auteurs stellen, vormen naar ons idee geen wenselijke aanvulling. Wij delen wel het uitgangspunt dat primair de psychiater de stoornis en het daarmee verbonden gevaar vaststelt. De dialoog tussen rechter en psychiater dient hierbij centraal te staan. In ieder individueel geval spelen meerdere factoren een rol. Het is dus aan de psychiater om hier voldoende uitleg over te geven, bijvoorbeeld over het effect van de medicatie op de presentatie van de patiënt of over het feit dat een kortdurende goede presentatie past bij het ziektebeeld. Ook wanneer een patiënt aangeeft vrijwillig opgenomen te willen worden, is het van belang die uitspraak te toetsen aan de psychiatrische stoornis en uit te leggen in hoeverre deze houding als realistisch beschouwd kan worden. Een nieuw instrument ontwikkelen draagt hier niet per se aan bij. Specifieke individuele factoren dienen ter zitting te worden toegelicht, zodat de rechter optimaal geïnformeerd is en een goede beslissing kan nemen.

#### LITERATUUR

- Schlösser, R.H., van der Heijden, F.M., de Blecourt, C.V. (2004). De Bopz-rechtszitting: de psychiater w(r)ikt, de rechter beschikt (P.134). Samenvattingenboek 32ste Voorjaarscongres Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 189.

- Scholten, C.M., & Tjadens, F.L.J. (1996). *Wet Bopz/Evaluatiecommissie Wet Bijzondere Opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen. Deel 10. Verkommerden en verloederden*. Rijswijk: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Evaluatiecommissie Wet Bopz.
- Stikker, T.E., Schoevers, R.A., Swinkels, J.A., e.a. (2008). De rechter volgt de psychiater; een onderzoek naar de jurisprudentie over Bopz-aanvragen en -beslissingen in Nederland. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 50, 567-577.

## AUTEURS

F.M.M.A. VAN DER HEIJDEN is als psychiater werkzaam bij GGZ Noord- en Midden-Limburg.

R.H.P. SCHLÖSSER is als psychiater werkzaam bij het Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie, locatie Den Bosch en is werkzaam in eigen praktijk.

Correspondentieadres: dr. F.M.M.A. van der Heijden, GGZ Noord- en Midden-Limburg, RCG Venray, Stationsweg 46, 5801 AJ Venray.

E-mail: fvanderheijden@ggznm.nl.

TITLE IN ENGLISH Reaction on 'The judge follows the advice of the psychiatrist; an investigation into the jurisprudence concerning compulsory admission requests and decisions under the Dutch Act on Special Admissions to Psychiatric Hospitals (Bopz)'

## ANTWOORD aan Van der Heijden en Schlösser

Met belangstelling lezen wij de reactie van collega Van der Heijden en Schlösser op ons artikel. Zij blijken over interessante, zij het wat minder gemakkelijk toegankelijke data te beschikken, die inderdaad een nuttige aanvulling vormen op de door ons verzamelde gegevens vanuit de jurisprudentie. Een 'score' van 90% voor de psychiaters is hoog en in overeenstemming met de titel van ons artikel. Wel willen wij opmerken dat de door ons beschreven casuïstiek veel zaken omvat waarbij de aanvraag werd afgewezen op grond van formele beletsels die geen rol (meer) spelen wanneer daadwerkelijk een zitting in de kliniek plaatsvindt. Wanneer men deze van het totaal zou aftrekken, zou een beeld ontstaan dat nog meer overeenkomt

met deze bevindingen.

Wat betreft ons pleidooi voor het gebruik van een instrument om meer zicht te krijgen op aard en ernst van het gevaar, geven Van der Heijden en Schlösser aan dat zij meer zien in een individuele afweging. Wij zijn het met hen eens dat bij ieder geval een individuele afweging nodig is en dat hierin de expertise van de psychiater tot zijn recht komt. Dat was echter niet de achtergrond van onze suggestie. Uit ons artikel blijkt dat er weinig discussie plaatsvindt over de voor een Bopz-maatregel vereiste ernst van het gevaar. Dit betekent tevens dat in de praktijk weinig handvaten bestaan voor een weging van dit gevaar. De richtlijncommissie Dwangtoepassing van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie wijst dan ook in haar conceptrapport (februari 2008) op de mogelijkheid om gebruik te maken van de daarbij gevoegde 'Gevaar Beoordeling Checklist' (Mulder e.a.). Hoewel geen gevalideerd instrument, kan deze lijst nuttig zijn bij het systematisch in kaart brengen van het gevaar, en het ontwikkelen van meer consensus (en jurisprudentie) bij het standaardiseren van de gronden voor besluitvorming voor de medische verklaring.

Ook kan men er niet aan voorbijgaan dat bijvoorbeeld in de forensische psychiatrie is aangetoond dat een gestructureerde klinische risicotaxatie qua betrouwbaarheid en validiteit het ongestructureerde klinisch oordeel overtreft (zie bijv. Hilterman & Gresnigt 2003). Het is niet in te zien waarom dat in de hier bedoelde situatie anders zou zijn. Dit is een tweede reden om ontwikkeling en toepassing van hulpmiddelen die het klinisch oordeel structureren aan te bevelen.

## LITERATUUR

- Richtlijn Besluitvorming dwang: opname en behandeling. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, (ter perse).
- Hilterman, E.L.B., & Gresnigt, J.A.M. (2003). 'Het onderbuikgevoel en risicotaxatie in de forensische psychiatrie' in H. Groen, & M. Brost, (Red.), *Handboek forensische geestelijke gezondheidszorg*. Utrecht: De Tijdstroom.

## AUTEURS

R.A. SCHOEVERS is psychiater en A-opleider bij Mentrum GGZ Amsterdam.

T.E. STIKKER is jurist en werkzaam bij GGZ Nederland.

C.L. MULDER is hoogleraar Openbare Geestelijke Gezondheidszorg, en programmaleider van het O3 Onderzoekcentrum GGZ Europoort en Erasmus MC Rotterdam.

J.A. SWINKELS is psychiater en hoogleraar Richtlijnontwikkeling in de Geneeskunde aan het Academisch Medisch Centrum/Universiteit van Amsterdam en het Trimbos-instituut, Utrecht.

J. DEKKER is buitengewoon hoogleraar Evidence-based Psychologische Interventies aan de Vrije Universiteit Amsterdam.

W. VAN TILBURG is emeritus hoogleraar Psychiatrie VU medisch centrum, Amsterdam.

Correspondentieadres: dr. R.A. Schoevers, Mentrum GGZ Amsterdam, 2e Constantijn Huygensstraat 37, 1054 AG Amsterdam.

E-mail: robert.schoevers@mentrum.nl.

### Reactie op ‘Thiaminedeficiëntie veroorzaakt door malnutritie; een zeldzame oorzaak?’

Met belangstelling namen wij kennis van het artikel van Jong Baw e.a. (2008). Het is altijd interessant om een casus te lezen die wijst op oorzaken die gemakkelijk over het hoofd worden gezien of die al dan niet zeldzaam zijn. De casus van Jong Baw e.a. maakt eens te meer duidelijk dat het syndroom van Korsakov niet gelijkgesteld mag worden met een diagnose van alcoholisme, zelfs als dat tegenwoordig in westerse landen de meest voorkomende oorzaak is. Ons inziens was het op zijn plaats geweest Korsakov zelf de erkenning daarvoor te geven, want hoewel hij eerst in het Russisch de polyneuropathie en geheugenstoornissen bij alcoholisten beschreef, beschrijft hij in 1890 in het Duits zes patiënten, vijf vrouwen en een man, met eenzelfde ziektebeeld zonder dat er alcohol in het spel is.

Dat een thiaminedeficiëntie de oorzaak was, kon Korsakov nog niet weten. Pas in 1901 werd

vitamine B<sub>1</sub> ontdekt. De Nederlandse arts Christiaan Eijkman (1858-1930) legde toen ook het verband tussen thiamine en beriberi als gevolg van het eenzijdig eten van gepelde rijst. Hiervoor werd hem in 1929 de Nobelprijs voor Geneeskunde of Fysiologie toegekend. Pas in 1933 werd vitamine B<sub>1</sub> geïsoleerd, door Robert Williams (1886-1965), waarna hij het in 1935 kon synthetiseren. In 1936 kwam vitamine B<sub>1</sub> op de markt.

Het Duitse artikel van Korsakov is enkele jaren geleden in Nederland heruitgegeven (Hovens & Van der Ploeg 2006).

## LITERATUUR

Jong Baw, P.G., van Veen, M.M., & Hoek, H.W. (2008). Thiaminedeficiëntie veroorzaakt door malnutritie; een zeldzame oorzaak? *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 50, 611-615.

Korsakov, S.S. (1890). Über eine besondere Form psychischer Störung, kombiniert mit multipler Neuritis. *Archiv für Psychiatrie und Nervenheilkunde*, 21, 669-704. Herdrukt in J.E. Hovens, & G.J. van der Ploeg (2006). *De grote psychiatrie in klassieke teksten*. Utrecht: De Tijdstroom.

## AUTEURS

G.J. VAN DER PLOEG is psychiater en waarnemend opleider psychiatrie bij Delta Psychiatrisch Centrum te Poortugaal.

J.E. HOVENS is psychiater, opleider psychiatrie bij Delta Psychiatrisch Centrum en bijzonder hoogleraar Klinische Psychologie aan de Erasmus Universiteit Rotterdam.

Correspondentieadres: prof. dr. J.E. Hovens, Delta Psychiatrisch Centrum, afdeling A-opleiding, Postbus 800, 3170 DZ Poortugaal.

E-mail: j.e.hovens@deltapz.nl.

TITLE IN ENGLISH Reaction on ‘Thiamine deficiency caused by malnutrition: a rare cause?’

ANTWOORD aan *Van der Ploeg en Hovens*

Wij danken de briefschrijvers voor hun interessante aanvulling. Dat Korsakov dit ziektebeeld reeds in 1890 bij 6 patiënten heeft beschreven, was ons inderdaad niet bekend.

AUTEURS

P.G. JONG BAW is werkzaam als arts in opleiding tot psychiater bij de Parnassia Bavo Groep Den Haag.

M.M. VAN VEEN is werkzaam als arts in opleiding tot psychiater bij de Parnassia Bavo Groep Den Haag.

H.W. HOEK is opleider psychiatrie bij de Parnassia Bavo Groep Den Haag, hoogleraar Psychiatrie bij het Universitair Medisch Centrum Groningen en bijzonder hoogleraar Epidemiologie aan Columbia University, New York.

Correspondentieadres: prof. dr. H.W. Hoek, Parnassia Bavo Groep, Kiwistraat 43, 2552 DH Den Haag.

E-mail [w.hoek@parnassia.nl](mailto:w.hoek@parnassia.nl).