

## REACTIE OP

### ‘Stijgende trend in dwangtoepassing onder de Wet Bopz zet door; implicaties voor de nieuwe Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg’

Broer e.a. (2015) stellen in hun artikel in het aprilnummer van dit tijdschrift dat er een stijgende trend is in dwangtoepassing: gebruik van dwang (totaal), ambulante dwang en dwangopnames nemen toe. Echter, wanneer ik het artikel lees, blijkt dat enkel het aantal afgegeven Bopz-maatregelen onderzocht is. Dit roept vragen op. Wat zegt het aantal afgegeven Bopz-maatregelen eigenlijk over de hoeveelheid dwang in de ggz? Het is een beperkte opvatting van dwang. Het zegt niets over het aantal gedwongen ligdagen, over het gebruik van middelen, maatregelen of dwangbehandeling.

De toename van Bopz-maatregelen die gesuggereerd wordt, lijkt bij nadere beschouwing ook niet te kloppen. Een discussie over het toepassen van dwang is belangrijk, maar moet zorgvuldig gebeuren. Daarbij moeten we niet enkel naar frequenties van Bopz-maatregelen kijken, maar vele parameters zijn hierbij van belang. Zie ook Prinsen (2010), waarin ik reageer op het enkel beschouwen van de frequentie van separatie als maat voor dwang.

#### Toename IBS'en en RM'en?

Het aantal IBS'en zou met 15% zijn toegenomen. Weliswaar stellen de auteurs dat er na correctie voor de bevolkingsomvang geen lineaire stijging is, maar toch houden zij vast aan de conclusie dat het aantal inbewaaringstellingen (IBS'en) stijgt.

Uit de gegevens van figuur 1 in het artikel kunnen we berekenen dat het gemiddeld aantal IBS'en/100.000 inwoners/jaar 45,3 is (variatie 40-49). In 2003 waren dit er 43 en in 2013 47; dit zou een stijging suggereren. Als we echter 2004 (46) vergelijken met 2012 (44), kunnen we net zo goed concluderen dat er een daling is. Gezien de geringe afwijkingen van het gemiddelde en de kleine variatie concludeer ik dat het aantal IBS'en tussen 2003 en 2013, gecorrigeerd voor bevolkingsomvang, uitermate stabiel (en niet gestegen) is.

Er is wel een toename in het aantal voorlopige en voorwaardelijke machtigingen. De stelling dat het aantal machtigingen tot voortgezet verblijf zou toenemen met 22% is niet correct. Uit figuur 2 blijkt een gemiddeld aantal machtigingen tot voortgezet verblijf van 19,7/100.000 inwoners/jaar (variatie 17-24). In 2003 was dit aantal 20 en in 2013 was het 24. Van een echte stijging kan niet worden gesproken en zeker niet in verhouding tot de stijging van

het aantal voorlopige machtigingen. Conclusie: relatief minder voorlopige machtigingen worden gevolgd door een machtiging voortgezet verblijf. Verder speculerend: er volgt relatief vaker een voorwaardelijke machtiging en patiënten worden dus sneller ontslagen, het aantal ligdagen neemt af. Toch wordt in het artikel gesteld dat de voorwaardelijke machtiging haar doel niet bereikt.

#### Factoren

Broer e.a. noemen meerdere factoren als mogelijke verklaring voor de veronderstelde stijging van het aantal Bopz-maatregelen. Naast andere factoren noemen zij de sterke afname van het aantal klinische opnamedagen (2007 t.o.v. 1995 daling van 40%). Dit is in tegenspraak met de algehele lijn van het artikel dat dwang toeneemt. De auteurs schrijven wel dat onduidelijk is of de tijdsperiode van dwangtoepassing ook is toegenomen, maar verbinden

#### LITERATUUR

- Barkhof E, Stikker TE, Ritzen V, Hondius AJK. Schakelen tussen Wet forensische zorg en Wet verplichte ggz. *Journal GGZ en Recht* 2014; 5: 4-8.
- Broer J, Koetsier H, Mulder CL. Stijgende trend in dwangtoepassing onder de Wet Bopz zet door; implicaties voor de nieuwe Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg. *Tijdschr Psychiatr* 2015; 57; 240-7.
- Dijkers WJAM, Widdershoven TP. Teksten Bopz, Sdu uitgevers, 2015; 182-184
- Prinsen EJD. Tegen de stroom in, over behandeling met dwang. *MGV* 2010; 65; 63-72

#### AUTEUR

**ELNATHAN J.D. PRINSEN**, psychiater IHT-team, Dimence, Deventer.

#### CORRESPONDENTIEADRES

E.J.D. Prinsen, Dimence, Postbus 110, 8000 AC Zwolle.  
E-mail: e.prinsen@dimence.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

#### TITLE IN ENGLISH

Reaction on 'The number of compulsory admissions continues to rise: Implications for the new Dutch law on obligatory mental health care'



ARTIKEL



daar geen conclusies aan. Terwijl de hoeveelheid dwang toch de vermenigvuldiging is van frequentie maal duur.

### Wet verplichte ggz

Broer e.a. spreken de verwachting uit dat de frequentie van ambulante dwang en die van dwangopnames zal toenemen onder de nieuwe wet Verplichte ggz (Wvggz). Deze stelling onderbouwen de auteurs niet. Ook hier spreken zij enkel over frequentie en niet over inhoud of duur. Vergelijkingen op basis van frequentie kunnen niet leiden tot in de praktijk bruikbare uitkomsten om twee redenen. Ten eerste: als de frequentie toeneemt, maar de duur afneemt, de inhoud minder restrictief en meer doelmatig is en er meer rekening wordt gehouden met voorkeuren van patiënt en familie (zoals de wet beoogt), is dat dan fout? Ten tweede verschillen de populaties van de Wet Bopz en de Wvggz. Enerzijds zullen door de Wet Zorg en dwang psychogeriatrische patiënten en mensen met verstandelijke beperkingen die gedwongen worden opgenomen onder de wet Bopz niet meer onder de Wvggz vallen. Anderzijds zal er een toename zijn van het aantal machtigingen vanuit het forensische veld door de schakeling met de Wet Forensische zorg (zie o.a. Barkhof e.a. 2014). Een vergelijking waarbij beoogde positieve maatschappelijke uitkomsten (hoofdstuk 2 Wvggz; Dijkers & Widderhoven 2015) worden meegenomen, lijkt meer voor de hand te liggen: verbetering van kwaliteit van leven, zorg gericht op rehabilitatie, waarbij patiënt- en familievoorkeuren worden meegenomen in de behandeling, minder nadelige effecten door langdurige dwang, afname van overlast/agressie.

### Intensieve ambulante behandeling

Bijna terzijde noemen Broer e.a. dat er lokaal goede resultaten bereikt worden door inzet van intensieve ambulante behandeling, zowel flexibele assertive community treatment (FACT) als intensive home treatment (IHT). De cijfers uit Noord-Holland-Noord zijn veelbelovend. De Wvggz zal juist deze ambulante behandelvormen meer mogelijkheden bieden, zodat behandelaren samen met patiënten en familie tot een (gedwongen) ambulante zorgplan kunnen komen. Daarom spreek ik de verwachting uit dat de ingezette afname van het aantal 1BS'en en het stoppen van de stijging van het aantal RM'en en duur van klinische opnames, juist versterkt zal doorzetten met de nieuwe ambulante mogelijkheden die de Wvggz gaat bieden.

De roep om betere registratie van toegepaste dwang met inachtneming van meer klinisch bruikbare parameters steun ik van harte.

## ANTWOORD AAN

### Prinsen

Collega Prinsen reageert op ons artikel over de stijgende trend in dwangtoepassing onder de Wet Bopz en vraagt zich af wat de frequentie van Bopz-maatregelen zegt over de duur van dwang. Het antwoord is 'onvoldoende'; daarover zijn we het roerend eens. Graag hadden we meer willen vermelden over het aantal dagen dat dwang van toepassing was, maar de beschikbare cijfers laten dit niet toe. In ons artikel beoogden wij niet in te gaan op middelen, maatregelen of dwangbehandeling. Het artikel gaat over dwang in de zin van afgegeven Bopz-maatregelen.

We zijn het met Prinsen eens dat de cijfers over 1BS variabel zijn over de onderzochte tijdsperiode en min of meer 'stabiel' zijn. Door het gebruik van meerjaarsgemiddelde cijfers ontstaat een evenwichtiger beeld en daar hadden we, wat betreft de cijfers over het aantal 1BS'en, inderdaad beter voor kunnen kiezen.

Over de toename van voorlopige machtigingen 2013 t.o.v. 2003 (+50%) bestaat geen verschil van inzicht (figuur 3). Bij de toename van machtigingen voortgezet verblijf (mvv's) merkt Prinsen op dat een toename van 20 naar 24 per 100.000 geen 'echte' stijging zou zijn (+18%). Wij denken van wel. Terecht merkt Prinsen op dat de mvv verhoudingsgewijs minder stijgt dan de toename van de voorlopige machtiging. Vervolgens duidt hij dat als kortere duur van dwangopname. Dat klopt niet. In 2013 waren er op populatieniveau ten opzichte van 2003 meer voorlopige machtigingen (+50%) en ook meer mvv's (+18%). Beide dragen bij aan meer ligdagen met dwang.

We stellen niet – zoals Prinsen suggereert – dat voorwaardelijke machtiging haar doel niet bereikt. Wel zeggen we dat de sterke toename van frequentie van ambulante dwang niet gepaard gaat met een lagere frequentie van dwangopnames. Ambulante dwang kan bijdragen aan een betere kwaliteit van leven vergeleken met dwangopname en we hopen dat dit het geval is.

De referentie naar afname van het aantal klinische opnamedagen (40%) is van toepassing op alle ggz-opnames (en niet dwangopnames). Er is dus geen tegenspraak in het artikel wat betreft de toename van de frequentie van dwang.

We zijn het roerend met Prinsen eens dat de huidige registratiesystemen het laten afweten. Het is beslist nodig om in het kader van de Wvggz een beter registratiesysteem op te zetten waarin zowel frequentie als duur wordt gedocumenteerd. Verder moeten ook anoniem unieke personen kunnen worden onderscheiden om te weten hoe groot de groep patiënten is die met dwang geconfronteerd wordt.

Over de Wvggz maakt Prinsen twee opmerkingen. Ten eerste: als de duur van dwang afneemt en leidt tot een betere kwaliteit van leven, dan is dat een verbetering die beoogd wordt door deze wet. Dat juichen we uiteraard toe. Ten tweede: de deelpopulaties van de Wet Bopz en de Wvggz verschillen. Binnen de Wvggz, als deze niet gewijzigd wordt, zou er een afname van het aantal psychogeriatrische patiënten en patiënten met verstandelijke beperkingen zijn en een toename van het aantal patiënten in het kader van de Wet forensische zorg. Hiervoor zal men moeten corrigeren in toekomstige evaluaties.

De beoogde maatschappelijke uitkomsten van de Wvggz ondersteunen wij van harte. We hopen dat deze beoogde doelstellingen gerealiseerd zullen worden. Modelgetrouwe kwaliteit van *assertive community treatment* (ACT) draagt bij aan het verbeteren van de kwaliteit van leven en van het functioneren van patiënten met ernstige psychiatrische problemen (Van Vugt 2015), en flexibele ACT (FACT) waarschijnlijk ook. Doorlopende training van (F)ACT-teams en visitatie zijn randvoorwaarden om dat te realiseren.

Intensieve ambulante behandeling in bepaalde regio's biedt perspectief op een lager gebruik van dwang(opnames) en Bopz-maatregelen. Deze *best practice* elders implementeren zal veel gecoördineerde inzet vragen.

In de afsluitende zin van Prinsen blijkt dat we het eens zijn. Een goede registratie is nodig om evaluatie van beleidsdoelstellingen van de Wvggz mogelijk te maken. Vergelijking van landelijke cijfers over dwang op basis van frequentie maal duur zal nu niet lukken. Mogelijk kan dit gebeuren op basis van verdiepend onderzoek in ggz-casusregisters en in de toekomst door een adequaat registratiesysteem.

## LITERATUUR

- Vugt van M. *Assertive community treatment in the Netherlands*. (Proefschrift). Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam; 2015.

## AUTEURS

**JAN BROER**, epidemioloog en forensisch arts, GGD Groningen.

**NIELS MULDER**, bijzonder hoogleraar Openbare Geestelijke Gezondheidszorg, Epidemiologisch en Sociaal Psychiatrisch Research Instituut, Erasmus MC, Rotterdam.

**HUGO KOETSIER**, geneesheer-directeur, GGZ Noord-Holland-Noord, Heiloo.

## CORRESPONDENTIEADRES

Dr. J. Broer, afd. Advies & Beleid publieke gezondheidszorg, GGD Groningen, Postbus 584, 9700 AN Groningen.  
E-mail: jan.broer@ggd.groningen.nl