

Het grijze gebied tussen gedwongen en vrijwillige opnames

Een verkenning vanuit de dagelijkse praktijk van de acute psychiatrie

door R. Hoekstra, P.K.J. Ronhaar en R.B. Laport

Gepubliceerd in 1996, no. 10

Samenvatting

Door middel van vragenlijsten werd bestudeerd hoe het opnameproces in de praktijk van de acute psychiatrie verloopt vanaf het moment dat de beoordelaar opname in een psychiatrisch ziekenhuis geïndiceerd acht. Het soms optredende dilemma tussen een gedwongen en vrijwillige opname hebben wij belicht tegen de achtergrond van de BOPZ. Er blijkt een kleine groep patiënten te zijn met een ernstige psychiatrische stoornis wier bereidheid, voor zover te beoordelen tijdens het eerste contact, onvoldoende wordt geacht, en het gevaar lijkt te gering voor een inbewaringstelling. Bij de beoordeling van het gevaar dat deze patiënten veroorzaken, wordt in onze praktijk vaak het beloop in tijd actief gevolgd, hetgeen in veel gevallen een cumulatie van gevaarsaspecten te zien geeft. Voor de beoordeling van het al dan niet ultiem zijn van het ‘remedium’ bleek in onze acute dienst bij deze twijfelgevallen vooral rekening te worden gehouden met de voorgeschiedenis en het steunsysteem.

Inleiding

Beïnvloed door factoren die samenhangen met de patiënt, zijn omgeving, de verwijzer, de beoordelaar zelf en ten slotte het behandelaanbod van het opnemende ziekenhuis kan de psychiater in de acute dienst een opname in een psychiatrisch ziekenhuis geïndiceerd achten (Gersons 1986; Schudel 1979). Nadat hij echter tot dit oordeel is gekomen, kan hij bij het daadwerkelijk tot stand brengen van de opname nog verschillende voetangels en klemmen tegenkomen. Indien de patiënt meteen akkoord gaat met opname, is er geen enkel probleem. Ook als er een zeer evident gevaar ontstaat door de psychiatrische stoornis en de patiënt niet bereid is zich te laten opnemen, wordt meestal niet lang getwijfeld en is een dwangmaatregel het gevolg. Er kan een impasse ontstaan wanneer de arts enerzijds van mening blijft dat opname de beste manier zou zijn om de crisissituatie te doorbreken, terwijl anderzijds - met het oog op toepassing van de BOPZ - er gereede twijfel is over de ernst van het gevaar dat de patiënt veroorzaakt en hij of zij onvoldoende bereidheid tot vrijwillige opname toont. Opname kan dan niet plaatsvinden.

Weinig houvast bood in dit soort situaties de aloude Krankzinnigenwet, die een oordeel vroeg over het gevaar voortvloeiend uit de stoornis van de geestesvermogens. Beoordeling van de toerekeningsvatbaarheid is moeilijk, en het voorspellend vermogen van de psychiater aangaande zowel de psychiatrische prognose als het gevaar blijkt erg gering te zijn (Janssen en Donker 1989; Pols 1990; Van de Klippe 1990). Het gevaarscriterium werd vanaf 1982 ingeperkt door afschaffing van het zogenaamde bestwilprincipe, maar ook toen bleef veel interpretatieruimte over.

De invoering van de BOPZ heeft het beoordelingsproces bij dergelijke situaties niet vereenvoudigd (Pols 1994; Kortmann 1993; Legemaate 1994). Er zijn twee al evenzeer subjectieve factoren bij gekomen. 'Nodige bereidheid' is een moeilijk te definiëren begrip, zoals ook het geval is bij termen als 'wilsonbekwaamheid' en 'toerekeningsvatbaarheid' (Pols 1990; Tholen 1990). Zo de patiënt al in staat is een uitspraak te doen over bereidheid tot opname, dan nog is objectivering hiervan moeilijk. Ook het begrip 'ultimum remedium' is niet eenduidig interpreteerbaar. Alleen al door de beperkte tijd waarin tot een oordeel moet worden gekomen - een belangrijk kenmerk van het werk in de acute dienst - kan men vaak niet alle alternatieven beoordelen of onderzoeken (Broers e.a. 1993; Janssen en Donker 1989).

De bovenbeschreven situaties waarin een impasse is ontstaan hebben wij nader bestudeerd. Door middel van (semi-)gestructureerde interviews met beoordelaars in de acute dienst hebben wij een beschrijvende studie verricht naar het verloop van het opnameproces in de praktijk van de acute dienst vanaf het moment dat de beoordelaar een opname geïndiceerd acht. Dit proces hebben wij belicht tegen de achtergrond van de BOPZ.

Methoden

Vanaf 1 juli 1993 werden gedurende drie maanden gegevens verzameld over alle patiënten bij wie - binnen of buiten kantooruren - in de acute dienst een opname-indicatie voor een psychiatrisch ziekenhuis of PAAZ werd gesteld. De opname-indicatie moest gesteld zijn door een psychiater of arts-assistent van de acute dienst van het RNO te Rotterdam en moest besproken zijn met of ten minste meegedeeld zijn aan de patiënt en/of familieleden. Patiënten met primair verslavings- en/of acute somatische problemen evenals opnames in crisiscentra, verslavingsklinieken of somatische afdelingen van algemene ziekenhuizen werden buiten beschouwing gelaten.

Gegevensverzameling vond plaats door middel van vragenlijsten die na afloop van het consult ingevuld werden door de beoordelend psychiater c.q. arts-assistent en de sociaal-psychiatrisch verpleegkundige. Onderzocht werden consult- en patiëntkenmerken die in de literatuur werden genoemd als mogelijk van invloed op het opnameproces (o.a. Marson e.a. 1988; Gersons 1986). Dit betrof onder andere demografische gegevens, gegevens over de aanmelding, de voorgeschiedenis, de DSM-III-R-code, de Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS-E) en de factoren gevaar, bereidheid en het steunsysteem. Analooq aan het onderzoek van Bengelsdorf e.a. (1984) werden deze laatste factoren ook gekwantificeerd. Gescoord kon worden op een schaal van 1 tot 5 per item, waarbij 1 het meest ernstig is.

Er werd een tweedeling gemaakt tussen 'directe' opnames en 'uitgestelde' opnames. De cesuur werd vastgesteld op 36 uur, waarbij de overweging was dat opnames die in verband met een eventueel tekort aan directe plaatsingsmogelijkheden de volgende dag plaatsvonden, toch als directe opnames gelden omdat hier in geen geval sprake is van extra drang op de patiënt of een anderszins veranderde situatie. Als de opname na de termijn van 36 uur plaatsvond, werden opnieuw gegevens verzameld over de bemoeienissen van de acute dienst met de patiënt in de periode tussen de opname-indicatie en de feitelijke opname. Bovendien werden gegevens over de verschillende overwegingen die een rol speelden, de verstreken tijd tussen opname-indicatie en de feitelijke opname en de juridische status genoteerd.

Resultaten

Gedurende drie maanden werd bij 50 patiënten een opname-indicatie gesteld. De hoeveelheid opnames en het percentage inbewaringstellingen hiervan zijn voor onze acute dienst normaal. Alle 50 patiënten bij wie een opname-indicatie werd gesteld, werden opgenomen. Bij 11 geschiedde dit binnen 36 uur na de opname-indicatie middels een inbewaringstelling, bij 32 binnen 36 uur op vrijwillige basis en bij de

overige 7 zat er een periode langer dan 36 uur tussen de opname-indicatie en de feitelijke opname.¹

Wat betreft demografische kenmerken, sociale omstandigheden, de voorgeschiedenis en de onbekende gegevens is deze onderzoekspopulatie vergelijkbaar met de populatie die gezien wordt in de acute diensten van de RIAGG's in Nederland zoals onder andere beschreven door Gersons, Hodiament e.a. (1993). Het vrouwelijk geslacht was enigszins oververtegenwoordigd (60%). Ook de patiënten met een niet-Nederlandse culturele achtergrond zijn in onze onderzoekspopulatie licht oververtegenwoordigd ten opzichte van de populatie die gezien wordt in de crisisdiensten van de RIAGG's in Nederland.

Demografische gegevens. De gehele populatie is jong te noemen met 68% tussen 25 en 44 jaar. Een groot deel van de gehele onderzoekspopulatie is alleenwonend, niet gehuwd en zonder betaalde arbeid. De groep die binnen 36 uur vrijwillig werd opgenomen, ziet er wat dit betreft 'enigszins anders uit: iets minder alleenwonenden en vaker werk. Vooral van de patiënten die direct door middel van een IBS werden opgenomen, waren veel demografische gegevens onbekend.

Aanmelding. Van de patiënten die direct een IBS krijgen, is 45% aangemeld via de politie. Hierin onderscheidt deze groep zich van de andere groepen, waarin dit bij minder dan 10% gebeurt.

Voorgeschiedenis. Vierentwintig procent van de gehele onderzoekspopulatie heeft meer dan één psychiatrische opname doorgemaakt. Het merendeel (74%) heeft in verband met psychische problemen ambulante hulp gehad, in ieder geval in het jaar voorafgaand aan de huidige aanmelding. Veel patiënten echter zijn in de laatste maand vóór aanmelding verstoken gebleven van deze hulp, en dit geldt relatief het vaakst voor patiënten uit de groep uitgestelde opnames. Het zijn ook deze patiënten die vaker opnames in psychiatrische ziekenhuizen hebben doorgemaakt en in totaal langduriger opgenomen zijn geweest. Vooral van de patiënten die direct middels een IBS werden opgenomen, ontbraken veel gegevens over de voorgeschiedenis.

Psychopathologie. De psychopathologie is in geringe mate onderscheidend. In alle patiëntengroepen wordt als voorlopige classificatie (in hoofdgroepen van de DSM-III-R) bij ongeveer de helft een (functionele, niet affectieve) psychotische stoornis (i.e. schizofrenie, waanstoornis of niet elders geclassificeerde psychotische stoornis) en bij een kwart stemmingsstoornis genoemd. In tabel 1 zijn de BPRS-items die in meer dan de helft van de gevallen met 4 of hoger (op een schaal van 0 tot en met 7) werden gescoord, naast elkaar gezet. We zien dat de patiënten die direct gedwongen worden opgenomen, zich meer extrovert presenteren.

Gevaar. De patiënten die gedwongen worden opgenomen, zowel direct als enige dagen later, worden altijd (dreigend) gevaarlijk geacht en in driekwart van de gevallen wordt dit gevaar als ernstig beoordeeld. In deze groep is de dreiging vooral gericht op anderen. Van de direct vrijwillig opgenomen patiënten heeft slechts 11% een maximaal gevaar, en als er sprake is van dreiging, is dit meestal gericht op de patiënt zelf. Dit betrof telkens de eerste beoordeling in de acute dienst. Het oordeel over het gevaar vormde zo een belangrijke factor voor het verdere beleid omtrent de latere opname. Op een schaal van 1 tot 5, waarbij 1 een ernstig gevaar betekent en 5 geen gevaar, beoordeelde men de direct met een dwangmaatregel opgenomen patiënten gemiddeld met 1,9 en de uitgestelde dwangopnames met 2,5. De vrijwillig opgenomen patiënten scoorden respectievelijk 3,6 en 4,0.

Bereidheid. Vijfenvertig procent van de patiënten die direct gedwongen werden opgenomen, gaf bij de eerste beoordeling aan niet akkoord te gaan met de opname. Tien procent gaf wel bereidheid aan, maar dit werd als niet voldoende beoordeeld. De overige 45% zei niet expliciet ja of nee, waarmee niet voldaan werd aan het criterium 'nodige bereidheid'. Bij kwantificering op een schaal van 1 tot 5, waarbij 1 'geen bereidheid' betekent en 5 'volledige bereidheid', beoordeelde men de direct en later

met een dwangmaatregel opgenomen patiënten gemiddeld respectievelijk met 1,8 en 1,5. Opvallend is de lage score van 2,0 bij de later vrijwillig opgenomen patiënten (in tegenstelling tot 3,4 bij de direct vrijwillig opgenomen patiënten).

Ultimum remedium. Alle patiënten bij wie een opname-indicatie werd gesteld, werden vroeg of laat opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis. Indien men niet direct tot opname kwam, waren er vrijwel altijd meerdere contacten tussen de acute dienst en de patiënt in de periode tussen de indicatiestelling en de opname. Contact met personen uit het steunsysteem en met de huisarts of andere hulpverleners vond ook altijd plaats in deze periode.

Het wegvallen van het supportsysteem is vaak doorslaggevend in de beslissing de patiënt uiteindelijk toch op te nemen. Naast een toename van het gevaar werd vrijwel altijd door de invullers van de vragenlijsten een vermindering van de steun van de omgeving als belangrijkste factor aangegeven om nu toch tot opname over te gaan (bijvoorbeeld conflicten met familie of anderen uit de omgeving, of uitputting van het steunsysteem). Bij de groep uitgestelde opnames verwacht men vaak nog mensen uit de omgeving te kunnen mobiliseren, alsook de voor de patiënt vertrouwde behandelaar. Als familie, vrienden of andere betrokkenen aangeven steun te willen en kunnen bieden, wordt de patiënt soms het voordeel van de twijfel gegund en wordt er niet tot opname overgegaan. Ook dit supportsysteem werd op basis van de beschikbare informatie beoordeeld op een schaal van 1 tot 5, waarbij de (al dan niet direct) gedwongen opgenomen patiënten slechter scoorden dan de vrijwillig opgenomen.

Vier van de zeven patiënten bij wie de opname werd uitgesteld, werden uiteindelijk toch met een inbewaringstelling opgenomen, vaak door een cumulatie van (te verwachten) problemen. Deze werden alle bekrachtigd. De andere drie werden na aandringen vrijwillig opgenomen, maar twee van deze patiënten vertrokken reeds binnen een dag uit het ziekenhuis. Plaatsen we de meest relevante resultaten naast elkaar, dan ontstaat het beeld als in tabel 1.

Nabeschouwing

Globale beschouwing van de resultaten levert op dat er onderscheid is te maken tussen patiënten die direct worden opgenomen, dat wil zeggen binnen 36 uur na de indicatiestelling in de acute dienst, en hen die later in een psychiatrisch ziekenhuis worden opgenomen. Blijkbaar is bij de direct opgenomen patiënten de situatie wat betreft de belangrijkste opnamecriteria bij de eerste beoordeling reeds voldoende duidelijk en kan zonder al te veel moeilijkheden de opname bewerkstelligd worden. Patiënten die direct met een inbewaringstelling worden opgenomen, worden in tegenstelling tot diegenen die vrijwillig worden opgenomen, vaak aangemeld door de politie, zijn veelal onbekend, veroorzaken vaak een ernstig gevaar en zijn extroverter.

Tabel 1: De factoren die het meest duidelijk onderscheid maken tussen de categorieën

	direct IBS	uitgestelde opname		direct vrijwillig
		later IBS	later vrijwillig	
aantal	11	4	3	32
gegevens	veel onbekend	veel oude bekenden, dus meer informatie beschikbaar		door betere communicatie meer bekend
aanmelder	vaak politiearts en beoordeling in cel	huisarts		huisarts
voorgeschiedenis	veelal onbekend, ten minste 25% eerder opgenomen	bekend bij GGZ, echter recent geen contact met behandelaar; meerderheid heeft opnames gehad		helft laatste 5 jaar geen opnames
BPRS	inhoudelijke denkstoornissen, opwinding, agitatie, bizar gedrag, motorische onrust, vijandigheid, achterdocht	vijandigheid, achterdocht, inhoudelijke denkstoornissen, hallucinaties, opwinding, agitatie, gemaniëreerdheid, bizar gedrag, motorische onrust, afleidbaarheid	achterdocht, inhoudelijke denkstoornissen, bizar gedrag	angst, depressie
gevaar	ernstig (1,9)	redelijk ernstig (2,5)	gering (4,0)	gering (3,6)
bereidheid	gering (1,8)	zeer gering (1,5)	gering (2,0)	redelijk (3,4)
steunsysteem	beperkt (2,6)	zeer beperkt (2,0)	redelijk (4,0)	beperkt (3,1)

Bij het item 'BPRS' (Brief Psychiatric Rating Scale) zijn de factoren genoemd die bij ten minste 50% van de patiënten uit de betreffende groep met 4 of hoger scoren (op een 7-puntsschaal).

Achter de beschrijvingen van de factoren gevaar, bereidheid en steunsysteem staan tussen haakjes de gemiddelde scores vermeld, uitgaande van een 5-puntsschaal, waarbij 1 het meest ernstig is en 5 het meest ideaal, analoog aan de 'Crisis Triage Rating Scale' van Bengelsdorf (Bengelsdorf 1984).

Een interessante groep betreft de uitgestelde opnames. Er ontstaan hier problemen omdat de mening van de patiënt niet overeenkomt met de mening van de beoordelaar. Dan kunnen de criteria van de BOPZ een rol gaan spelen (Legemaate 1989; Laurs 1992; Van de Klippe 1992; Legemaate 1993).

Wanneer men tot het op zichzelf al moeilijke oordeel komt dat er sprake is van een stoornis van de geestesvermogens, wordt al snel de ernst van het gevaarsaspect gewogen. Wanneer dit niet zodanig ernstig is dat redelijkerwijs de IBS-procedure in gang kan worden gezet, blijken in onze praktijk de patiënt en het beloop in tijd actief te worden gevolgd. Dezelfde situatie kan dan, soms door andere beoordelaars, anders worden geïnterpreteerd, zoals Kaasenbrood (1988) beschreef, ofwel er kan een cumulatie van gevaarlijke aspecten optreden die alsnog tot een dwangopname leidt.

Wanneer de beoordelaar bij zijn standpunt blijft dat opname geïndiceerd is en het gevaar te gering blijft voor een dwangmaatregel, wordt in onze studie in drie van de vijftig gevallen getracht de motivatie tot opname te vergroten. Waarschijnlijk zag men dit als enige mogelijkheid om de situatie te doorbreken. Na voldoende drang had dit dan uiteindelijk opname tot gevolg, maar gezien het beloop van deze opnames kan ernstig worden getwijfeld aan het nut van een dergelijke interventie. Alternatieven voor opname, zoals motivering tot behandeling buiten het ziekenhuis, hadden hier de voorkeur moeten verdienen.

Naar aanleiding hiervan kan het belang van collegiaal overleg tijdens of na de 'beoordeling' nog eens benadrukt worden. (Tegen)overdrachtverschijnselen en een te sterke involvering met het systeem kunnen zo beperkt worden en leiden tot een objectiever oordeel over subjectieve factoren als gevaar, de toerekeningsvatbaarheid en de nodige bereidheid.

Janssen en Donker (1989) beschreven vanuit een participerende observatie in de acute dienst dat er sporadisch een zorgvuldige afweging wordt gemaakt tussen effecten, neveneffecten en alternatieven van opname. Bij de groep uitgestelde opnames kon deze zorgvuldigheid vergroot worden omdat dit veelal 'oude bekenden' betrof die slechts in de laatste maand voor de aanmelding in de acute dienst geen ambulante begeleiding hadden gehad. Juist in deze groep zijn de effecten en neveneffecten van vorige opnames bekend, kent men het beloop en de nazorg van een opname en heeft men vaak ervaring met bijvoorbeeld het voorschrijven van medicatie ter voorkoming van opname. Tevens kent men de mogelijkheden en beperkingen van het steunsysteem dat dan zoveel mogelijk gemobiliseerd wordt. Bovendien verwacht men soms nog een andere wending door inschakelen van de vertrouwde behandelaar.

In de groep uitgestelde opnames wordt in de meeste gevallen het steunsysteem van de patiënt veelvuldig in de overwegingen betrokken. Uitputting of anderszins verzwakking van familie of andere personen in de omgeving is vaak reden om toch te besluiten tot een dwangopname. In het kader hiervan kan specifiek psychiatrische thuiszorg, zoals dat bij een enkele RIAGG in ontwikkeling is, uitkomst bieden (nota Psychiatric Home Care, RNO 1995). Dit zou het steunsysteem in een situatie waarin er (net) niet aan de strikte criteria voor een IBS wordt voldaan, zodanig kunnen versterken dat een opname onder dwang voorkomen zou kunnen worden.

Wanneer nu de beoordelaar de voorgeschiedenis bestudeerd heeft, daarin geen andere mogelijkheden ontdekt, en de mogelijkheden van het steunsysteem te gering (geworden) acht, wordt in onze praktijk als ultiem remedium alsnog een IBS aangevraagd. Hier dringt de vraag zich op hoe ver een beoordelaar in de acute dienst moet gaan om een inschatting te maken van de dreigende gevaarlijke situatie en van de mogelijkheden om op een andere manier dan een gedwongen opname te interveniëren. De rechter kan later, op een rustiger tijd en plaats, meer in detail beoordelen of opname in een psychiatrisch ziekenhuis nog altijd onvermijdelijk is. Om in de acute situatie toch een indruk te krijgen van de factoren uit de BOPZ kunnen gestandaardiseerde meetinstrumenten die voor de acute psychiatrie nog slechts zeer weinig ontwikkeld en gebruikt zijn, van waarde zijn. Dit kan ook een meer objectieve manier zijn om het beloop in tijd te vervolgen, zeker indien eenzelfde patiënt door verschillende beoordelaars gezien wordt. Een voorbeeld van een dergelijke lijst is de 'Crisis Triage Rating Scale' van Bengelsdorf e.a. (1984).

Hoewel dit een oriënterende, descriptieve studie betrof, kunnen we samenvattend stellen dat het grootste deel van de patiënten die voor een opname in aanmerking komen, direct wordt opgenomen. Vrijwillig dan wel gedwongen blijkt te worden bepaald door de presentatie en de factoren gevaar en bereidheid. Daarnaast is er echter een groep patiënten met een ernstige psychiatrische stoornis wier bereidheid onvoldoende wordt geacht en de dreiging te gering om de IBS-procedure in gang te zetten. 'Nodige bereidheid' is een moeilijk te definiëren begrip. Ook beoordeling van de twee overige,

eveneens subjectieve criteria, te weten gevaar en 'ultimum remedium', stuit op problemen door de ruime interpretatiebreedte. Bij de beoordeling van het gevaar dat deze patiënten veroorzaken, wordt in onze praktijk vaak het beloop in tijd actief gevolgd, hetgeen in veel gevallen een cumulatie van gevaarsaspecten te zien geeft. Voor de beoordeling van het al dan niet ultiem zijn van het 'remedium' bleek in onze acute dienst bij deze twijfelgevallen vooral rekening te worden gehouden met de voorgeschiedenis en het steunsysteem.

Met dank aan dr. H.W.J. Henselmans en dr. P.P.G. Hodiament voor het kritisch doorlezen van het manuscript.

Noot

1. De tweede groep bevat 4 patiënten die weliswaar na meer dan 36 uur opgenomen werden, maar de oorzaak hiervan was louter een gebrek aan directe plaatsingsmogelijkheden. Zij vertoonden een maximale compliance, en er waren geen contacten meer na de opname-indicatie, zodat zij dus slechts overeenkomsten hadden met de patiënten die direct vrijwillig werden opgenomen.

Literatuur

Bengelsdorf, H., L.E. Levy, R.L. Emerson e.a. (1984), A Crisis Triage Rating Scale. Brief dispositional assessment of patients at risk for hospitalization. *The Journal of Nervous and Mental Disease*

, 172, 424-430.

Broers, P.J.M., H. van de Beek, H. Hull e.a. (1993), *Spoed geboden. Acute hulpverlening door de RIAGG*. Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid (NcGv-reeks; 93-7), Utrecht.

Gersons, B.P.R. (1986), *Acute psychiatrie*. Van Loghum Slaterus, Deventer.

Gersons, B.P.R., P.P.G. Hodiament, M.C.H. Donker, C.A. Th. Rijnders, H.R. Hull en I. van den Bogerd (1993), Acute psychiatrie in de RIAGG's in Nederland; een populatieonderzoek. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 35, 529-539.

Janssen, M.A., en M.C.H. Donker (1989), Psychiatrische besluitvorming rond gedwongen opname. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 44, 6, 619-633.

Kaasenbrood, A. (1988), De psychiater en het gevaarscriterium. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 30, 679-691.

Klippe, C.J. van de (1990), Wilsonbekwaamheid in de psychiatrie: zes benaderingen. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 45, 2, 123-138.

Klippe, C.J. van de (1992), De BOPZ op het binnenhof: bijna uitbehandeld. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 47, 3, 243-257.

- Kortmann, F.A.M. (1993), De BOPZ: de meningsverschillen blijven. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 48, 3, 235-246.
- Laurs, P.J.H. (1992), Een roman met een happy end? De novelle-BOPZ revisited. *Nederlands Juristenblad*, 20, 634-640.
- Legemaate, J. (1989), De onvrijwillige opneming. Enige juridische aspecten. *Medisch Contact*, 44, 25, 837-40.
- Legemaate, J. (1993), De BOPZ komt! *Medisch Contact*, 48, 12, 361-3.
- Legemaate, J. (1994), De BOPZ en de vrijwillige opneming. *Maandblad Geestelijk Volks- gezondheid*, 50, 6/7, 668-678.
- Marson, D.C., M.P. McGovern en H.C. Pomp (1988), Psychiatric decision making in the emergency room: a research overview. *American Journal of Psychiatry*, 145, 918-925.
- Pols, J. (1990), Zelfbeschikking in de psychiatrie. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 45, 5, 476-493.
- Pols, J. (1994), Dwang en rechtvaardiging in de BOPZ: dilemma's in de praktijk. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 49, 6/7, 635-650.
- RNO (1995), *Nota Psychiatric Home Care*.
- Schudel, W.J. (1979), Opname in een psychiatrisch ziekenhuis. Een overzicht van de beslissende factoren. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 34, 617-628.
- Tholen, A.J. (1990), Wilsonbekwaamheid en de rechtvaardiging van het bestwilprincipe. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 45, 11, 1154-1169.
- Wierdsma, A.L. (1994), *Gedwongen opnamen in Rotterdam*. GGD Rotterdam e.o.

Summary: On the boundary between compulsory and voluntary hospitalization

The dilemma between voluntary and compulsory hospitalization is discussed in the light of the Dutch Bill for involuntary admissions to psychiatric hospitals (BOPZ). By means of questionnaires we studied the process of admission in a psychiatric hospital from the moment when hospitalization was thought necessary, in the daily practice of the mobile psychiatric emergency service. There seems to be a distinct group of patients with a serious psychiatric illness, whose willingness to be hospitalized seems insufficient and the danger, forthcoming from the illness, seems to be too small for a compulsory admission. Often by actively following the course of the situation the danger caused by these patients is evaluated. In many cases a cumulation of dangerous situations appeared.

Our findings show that the argument of compulsory admission being 'the last resort' i.e. 'ultimum remedium' was mainly influenced by the psychiatric history and the remaining supportsystem.

R. Hoekstra is thans assistent-geneeskundige in opleiding op de afdeling Psychiatrie van het Academisch Ziekenhuis Rotterdam 'Dijkzigt'. P.K.J. Ronhaar is assistent-geneeskundige in opleiding in het Delta Psychiatrisch Ziekenhuis te Poortugaal. R.B. Laport is hoofd van de afdeling Psychiatrie van Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg RNO te Rotterdam, waar R. Hoekstra en P.K.J. Ronhaar ten tijde van deze studie werkzaam waren. Correspondentieadres: R. Hoekstra, Academisch Ziekenhuis Rotterdam' Dijkzigt, Afdeling Psychiatrie, Dr. Molewaterplein 40, 3015 GD Rotterdam.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 13-6-1996.