

Reactie op 'Beoordeling en management van het risico op gewelddadig gedrag'

Met belangstelling hebben wij het overzichtsartikel van Tholen (2009) bestudeerd. Het is bemoedigend om vast te stellen dat er binnen de algemene psychiatrie de intentie bestaat om gebruik te maken van risicotaxatie en -beheersing.

Het artikel richt zich vooral op patiënten met een primaire psychotische stoornis. Deze exclusieve focus doet de klinische realiteit onrecht aan: de kans op gewelddadig gedrag is groter bij patiënten met een primaire diagnose van een persoonlijkheidsstoornis of van middelenmisbruik dan bij patiënten met een psychotische stoornis als hoofddiagnose. Bovendien is het aantal niet-psychotische patiënten binnen de algemene psychiatrie veel groter dan het aantal patiënten met een psychose.

Wat de relatie tussen een psychotische stoornis en gewelddadig gedrag betreft, wordt in het artikel onvoldoende onderscheid gemaakt tussen drie types studies: die van ongeselecteerde geboortecohorten in de samenleving, die van de prevalentie van *major mental disorders* bij gedetineerden en follow-upstudies van psychiatrische patiënten die na een opname terugkeren in de samenleving. Dit onderscheid is belangrijk omdat de samenhang tussen psychiatrische stoornissen en delinquentie sterker zal zijn in de twee laatste types studies, vergeleken met de geboortecohorten. Delinquenten met psychiatrische stoornissen zijn oververtegenwoordigd in psychiatrische ziekenhuizen en gevangenissen als gevolg van het selectief effect van de vaak voorkomende gedwongen opnames c.q. opsluitingen.

Bij de bespreking van comorbiditeit van een psychotische stoornis met een antisociale persoonlijkheidsstoornis miste ik het concept van de *Deficient Affective Experience* (DAE)-score. Deze score verkrijgt men door een optelsom van vier items van de *Psychopathy Checklist Revised* (PCL-R). Deze DAE is erg voorspellend voor gewelddadig gedrag

en zou ingezet kunnen worden in de algemene psychiatrie.

In de inleiding refereert Tholen aan een artikel van Raes e.a. (2001) waarin geopperd wordt dat de meeste delinquenten en tbs-gestelden met een psychische stoornis contact hadden met de algemene ggz vóór het plegen van het indexdelict. Veel minder optimistische resultaten vonden we in een eigen onderzoek over psychotische tbs-gestelden (nog niet gepubliceerde gegevens). Tbs-gestelden met een psychotische stoornis hadden minder residentiële behandelperiodes, minder gedwongen opnames, een kortere duur van de totale behandeling en geen ambulante behandeling gehad, vergeleken met patiënten met een psychotische stoornis uit de chronische psychiatrie. Als de tbs-gestelden wel geholpen werden in de algemene psychiatrie vóór het indexdelict, dan was er een interval van 7-9 jaar tussen de eerste psychiatrische opname en het tbs-delict. De algemene psychiatrie zou dus een grotere rol kunnen spelen in de preventie van ernstig gewelddadig gedrag (Goethals e.a. 2007).

Tholen doet wel een boude uitspraak door te stellen 'dat clinici in principe in staat zijn om de meeste patiënten bij opname redelijk betrouwbaar te beoordelen op potentieel geweldsrisico'. Vanuit wetenschappelijk onderzoek verricht in de forensische psychiatrie weten we dat niets minder waar is (zie o.a. Philipse e.a. 2006; Hanson & Morton-Bourgon 2005).

Tholen stelt uiteindelijk voor om de START routinematig in te zetten voor gestructureerde beoordelingen van risicovol gedrag. Een voordeel kan zijn dat dit risicotaxatie-instrument uitgaat van de bipolariteit van risicofactoren. Dit betekent dat een factor beschermend werkt als het risico afwezig is. Maar over de betrouwbaarheid en de validiteit is vrij weinig bekend. Het enige onderzoek werd verricht door de ontwikkelaars zelf (Nicholls e.a. 2006). Bovendien is de validering voor de Nederlandse situatie onvolledig. De START kan enkel een aanvulling zijn op bestaande risicotaxatie-instrumenten voor de langere termijn, zoals de *Historical Clinical Risk management* (HCR-20).

Ondanks onze kritische kanttekeningen is de

bijdrage van Tholen een waardevolle aanzet om het forensisch denken in de reguliere psychiatrie te introduceren. Dit laatste is zeker zinvol, zoals mede geïllustreerd werd door een fraaie internationale studie over de behandeluitkomsten van patiënten met schizofrenie in de forensische versus de algemene psychiatrie (Hodgins e.a. 2007). De forensische benadering, met aandacht voor het beoordelen en beheersen van het risico op geweld alsook voor het behandelen van de symptomen van schizofrenie, leidde tot een betere behandeluitkomst dan die van de algemene psychiatrie.

LITERATUUR

- Goethals, K.R., Fabri, V.A.S., Buitelaar, J.K., e.a. (2007). Temporal relationship between psychotic disorder and criminal offense. Review of the literature and file review study. *International Journal of Forensic Mental Health*, 6, 153-168.
- Hanson, R.K., & Morton-Bourgon, K.E. (2005). The characteristics of persistent sexual offenders: a meta-analysis of recidivism studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 1154-1163.
- Hodgins, S., Müller-Isberner, R., Freese, R., e.a. (2007). A comparison of general adult and forensic patients with schizophrenia living in the community. *International Journal of Forensic Mental Health*, 6, 63-75.
- Nicholls, T.L., Brink, J., Desmarais, S.L., e.a. (2006). The Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START). A prospective validation study in a forensic psychiatric sample, *Assessment*, 13, 313-327.
- Philipse, M.W.G., Koeter, M.W.J., van der Staak, C.P.F., e.a. (2006). Static and dynamic patient characteristics as predictors of criminal recidivism: a prospective study in a Dutch forensic psychiatric sample. *Law and Human Behavior*, 30, 309-327.
- Raes, B.C.M., Miedema, A.G., & Paesen, L.J. (2001). De grenzen tussen de algemene en de forensische geestelijke gezondheidszorg. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 43, 575-578.
- Tholen, A.J. (2009). Beoordeling en management van het risico op gewelddadig gedrag. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 51, 173-182.

AUTEURS

K. GOETHALS is als forensisch psychiater verbonden aan het Forensisch Psychiatrisch Centrum Pompestichting te Nijmegen en is werkzaam als vrijgevestigd psychiater-

psychotherapeut te Hove, België.

E. VAN LIER is arts in opleiding tot psychiater in het Forensisch Psychiatrisch Centrum Pompestichting te Nijmegen.

Correspondentieadres: dr. K. Goethals, Weg door Jonkerbos 55, 6532 CN Nijmegen.

E-mail: k.goethals@pompestichting.nl.

TITLE IN ENGLISH Reaction on 'Assessment and management of the risk for violence'

ANTWOORD aan Goethals en Van Lier

Volgens Goethals en Van Lier is mijn overzichtsartikel te exclusief gericht op patiënten met een psychotische stoornis, terwijl de kans op gewelddadig gedrag bij persoonlijkheidsstoornissen en midde-engebruik groter is. Zij merken daarnaast op dat het aantal niet-psychotische patiënten binnen de algemene psychiatrie veel groter is dan het aantal met een psychose. Ook missen zij in de gerefereerde literatuur een onderscheid naar bijvoorbeeld ongeselecteerde geboortecohorten, prevalentiestudies bij gedetineerden en follow-upstudies van patiënten na ontslag.

Mijn artikel is niet exclusief en ook niet grotendeels gericht op patiënten met een psychose. Ik beschrijf de risicotaxatie in de algemene psychiatrie, vooral indien een dwangmaatregel wordt overwogen. De gerefereerde literatuur betreft vooral patiënten die in de algemene psychiatrie wel of niet gedwongen opgenomen of net ontslagen zijn en betreft niet tbs-gestelden of de algemene bevolking. Relevant voor geweldspreventie in de algemene psychiatrie zijn vooral patiënten gezien binnen crisisdiensten, acute opnameafdelingen en klinische afdelingen voor psychosen en stemmingsstoornissen. Vandaar dat de incidentie en de taxatie van geweld in de algemene psychiatrie het meest onderzocht zijn bij opgenomen en net ontslagen patiënten. Deze groepen zijn voor de taxatie van geweldsrisico's in de algemene psychiatrie relevanter dan de populaties van tbs-gestelden met een psychose en langdurig op verblijfsaf-

delingen opgenomen patiënten die Goethals en Van Lier noemen.

De incidentie en de prevalentie van psychotische stoornissen in de bevolking zijn weliswaar veel lager dan die van andere aandoeningen, maar bij gevaarvolle situaties die leiden tot een Bopz-maatregel ligt die verhouding totaal anders. Bij de helft van alle inbewaringstellingen is de primaire diagnose een psychose, en dat is zelfs bij 60% het geval als we de psychotische manie meetellen (Inspectie 2005). Voor de geweldstaxatie in de algemene psychiatrie is de psychose dus wel degelijk relevant en in relatie tot de incidentie van geweld is deze stoornis ook het meest onderzocht.

Naar aanleiding van mijn opmerking dat een groot deel van de personen met een psychische stoornis in de gevangenis of tbs-kliniek vóór het plegen van het delict contact had met de algemene ggz merken Goethals en Van Lier op dat zij 'minder optimistische resultaten' vonden. Onduidelijk is wat zij hiermee bedoelen. Dat er misschien wel vaak contact is geweest, maar dat dit onvoldoende of inadequaar was?

Zij wijzen erop dat in hun onderzoek tbs-gestelden met een psychose minder behandelperiodes, minder gedwongen behandeling en geen ambulante behandeling hadden, vergeleken met patiënten met een psychose uit de chronische psychiatrie.

Maar wat zegt een vergelijking tussen de behandelgeschiedenis van de groep tbs-gestelden en de groep *long-stay*-ggz-patiënten met een psychose over de adequaatheid van de voorafgaande zorg? De *long-stay*-ggz-patiënten lijden aan ernstige therapieresistente psychotische stoornissen waarbij een langdurig aanbod van zorg blijkbaar ontoereikend was. Daarentegen blijkt van de patiënten met een psychose die een ernstig delict plegen ongeveer de helft geen contact gehad te hebben met de ggz.

Uiteraard vindt men tussen deze populaties significante verschillen in het zorggebruik. Dat zegt niets over de kwaliteit van het ggz-contact vóór het delict. Met mijn opmerking dat er voor het delict vaak contact was met de ggz heb ik wil-

len aangeven dat er blijkbaar mogelijkheden waren voor risicotaxatie, interventie en preventie van delicten en detentie. Onderzoek naar de kwaliteit van die eerdere contacten en de mate waarin adequate zorg mogelijk een verschil had gemaakt, is zeer de moeite waarde. Vooralnog weten wij daar weinig van.

Het belangrijkste kritiekpunt van Goethals en Van Lier betreft mijn uitspraak dat 'clinici in principe in staat zijn om de meeste patiënten bij opname redelijk betrouwbaar te beoordelen op potentieel geweldsrisico'. Zij vinden deze uitspraak te sterk en stellen dat 'niets minder waar is'. Zij verwijzen naar het onderzoek van Philipse e.a. (2006) bij patiënten ontslagen uit forensisch psychiatrische ziekenhuizen in Nederland. Een kleine set statische variabelen bleek voorspellend voor toekomstige veroordelingen en inclusie van dynamische factoren bood geen extra voorspellende power.

Beide auteurs missen hier twee belangrijke verschillen tussen taxatie-instrumenten in de forensische psychiatrie en het door mij beschreven klinische onderzoek in de algemene psychiatrie. Allereerst gaat het in de forensische psychiatrie om de predictie van de recidiefkans op langere termijn, waarbij helaas blijkt dat vooral niet te beïnvloeden statische variabelen voorspellend zijn. In de acute psychiatrie zijn ook dynamische en beschermende factoren van belang. Daarnaast is er een verschil tussen een taxatie-instrument - een lijst van risico's - en een systematisch klinisch interview waarbij ook de samenhang tussen levensgebeurtenissen, psychiatrische stoornissen, sociaal functioneren en eerder geweld wordt onderzocht en er aandacht kan zijn voor risicofactoren die vanwege de lage incidentie niet in taxatie-instrumenten voorkomen. In de algemene psychiatrie is het nut van een systematisch klinisch onderzoek naar geweldsrisico's aangetoond (McNiel & Binder 1995). Het negeren van risicofactoren leidt vaker tot het onjuiste oordeel dat er geen risico is (fout-negatief) en het onjuist overschatten van het risico leidt vaker tot het onjuiste oordeel dat er wel een risico is (fout-positief).

Ten slotte nog een opmerking over de START, een gestructureerde vragenlijst die door de ontwikkelaars van de in de forensische psychiatrie gebruikte HCR-20 gemaakt is voor beoordeling van risicovol gedrag in de algemene psychiatrie (Webster e.a. 2006). Ik heb aangegeven dat gebruik van die START op gesloten opnameafdelingen meerwaarde kan hebben, mits ingepast in het beleid en de organisatie. Goethals en Van Lier merken terecht op dat de validering voor de Nederlandse situatie onvolledig is en dat alleen de ontwikkelaars zelf onderzoek verrichtten. Er zijn echter voor zover mij bekend geen betere alternatieven voor een brede risicotaxatie ter ondersteuning van het behandelbeleid op gesloten opnameafdelingen.

LITERATUUR

- Inspectie voor de Gezondheidszorg (2005). Jaarrapport BOPZ 2003. Den Haag: Inspectie voor de gezondheidszorg.
- McNiel, D.E., & Binder, L.R. (1995). Correlates of accuracy in the assessment of psychiatric inpatients' risk of violence. *The American Journal of Psychiatry*, 152, 901-906.
- Philipse, M.W.G., Koeter, M.W.J., van der Staak, C.P.F., e.a. (2006). Static and dynamic patient characteristics as predictors of criminal recidivism: a prospective study in a Dutch forensic psychiatric sample. *Law and Human Behavior*, 30, 309-327.
- Tholen, A.J. (2009). Beoordeling en management van het risico op gewelddadig gedrag. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 51, 173-182.
- Webster, C.D., Nicholis, T.L., Martin, M., e.a. (2006). Short-term assessment of risk and treatability (START): the case for a new structured professional judgement scheme. *Behavioral Sciences and the Law*, 24, 747-766.

AUTEUR

A.J. THOLEN is bestuurslid en hoofd patiëntenzorg van het Universitair Centrum Psychiatrie, UMCG, Groningen.
Correspondentieadres: dr. A.J.Tholen, Universitair Centrum Psychiatrie, UMCG, Postbus 30.001, 9700 RB Groningen.
E-mail: a.j.tholen@psy.umcg.nl.

Reactie op 'Veranderingen in crisisinterventie en acute psychiatrie; Amsterdamse consulten in 1983 en 2005'

In de jaren sinds de invoering van de Wet Bijzondere Opnemingen Psychiatrische Ziekenhuizen (Wet Bopz) is er een ware epidemie van dwangopnames gaande (Mulder e.a. 2006). Vooral nog is niet duidelijk hoe we dit verschijnsel moeten begrijpen. Is het nu zo dat psychiaters in de laatste jaren steeds repressiever zijn geworden in een samenleving die minder tolerant is jegens het afwijkende? Of is het zo dat de psychiatrische problemen, de gevaren die daarmee gepaard gaan en de rechtspositie van de patiënt in de laatste jaren steeds meer serieus worden genomen? Beide extremen zijn denkbaar. Zonder empirisch onderzoek kunnen wij over de antwoorden op dergelijke vragen slechts speculeren. Het is daarom te waarderen dat Van der Post e.a. (2009) onlangs een poging hebben gedaan om een beeld te krijgen van de veranderingen in de acute psychiatrie die hebben bijgedragen aan de stijging van het aantal dwangopnames met inbewaringstelling (ibs).

De bevindingen lijken geruststellend. Tussen 1983 en 2005 is er in de crisisdienst van Amsterdam niet zo heel veel veranderd. Het aantal opnames met een ibs steeg licht, van 16,7 naar 20,0%. Er was mogelijk enige toename van het aantal personen met een psychotische stoornis, maar deze toename kan men goed verklaren door grote verschillen in de diagnostische praktijk tussen 1983 en 2005. Verder was er een verschuiving van de belangrijkste verwijzers; die kon men terugvoeren op verschillen in de manier van organiseren. Al met al niet zoveel nieuws. De opvallendste bevinding was dat het totaal aantal opnames daalde van 42,4 naar 27,5%. Deze daling werd volledig verklaard door een drastische afname van het aantal vrijwillige opnames: van 25,7% in 1983 naar 7,6% in 2005.

Gezien het bovenstaande wekt het bevreemding dat de auteurs in hun besluit schrijven dat dwang het opnamebeleid van de crisisdienst sterk is gaan domineren. Als proportie van het aantal

opnames is dat wellicht het geval, maar dat komt niet door een toename van dwangopnames, maar door een afname van vrijwillige opnames. Zoals iedereen uit de praktijk weet, hangt dat nauw samen met druk op de beschikbare opnamecapaciteit in Amsterdam. Voor vrijwillige opnames vanuit de crisisdienst is al vele jaren geen plaats meer. Dat is zorgelijk natuurlijk, maar over de inzet van dwang zegt dat niet veel. Ondanks de beperkte opnamecapaciteit is het gebruik van dwang vanuit de crisisdienst juist opvallend gering gebleven. In tegenstelling tot de algemene teneur van het artikel, helpt dit onderzoek ons helaas niet aan nieuwe inzichten over de toename van het aantal dwangopnames in Nederland.

LITERATUUR

- Mulder, C.E., 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.
- Post, L.F.M. van der, Dekker, J.J.M., Jonkers, J.F.J., e.a. (2009). Veranderingen in crisisinterventie en acute psychiatrie; Amsterdamse consulten in 1983 en 2005. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 51, 139-150.

AUTEUR

A.M. VAN HEMERT is werkzaam als psychiater en hoofd Zorg, Bureau 24-uurszorg, Parnassia Bavo Groep te Den Haag.
Correspondentieadres: prof.dr. A.M. van Hemert, Parnassia Bavo Groep, Bureau 24-uurszorg, Avocadostraat 2, 2252 HS Den Haag.
E-mail: b.vanhemert@parnassiabavogroep.nl

TITLE IN ENGLISH Reaction on 'Changes in crisis intervention and emergency psychiatry, Amsterdam emergency consultations in 1983 and 2005'

ANTWOORD aan Van Hemert

Ons onderzoek kent, vooral door de retrospectieve aanpak, natuurlijk sterke beperkingen. Op basis van een dergelijk onderzoek zijn geen zekere uit-

spraken te verwachten over dé oorzaken van de stijging van het aantal dwangopnames in Amsterdam en al helemaal niet in Nederland. Daar hoeft Van Hemert niet teleurgesteld over te zijn. We vroegen ons slechts af wat de bijdrage van de stedelijke crisisdienst aan de stijging geweest is. Als dan blijkt dat vrijwillige opnames sterk zijn afgenomen en dwangopnames licht zijn gestegen, is het logische gevolg dat dwang het opnamebeleid is gaan domineren. Net zozeer als ook in de Amsterdamse opnameklinieken (IC-units) verreweg de meeste patiënten met dwang zijn opgenomen en dwang daar óók domineert. Overigens neemt de Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam nog steeds patiënten vrijwillig op, maar dan voornamelijk in het Crisiscentrum, evenveel als in 1983.

Dwang speelt ook op een andere manier een veel grotere rol bij de dienst dan in 1983. Het aantal politieverwijzingen en dus het aantal patiënten dat gedwongen met de dienst in contact komt, is gestegen van 29 naar 63% (Bernardt e.a. 2006). Patiënten worden daarbij in een politiebusje gebracht en moeten onder regie van de dienst meestal achter een gesloten deur in een beveiligde kamer de verdere ontwikkelingen afwachten. De conclusie dat dwang het opnamebeleid van de dienst domineert, zouden we dus nog kunnen uitbreiden met de opmerking dat onvrijwilligheid ook de verwijzingen is gaan domineren. Alleszins een opmerkelijke verandering.

LITERATUUR

- Bernardt, C., Oenen, F.J. van, Dekker, J., e.a. (2006). Spoedeisende psychiatrie in Amsterdam, de organisatie van een psychiatrische eerstehulp. *Maandblad voor Geestelijke Volksgezondheid*, 61, 827-837.

AUTEUR

L.F.M. VAN DER POST is als psychiater verbonden aan Arkin GGZ Amsterdam.
Correspondentieadres: L.F.M. van der Post, Arkin GGZ, Overschiestraat 65, 1065 XD Amsterdam.
E-mail: lvd@xs4all.nl