

REACTIE op 'Stijging van het aantal onvrijwillige opnamen'

In *Het Parool* stond naar aanleiding van een artikel in het *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* (Hanssen & Janssen 1999) recentelijk de volgende kop: 'Gestoorden vaak te snel opgenomen'. Hiermee laaide de discussie over het al dan niet te hoge aantal gedwongen opnames in Amsterdam opnieuw op. Nijman e.a. laten in hun bijdrage voor het *Tijdschrift voor Psychiatrie* (41 (1999), 103-107) zien dat de toename van gedwongen opnamen, die is opgetreden sinds de invoering van de Wet BOPZ, geen exclusief Amsterdams verschijnsel is.

In een reactie op het artikel van Hanssen en Janssen stelden ondergetekenden dat het aantal bekrachtigingen een belangrijke indicatie vormt voor het al dan niet terecht zijn van opname middels een IBS. Deze belangrijke informatie werd door Hanssen en Janssen niet verstrekt, maar door Nijman e.a. gelukkig wel. Wat naar ons idee nog ontbreekt in hun bijdrage zijn de diagnoses op grond waarvan de Geneeskundige Verklaringen werden opge maakt. In 1997 werd 67,5% van de IBS'en in PC Welterhof bekrachtigd. De Amsterdamse rechtbank meldt dat in 1998 80% van de IBS'en die in deze stad werden beoordeeld, door de rechter werden bekrachtigd: bij 478 beoordelingen werd in 96 gevallen niet bekrachtigd. Het zou interessant zijn te weten welke diagnoses gepaard gaan met een grotere kans op afwijzing bij beoordeling door de rechter. Het vermoeden dat dit vooral persoonlijkheidsstoornissen en drugspsychosen betreft, zou hiermee kunnen worden getoetst. Ook zouden verschillen in percentage bekrachtigde IBS'en tussen verschillende jaren en verschillende delen van het land hieruit wellicht voor een deel verklaard kunnen worden. In de Amsterdamse acute psychiatrie zou volgens overlevering minder snel worden overgegaan tot het uitschrijven van een IBS bij een primair persoonlijkheidsgestoorde patiënt dan 'in de provincie'. Dit is een mogelijke verklaring voor het gegeven dat in Amsterdam meer IBS'en worden bekrachtigd dan in Heerlen, maar is dit door middel van analyse van Geneeskundige Verklaringen te onderbouwen?

Een andere interessante vraag is hoeveel IBS'en werden uitgeschreven voor patiënten die al (vrijwillig) waren opgenomen, en waarbij de Geneeskundige Verklaring dus in het psychiatrisch ziekenhuis werd opgesteld. Worden deze IBS'en vaker bekrachtigd, of juist niet?

Onze indruk is dat de motieven voor het uitschrijven van een Geneeskundige Verklaring in een ambulante setting verschillen

van die in het psychiatrisch ziekenhuis. In het eerste geval is het belangrijkste doel van de IBS-opname om gevaar af te wenden, vanuit de kliniek is het motief vaak het mogelijk maken van (gedwongen) behandeling.

Bovenstaande leidt tot de indruk dat er binnen een wettelijk kader verschillende soorten IBS'en worden afgegeven. Bij verschillen tussen grote stad en minder dichtbevolkte gebieden speelt diagnostiek waarschijnlijk een grote rol. In een ambulante setting is er waarschijnlijk een ander behandelperspectief dan in de klinische. Dit zou betekenen dat er op een dergelijke manier vier verschillende clusters van IBS'en te onderscheiden zijn. Verder onderzoek zou hierover meer inzicht kunnen verschaffen.

Ook met betrekking tot de rechterlijke machtigingen zou het informatief zijn om te weten om welk soort patiënten het daarbij gaat, en hoe het besluit tot aanvraag van een dergelijke machtiging tot stand komt. Is het vermoeden dat hier veel mensen bij zijn met herhaaldelijke IBS'en in hun voorgeschiedenis juist? Of zijn het vooral mensen die te ernstig gestoord zijn om binnen de termijn van een IBS voldoende te worden behandeld om te kunnen besluiten tot vrijwillige voortzetting van verblijf voor verdere behandeling, of zonder gevaar daarvan af te zien?

Het artikel van Nijman e.a. vormt naar onze mening een goede aanzet tot meer kennis over het hoe en waarom van gedwongen opnamen. Zoals in bovenstaande geschetst, zijn er nog veel vragen die het verdienen beantwoord te worden.

Tot slot willen wij nog een kanttekening plaatsen bij de verklaring die de auteurs suggereren voor de toename van het aantal onvrijwillige opnamen: legitimering van behandelbeslissingen en dwangopname als voorwaarde voor dwangbehandeling zijn ongetwijfeld van invloed. Dit neemt echter niet weg dat er aan de andere kant waarschijnlijk een groep patiënten bestaat die in de tijd van de Krankzinnigenwet met drang ('rechte rug') werd opgenomen en behandeld, maar waarvoor thans de gevaarscriteria ontbreken. Deze mensen zijn in de statistieken van het artikel niet terug te vinden. In Amsterdam verblijven zij veelal in het dak- en thuislozencircuit, of, erger nog, in een van de parken. Deze groep maakt dat het ons aan goede (lees: harde) argumenten ontbreekt om te kunnen stellen dat er te veel gedwongen opnamen geschieden.

A. BAKKER, P.J.J. HANNEMAN, A. OKKER

CrisisCentrum Koninginneweg, riagg Zuid/Nieuw-West, Amsterdam

LITERATUUR

- Hanssen, P., & Janssen, M. (1999). Hoe toetsbaar is gedwongen psychiatrische opnemings? Een analyse van Geneeskundige Verklaringen voor Inbewaringstelling. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 54, 103-115.
- Bakker, A., Hanneman, P.J.J., & Okker, A. (1999). Hoe toetsbaar is gedwongen psychiatrische opnemings? (2) *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 54, 291-293.

ANTWOORD aan Bakker, Hanneman en Okker

Met interesse namen wij kennis van de reactie van Bakker, Hanneman & Okker op ons artikel over de toename van het aantal onvrijwillige opnamen (Nijman e.a. 1999). Wij delen de mening van Bakker e.a. dat, ondanks de sterke toename van het aantal onvrijwillige opnamen, een aantal patiënten, onder invloed van de opnamecriteria van de BOPZ, langere tijd verstoken blijven van die psychiatrische zorg die vanuit medische optiek wenselijk is. Met name bij psychotische patiënten, bij wie vanuit realiteitsmiskennen het ziektebesef sterk verminderd kan zijn, ontbreekt vaak de bereidheid tot vrijwillige opname, terwijl ook de strikte gevaarscriteria van de BOPZ moeilijk hard kunnen worden gemaakt. Door het verdwijnen van het bestwil-denken lijkt met name bij deze patiëntengroep de periode tussen decompensatie en het krijgen van adequate behandeling verlengd te zijn, met alle negatieve sociale én fysieke consequenties van dien (bijvoorbeeld werk- en relatieverlies, verergering van het toestandbeeld).

Toch plaatsen wij een aantal kanttekeningen bij de reactie van Bakker e.a.; deze auteurs suggereren dat het aantal bekrachtigingen van inbewaringstellingen (IBS'en) door de rechter een indicatie zouden kunnen vormen voor het al dan niet terecht zijn van onvrijwillige opnamen. Zij concluderen daarbij, op grond van de door ons gepresenteerde cijfers, dat het bekrachtigingspercentage in Amsterdam hoger ligt dan in Heerlen. In Amsterdam werd immers in 1998 80% van IBS'en door de rechter bekrachtigd (Bakker e.a. 1999), terwijl dat in PC Welterhof in 1997 67,5% was. Echter, deze vergelijking gaat niet op. Het geciteerde percentage van Heerlen heeft betrekking op het percentage IBS'en dat bekrachtigd werd, ten opzichte van het totaal aantal uitgeschreven IBS'en. Ook IBS'en die, om uiteenlopende redenen, in Heerlen niet ter beoordeling aan de rechter werden voorgelegd, zijn dus in deze berekening meegenomen. In 1997 werd in PC Welterhof in 14 gevallen niet door de rechter geoordeeld over voortzetting van de IBS. Het 'vroegtijdig' opheffen van IBS'en geschiedt bijvoorbeeld wanneer de patiënt de noodzaak van psychiatrische behandeling onderkent en de opname op vrijwillige basis wil voortzetten. Daarnaast kan de wettelijke basis voor een IBS wegvallen doordat er veranderingen in het toestandbeeld van de patiënt zijn opgetreden voordat de rechter de IBS beoordeeld heeft. Indien uitsluitend die IBS'en die in Heerlen daadwerkelijk door de rechter werden beoordeeld, worden geteld, zou het percentage bekrachtigde IBS'en in 1997 op 74% hebben gelegen (zie Nijman e.a. 1999; figuur 2). Het percentage bekrachtigde IBS'en in Amsterdam ligt volgens deze berekening één jaar later, in 1998, dus 6% hoger, in plaats van 12,5%. Voeg daar-

bij dat onze cijfers laten zien dat het percentage bekrachtigde IBS'en de laatste jaren gestaag stijgt (Nijman e.a. 1999; figuur 2), dan lijkt er, op grond van de door ons gepresenteerde cijfers, weinig aanleiding om te concluderen dat het percentage bekrachtigde IBS'en in 1998 in Heerlen lager zal liggen dan in Amsterdam. De toename van zowel het absolute aantal IBS'en als van het aantal bekrachtigingen lijkt dus inderdaad 'geen exclusief Amsterdams verschijnsel'.

Bakker e.a. merken verder op dat in onze beschrijving helaas geen onderscheid wordt gemaakt tussen de diagnostische categorieën waar het de kans op bekrachtiging door de rechter betreft. Wij willen er echter op wijzen dat wij in onze vorige studie naar dit onderwerp (Nijman e.a. 1993) wel rapporteerden over de relatie tussen diagnose en de kans op bekrachtiging. In lijn met de veronderstellingen van Bakker e.a. vonden wij, begin jaren negentig, dat patiënten met persoonlijkheidsstoornissen inderdaad minder vaak hun onvrijwillige verblijf op last van de rechter gecontinueerd zagen. Patiënten met psychotische stoornissen daarentegen zagen de onvrijwillige opname in het ziekenhuis significant vaker wél bekrachtigd worden door de rechter. Met andere woorden: eenmaal onvrijwillig opgenomen was de kans op voortzetting van onvrijwillige opname groter bij psychotische patiënten. Indien, zoals Bakker e.a. veronderstellen, het percentage bekrachtigde IBS'en inderdaad een indicatie zou vormen voor het al dan niet terecht zijn van de onvrijwillige opname, lijkt de rechter met name bij psychotische patiënten de IBS een juiste keuze te hebben gevonden.

H. NIJMAN, J. À CAMPO & D. RAVELLI

LITERATUUR

- Nijman, H.L.I., Campo, J.M.L.G. à, & Ravelli, D.P. (1993). Inbewaringstellingen: kort maar krachtig? *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 35, 58-66.
- Nijman, H.L.I., Campo, J.M.L.G. à, & Ravelli, D.P. (1999). Stijging van het aantal onvrijwillige opnamen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 41, 103-107.