

Voor wie is de voorwaardelijke dwangopneming?

Kenmerken van patiënten voor wie een voorwaardelijke machtiging zou zijn aangevraagd

A.I. WIERDSMA, A. REISEL

SAMENVATTING In Nederland is recent de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (BOPZ) uitgebreid met de voorwaardelijke machtiging. Wanneer de patiënt gevolg geeft aan de door een rechter vastgelegde behandelafspraken, kan de dwangopneming worden opgeschort. In een retrospectief onderzoek in de regio Rotterdam is nagegaan bij hoeveel beoordelingen deze voorwaardelijk machtiging zou worden overwogen. Ruim één derde van de opnemingen met rechterlijk machtiging komt mogelijk hiervoor in aanmerking. Voor deze patiënten is de nieuwe maatregel een welkome aanvulling op de Wet BOPZ.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 47(2005)2, 105-109]

TREFWOORDEN voorwaardelijke machtiging, Wet BOPZ, zorggebruik

In Nederland zijn de procedures bij onvrijwillige opneming geregeld in de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (BOPZ). De wet bepaalt ook dat de uitvoering periodiek wordt geëvalueerd. De evaluatiecommissie heeft onder meer vastgesteld dat dwangopneming niet altijd nodig is, ook al zijn de in de wet genoemde criteria aanwezig. In sommige gevallen kan de dwangopneming worden opgeschort indien de betrokkene de behandeling volgt. Voldoet de patiënt niet aan de door de rechter gestelde voorwaarden, dan kan hij alsnog opgenomen worden (Evaluatiecommissie Wet BOPZ 2002). Voor deze personen is bij de laatste wetswijziging de zogenoemde voorwaardelijke machtiging totstandgekomen. De memorie van toelichting kon niet aangeven welk deel van de patiënten voor wie nu nog een 'gewone' machtiging wordt verleend, in aanmerking zou komen voor een voorwaardelijke machtiging. In antwoord op Kamervragen stelde

de minister dat een dergelijke machtiging aangewezen lijkt voor bepaalde groepen patiënten. De voorwaardelijke machtiging kan volgens de minister in ieder geval van belang zijn voor patiënten met psychiatrische stoornissen waarbij medamenteuze behandeling met succes wordt toegepast. Mogelijk gaat het bij deze patiënten om minder ernstige problematiek en een meer ambulante zorgpatroon (Tweede Kamer, vergaderjaar 1999-2000, 27 289).

Om te onderzoeken voor welke patiënten de voorwaardelijke machtiging bedoeld is, hebben wij eerder opgestelde geneeskundige verklaringen in de regio Rotterdam opnieuw beoordeeld en retrospectief aangegeven of een voorwaardelijke machtiging zou zijn overwogen. Tevens werd informatie vastgelegd over de omstandigheden bij de dwangopneming en is het zorggebruik in kaart gebracht.

METHODE

Voor het onderzoek beschikten wij over de geneeskundige verklaringen bij 221 aanvragen voor rechterlijke machtiging in de periode 1986-1990 in Rotterdam en omgeving – bijna alle dwangprocedures die destijds in de regio in gang zijn gezet. Een aantal geneeskundige verklaringen is buiten beschouwing gelaten omdat het verloop van de psychiatrische hulpverlening niet volledig kon worden gevolgd (ouderen, patiënten van buiten de regio of het ontbreken van persoonsgegevens). Het onderzoeksbestand telde 176 patiënten voor wie op basis van het dossier is overwogen of op dit moment een voorwaardelijke machtiging zou zijn aangevraagd. De herbeoordeling is afgegeven door dezelfde beoordelaar die eerder de geneeskundige verklaring heeft opgesteld (de tweede auteur van deze bijdrage). De daarbij gehanteerde overwegingen komen overeen met de criteria van de Wet BOPZ. Een machtiging wordt alleen afgegeven wanneer er sprake is van een geestesstoornis waardoor gevaar ontstaat voor betrokkene zelf, voor anderen of voor de algemene veiligheid van personen of goederen. Betrokkene moet bovendien niet bereid zijn om zich vrijwillig te laten opnemen.

De BOPZ-criteria zijn echter niet eenduidig geoperationaliseerd. Bij de herbeoordeling is daarom tevens de *Severity of Psychiatric Illness Scale* (SPI) ingevuld om te onderzoeken onder welke omstandigheden de voorwaardelijke machtiging wordt overwogen. De SPI geeft een gestructureerde beschrijving van de ernst van de psychopathologie, de complicaties bij het ziektebeeld en de behandeling. Voor een deel van de geneeskundige verklaringen ($n=29$) is de lijst onafhankelijk door 2 psychiaters gescoord, op basis waarvan een interbeoordelaarsovereenstemming (kappa) is bepaald. Voor de SPI-subschalen ('niveau van zorg', 'complicaties bij ziekte' en 'bij behandeling') variëren de kappa-waarden van 0,83 tot 0,92, vergelijkbaar met eerdere resultaten (Mulder e.a. 2000).

De gegevens over het zorggebruik zijn verkregen uit het Psychiatrisch Casusregister Rotter-

dam-Rijnmond (Wierdsma e.a. 1999). In totaal kon voor 140 patiënten (80%) de psychiatrische zorg in het register worden getraceerd. Op basis van de opnamedagen en ambulante contacten is de aard en omvang van het zorggebruik in kaart gebracht waarbij de 'observatieperiode' voor alle patiënten gelijk is gesteld en ruim na de dwangopname ligt. De follow-upperiode is 48 maanden met als startpunt 4 jaar na de datum waarop de geneeskundige verklaring is afgegeven (zie Sytema e.a. 1987).

RESULTATEN

Uit de herbeoordeling blijkt dat voor 34% ($n=60$) van de patiënten thans een voorwaardelijke machtiging zou zijn overwogen. Er zijn geen verschillen naar geslacht (54% mannen), etniciteit (27% allochtonen), burgerlijke staat (22% gehuwd) en de woon- of verblijfplaats (63% woont in Rotterdam en 32% is thuis beoordeeld). Er zijn wel verschillen naar leeftijd (in het jaar dat de beoordeling werd afgegeven). Van de patiënten tot en met 30 jaar komt 55% in aanmerking voor een voorwaardelijke machtiging. Voor de leeftijdsgroep van 31 tot en met 40 jaar is dit percentage 47% en voor patiënten ouder dan 40 jaar slechts 6%.

De SPI-totaalscore is gemiddeld lager voor patiënten bij wie gedacht wordt aan een voorwaardelijke machtiging ($F = 9,788$; df (aantal vrijheidsgraden) = 1; $p = 0,002$). Tabel 1 toont de samenhang met de afzonderlijke SPI-items berekend voor alle patiënten.

Niveau van zorg Uit tabel 1 blijkt dat wanneer betrokkene zich suïcidaal uit of in de voorafgaande 7 dagen een suïcidepoging heeft gedaan, er nog wel een voorwaardelijke machtiging wordt overwogen. Dit geldt in het bijzonder voor de jongste leeftijdsgroep en hangt ook samen met de psychiatrische hoofddiagnose (as I): vooral patiënten met stemmingsstoornissen komen meer in aanmerking voor een voorwaardelijke machtiging (54% vs. 35% in totaal). Voor de meeste patiënten die ouder zijn dan 40 jaar wordt intensieve zorg wenselijk geacht vanwege beperkte zelfver-

TABEL 1 Beoordeling van de ernst van de problematiek volgens de Severity of Psychiatric Illness Scale in samenhang met het mogelijk toekennen van een (voorwaardelijke) rechterlijke machtiging bij 176 patiënten

	Problematiek*	VRM (n=60)	RM (n=116)	p
Niveau van zorg				
Suïciderisico	matig/ernstig	25%	11%	< 0,05
Gevaar voor anderen	matig/ernstig	42%	48%	ns
Psychiatrische symptomatologie	ernstig	72%	79%	ns
Problemen bij de zelfverzorging	ernstig	28%	39%	ns
Complicaties bij de ziekte				
Middelenmisbruik	matig/ernstig	18%	8%	< 0,05
Medische complicaties	ernstig	7%	14%	ns
Verstoring van de familierelaties	matig/ernstig	38%	34%	ns
Beroepsmatig functioneren	ernstig	98%	99%	ns
Complicaties bij behandeling				
Huisvestingsproblemen	matig/ernstig	30%	38%	ns
Motivatie voor behandeling	ernstig	72%	97%	< 0,01
Gebrek aan compliance met medicatie	ernstig	72%	94%	< 0,01
Gebrek aan kennis van de ziekte	ernstig	60%	95%	< 0,01
Gebrek aan steun vanuit het sociale systeem	matig/ernstig	3%	4%	ns
Hardnekkigheid van symptomen	ernstig	100%	100%	ns

χ^2 -toets; tweezijdig getoetst; $p < 0,05$
 * per item is de verdeling voor minder ernstige problematiek weggelaten
 ns = niet significant
 VRM = voorlopige rechterlijke machtiging
 RM = rechterlijke machtiging

zorging en ernstige psychiatrische symptomen, zoals stoornissen in het slaap- en eetpatroon of sociale isolatie. Voor deze groep wordt dan ook in mindere mate een voorwaardelijke machtiging overwogen. Bij verbale agressiviteit, dreigementen en gedachten met betrekking tot doodslag of bij recent fysiek agressief gedrag wordt alleen voor de leeftijdscategorie tot 30 jaar gedacht aan een voorwaardelijke machtiging.

Complicaties bij de ziekte Bijkomende sociale problematiek speelt geen grote rol (tabel 1), omdat de meeste patiënten enigermate verstoorde familierelaties kennen en (langdurig) werkloos

zijn. Bij ernstige medische complicaties die het beloop of de behandeling van de psychiatrische stoornis kunnen beïnvloeden, bijvoorbeeld een HIV-infectie, ligt een voorwaardelijke machtiging minder voor de hand, maar de samenhang is niet statistisch significant. Wel wordt de nieuwe maatregel vaker overwogen voor patiënten ouder dan 30 jaar die tevens bekend zijn met middelenmisbruik of afhankelijkheidsproblemen (voornamelijk alcoholgebruik).

Complicaties bij behandeling Er wordt vaker een voorwaardelijke machtiging overwogen wanneer betrokkene gemotiveerd is voor behandeling, de medicatie gebruikt en ook blijf geeft

van enig ziekte-inzicht (tabel 1). In enkele geneeskundige verklaringen is aangegeven dat de patiënt zelf het initiatief tot de maatregel heeft genomen ($n=3$). In deze gevallen wordt steeds een voorwaardelijke machtiging mogelijk geacht. In de memorie van toelichting worden dan ook de doelgroepen van de wetswijziging voor de voorwaardelijke machtiging en die van de zogenoemde zelfbinding (waarbij de patiënt zich – schriftelijk – bindt aan opname en behandeling) voor een groot deel gelijk geacht.

Zorggebruik In de observatieperiode (48 maanden) was 14% van de patiënten niet in zorg. Bijna 1 op de 5 patiënten (17%) kreeg ambulante zorg (polikliniek of RIAGG) en eenderde deel (32%) verbleef in een intra- of semi-murale voorziening. Voor de hand ligt dat bij de meeste patiënten (37%) een combinatie van opnemingen en ambulante contacten voorkomt. Het gemiddeld aantal opnamen in een kliniek, en in het verlengde daarvan ook het aantal ambulante inschrijvingen voor (poliklinische) nazorg, ligt hoger voor de groep die voor een voorwaardelijke machtiging in aanmerking komt. De totale gemiddelde zorgduur is ongeveer gelijk, maar de opbouw komt niet overeen. Uitgesplitst naar leeftijd blijkt dat patiënten ouder dan 30 jaar met mogelijk een voorwaardelijke machtiging, gemiddeld bijna 3 keer zijn opgenomen tegenover andere patiënten 1 keer ($F = 12,740$; $df = 1$; $p = 0,001$). Er zijn ook verschillen gevonden in het hoogste niveau van zorg in het laatste kwartaal waarover contactgegevens beschikbaar zijn. Ruim de helft van de patiënten blijkt in zorg, en patiënten voor wie een voorwaardelijke machtiging zou zijn aangevraagd, verblijven relatief vaker in een kliniek of in deeltijdbehandeling of zijn in zorg bij een beschermende woonvorm (42% vs. 28%, $\chi^2 = 7,727$; $df = 3$; $p = 0,05$).

DISCUSSIE

Bij ruim één op de drie opnemingen met rechterlijke machtiging zou volgens onze gege-

vens een voorwaardelijke machtiging kunnen worden overwogen. Door de beperkingen van dit onderzoek, zoals beschreven in de methodeparagraaf, zijn de resultaten niet representatief voor Nederland. Maar de uitkomst suggereert dat een aanzienlijk deel van de dwangopnemingen op is te vatten als niet-noodzakelijke vrijheidsberoving. Voor deze patiënten is de nieuwe maatregel een welkome aanvulling op de Wet BOPZ.

De discussie in de Tweede Kamer geeft aan dat de voorwaardelijke machtiging vooral bedoeld is voor de zogenoemde draaideurpatiënten en voor patiënten die langdurige ambulante zorg behoeven. Dat beeld wordt door onze gegevens bevestigd. De groep patiënten met mogelijk een voorwaardelijke machtiging verblijft vaker in een kliniek en blijkt ook op lange termijn vaker in semi- of intramurale zorg te zijn. Bij ernstige psychiatrische symptomen en beperkte zelfverzorging komt de nieuwe maatregel minder in beeld. De keuze voor een voorwaardelijke machtiging hangt samen met kennis, motivatie en gedrag met betrekking tot de behandeling.

Bij het beoordelen voor een voorwaardelijke machtiging is het zaak willekeur zoveel mogelijk uit te sluiten. Door Kamerleden is voorgesteld een vast panel van psychiaters te formeren teneinde één lijn te trekken bij de beoordeling. In de regio Rotterdam-Rijnmond is het initiatief genomen om psychiaters uit diverse instellingen bijeen te brengen voor een debat met als inzet 'eenheid van taal' in de toepassing van de Wet BOPZ. Vanuit het perspectief van de openbare orde en veiligheid is ook naar voren gebracht dat met de nieuwe maatregel de toepassing van dwang eerder kan worden ingezet. Maar dat betekent niet dat het behandel-perspectief naar de achtergrond mag verdwijnen. De toepassing van een dwangmaatregel behoort te zijn ingebed in een 'behandelplan gestuurde zorg'. Daarbij is onderzoek nodig naar de effecten van dwangmaatregelen, dat ook gericht is op het beloop van de zorg en de ervaringen van patiënten.



Met dank aan Peter van de Graaf, psychiater, voor zijn bijdrage aan het coderen van de Severity of Psychiatric Illness Scale en aan Sarah Wierdsma voor het invoeren van de gegevens. Ook met dank aan de redactie en referenten voor het opbouwende commentaar.

LITERATUUR

- Evaluatiecommissie Wet BOPZ. (2002). Evaluatie wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen. Reeks evaluatie regelgeving; dl. 10-10: Conclusies en aanbevelingen van de begeleidingscommissie. Den Haag: ZonMw.
- Mulder, C.L., Sytema, S., & Wierdsma, A.I. (2000). Statusmeting en instrumentgestuurde planning in de GGz. Een zoektocht naar de heilige graal. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 55, 790-799.
- Sytema, S., Giel, R., & ten Horn, G.H.M.M. (1987). Patronen van zorg in de geestelijke gezondheidszorg. *Tijdschrift Sociale Gezondheidszorg*, 65, 662-668.
- Wierdsma, A.I., Dieperink, C.J., & Koopmans, G.T. (1999). Regionale

informatie over de geestelijke gezondheidszorg: ontwikkelingen en toepassingen. *Nederlands Tijdschrift voor Medische Administratie*, 95, 16-21.

AUTEURS

A.I. WIERDSMA is socioloog en werkzaam bij het O3 Onderzoekcentrum ggz Rijnmond te Rotterdam.

A. REISEL is psychiater en werkzaam bij het Deltaziekenhuis te Poortugaal.

Correspondentieadres: A.I. Wierdsma, Erasmus MC, afdeling Psychiatrie, O3 Onderzoekcentrum GGz Rijnmond, Postbus 2040, 3000 CP Rotterdam. Tel. 06 51195530.

E-mail: a.wierdsma@erasmusmc.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 29-9-2004.

SUMMARY

Who is eligible for conditional compulsory admission? Characteristics of patients for whom a conditional order could have been requested – A.I. Wierdsma, A. Reisel – The Dutch Act on Special Admissions by Psychiatric Hospitals (Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (BOPZ)) has recently been broadened to include a clause on conditional compulsory admission (voorwaardelijke machtiging). If the patient follows the treatment arrangements imposed by a judge, compulsory admission can be suspended. In a retrospective study in the Rotterdam region the number of cases was traced that could have been considered for conditional compulsory admission. Over one-third of the compulsory admissions could probably have been eligible for the conditional compulsory admission. For these patients the new measure is a welcome supplement to the Special Admissions Act.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 47(2005)2, 105-109]

KEY WORDS compulsory admission, conditional coercive measures, health services, use