KORTE BIJDRAGE

Rehabilitatie van klassieke antipsychotica: een overzicht van meta-analyses

L. DE HAAN, J.M. VAN BRUGGEN, J. LAVALAYE, W.F. SCHOLTE, L. WOUTERS, J. STOROSUM, D.H. LINSZEN

ACHTERGROND *Een plaatsbepaling van de nieuwe generatie antipsychotica (NGA, de atypische antipsychotica) bij de behandeling van patiënten met schizofrenie is noodzakelijk.*
DOEL *Het geven van een beknopte samenvatting van meta-analyses van effect, bijwerkingen en uitval bij behandeling met NGA (risperidon, olanzapine, quetiapine) versus klassieke antipsychotica (KA) (haloperidol, chloorpromazine).*
METHODE *Literatuuronderzoek naar meta-analyses uit de periode 1998-2000.*
RESULTATEN *Vergeleken met KA geven NGA minder aanleiding tot comedicatie met anticholinergica, geven olanzapine en risperidon een iets beter effect en gaat olanzapine gepaard met minder uitval. De validiteit van de gevonden voordelen van NGA is echter discutabel. Zo verdwijnen de voordelen van NGA betreffende effectiviteit en uitval als ze vergeleken worden met KA in doseringen tot 12 mg haloperidolequivalent per dag.*
CONCLUSIE *Klassieke antipsychotica verdienen nog steeds een prominente plaats bij de behandeling van schizofrenie.*
[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 43 (2001) 4, 259-264]

TREFWOORDEN atypische antipsychotica, klassieke antipsychotica, meta-analyse

Sinds 1994 is er een nieuwe generatie antipsychotica (NGA) beschikbaar gekomen voor de behandeling van patiënten met schizofrenie. Deze middelen (de atypische antipsychotica) geven minder extrapiramidale bijwerkingen en er gaan stemmen op dat zij zelfs effectiever zijn dan klassieke antipsychotica (KA). Met de komst van de NGA wordt volgens sommigen een nieuw tijdperk ingeluid (Shore 1998). Anderen zijn kritischer (Tamminga e.a. 2000). We vroegen ons af of we het tijdperk van de KA moeten afsluiten zodra er depotpreparaten van de NGA beschikbaar zijn. Of verdienen de oude middelen nog steeds een prominente plaats?

METHODE

Meta-analyse Met behulp van Ovid Medline verzamelden wij uit de periode 1998 tot maart 2000 meta-analyses van dubbelblind gerandomiseerd en gecontroleerd onderzoek waarin NGA (risperidon, olanzapine, quetiapine) met KA worden vergeleken. Zoekwoorden waren *meta-analysis* en risperidone of olanzapine of quetiapine. Daarnaast werd een recent rapport van het *Royal College of Psychiatrists* en de *British Psychological Society Guideline Development Group* opgevraagd. Wij zochten contact met enkele auteurs (Geddes en Leucht) om onduidelijkheden (betreffende aantal patiënten en grootte van betrouwbaarheidsintervallen) op te helderen.

Wij verzamelden informatie over de volgende uitkomstmaten: positieve en negatieve symptomen, gebruik van anticholinergica en uitval uit onderzoek in verband met ineffectiviteit of bijwerkingen. In geen van de meta-analyses werden alle bovengenoemde uitkomstmaten berekend. Bovendien werden in de meta-analyses telkens andere onderzoeken geïncludeerd. Daarom bespreken wij de uitkomsten van alle gevonden meta-analyses. Andere uitkomstmaten, zoals het neveneffect gewichtstoename, bespreken we niet aangezien Van Bruggen e.a. (2000) dit onlangs hebben beschreven in een overzicht. Een analyse van het verschil in kosten tussen behandeling met KA en NGA laten we buiten beschouwing.

We hebben de uitkomsten van de meta-analyses omgerekend in twee klinisch goed te interpreteren maten: de *Pearson-correlatiecoëfficiënt* (r) en de *Numbers Needed to Treat* (NNT).

Uitkomsten van een meta-analyse worden meestal uitgedrukt in effectgrootte. Effectgrootte is een maat voor de overlap tussen de uitkomst van de experimentele groep en van de controlegroep. Effectgrootte is makkelijker te interpreteren als ze wordt omgerekend in de Pearson-correlatiecoëfficiënt (r), die een ruwe schatting geeft van het gemiddelde percentage verschil in behandeleffect tussen de experimentele groep en de controlegroep (Wolf 1986).

Dichotome uitkomsten worden in een meta-analyse meestal uitgedrukt in een odds-ratio. Een odds-ratio is de kans op een gebeurtenis in de experimentele groep gedeeld door de kans op die gebeurtenis in de controlegroep. Dichotome uitkomst is ook om te rekenen in r. Verder kan de praktische interpreteerbaarheid worden vergroot door de dichotome uitkomst uit te drukken in de NNT. Hierbij moet aannemelijk zijn dat de kans op de onderzochte gebeurtenis in de onderzochte populatie dezelfde is als in de populatie naar welke de uitkomst wordt gegeneraliseerd (zie Geddes e.a. 1999). Een NNT bijvoorbeeld van *6* betekent dat zes patiënten behandeld moeten worden met de experimentele behandeling om één responder meer te krijgen dan bij de controlegroep.

(Bovengenoemde begrippen worden in een recent verschenen artikel van Van Os (2000) nader toegelicht.)

Metaregressie Metaregressie is een statistische techniek waarmee aan de hand van gegevens uit meerdere onderzoeken wordt berekend of een bepaald kenmerk de uitkomst beïnvloedt. Veel bijwerkingen hangen samen met de hoogte van de dosering van KA terwijl de effectiviteit boven een bepaalde dosering niet toeneemt (De Haan & Maksmovic 1999). Via metaregressie kan worden nagegaan of verschil in werkzaamheid of bijwerkingen tussen NGA en KA afhankelijk is van de dosering van het KA.

RESULTATEN

Meta-analyse In tabel 1 staan de resultaten van de meta-analyses van Geddes e.a. (2000), van Leucht e.a. (1999) en van Duggan e.a. 1999, Kennedy e.a. 1999 en Srisurapanont e.a. 1999 (Cochrane Library) betreffende positieve en negatieve symptomen, anticholinergicagebruik en uitval uit onderzoek bij olanzapine, risperidon en quetiapine versus KA. In de tabel vermelden we de berekende r's en NNT's.

Metaregressie In onderzoek waarin de dosering van KA gemiddeld hoger is dan 12 mg haloperidolequivalent per dag, is de effectgrootte van NGA 0.28 (95%-betrouwbaarheidsinterval 0.13 tot 0.44) en is er een risicoreductie van uitval van 8,3% ten nadele van KA. In onderzoek waarin de dosering van KA gemiddeld lager is dan 12 mg haloperidolequivalent per dag, is de effectgrootte van NGA niet meer significant verschillend van KA: 0.09 (95%-betrouwbaarheidsinterval –0.07 tot 0.26) en is er ook geen verschil in het risico van uitval: –0,1% (95%-betrouwbaarheidsinterval –4,6% tot 4,4%) (Geddes e.a. 2000).

BESPREKING

De uitkomsten van de drie meta-analyses

TABEL 1 *Uitkomst meta-analyses: atypische versus klassieke antipsychotica*

	Geddes			Leucht e.a.			Cochrane Library**		
	NNT	r	n	NNT	r	n	NNT	r	n
Olanzapine									
Positieve symptomen		0.06*	2471					0.17	81
Negatieve symptomen		0.09*	2471		0.08*	2993			
Anticholinergicagebruik				3*	0.35*	2694	3*		2694
Uitval	6*	0.16*	2471				7*	0.14*	2738
Uitval door ineffectiviteit				11*	0.09*	2694	10*	0.09*	851
Uitval door bijwerkingen				17*	0.06*	2694			
Risperidon									
Positieve symptomen		0.05	1549					0.02	1820
Negatieve symptomen		0.07*	1549		0.04*	3000		0.05	1820
Anticholinergicagebruik				8*	0.12*	1938	5*	0.19*	2436
Uitval	10*	0.10*	2138				34*	0.03*	3392
Uitval door ineffectiviteit				50#	–0.02#	1938	417	0.002	2498
Uitval door bijwerkingen				100#	–0.01#	1616	33	0.03	2176
Quetiapine									
Positieve symptomen		0.00	310					–0.06#	310
Negatieve symptomen		–0.11#	310		–0.12#	487		–0.18#	310
Anticholinergicagebruik				3*	0.38*	758	4*	0.26*	649
Uitval	12	0.09	511				76	0.01	959
Uitval door ineffectiviteit				20#	–0.05#	758	11#	–0.09#	310
Uitval door bijwerkingen				6*	0.17*	487	7*	0.14*	959

NNT: numbers needed to treat

r: Pearson's r (geeft een ruwe schatting van het gemiddelde percentageverschil in behandeleffect tussen de experimentele groep en de controlegroep)

n: totaal aantal patiënten

*: significant verschil ($p < 0.05$)

#: gunstiger uitkomst voor klassieke antipsychotica

**: Duggan e.a. 1999, Kennedy e.a. 1999, Srisurapanont e.a. 1999

komen in grote lijnen overeen. De onderlinge verschillen hangen samen met de selectie van onderzoeken. Met name de Cochrane Association hanteert stringente criteria bij het selecteren van onderzoeken. Enkele verschillen tussen de meta-analyse van Geddes en die van Duggan e.a. 1999, Kennedy e.a. 1999 en Srisurapanont e.a. 1999 betreffende quetiapine zijn daarmee overigens niet te verklaren. Een meta-analyse is alleen mogelijk als aannemelijk is dat patiëntengroepen en uitkomstmaten vergelijkbaar zijn. De grotere zeggingskracht van bevindingen uit een

meta-analyse gaat vaak ten koste van de gedetailleerdheid van informatie.

Op het eerste gezicht verbeteren risperidon en olanzapine positieve en negatieve symptomen iets beter dan de KA. Quetiapine heeft iets minder effect dan de KA op positieve en negatieve symptomen. Aangezien er slechts enkele onderzoeken betreffende quetiapine zijn, moet dit worden opgevat als een voorlopig resultaat. Uitval door bijwerkingen komt minder vaak voor bij olanzapine en quetiapine dan bij de KA. Uitval door onvoldoende klinisch effect komt minder vaak voor bij olanzapine dan bij de KA. Anti-cholinergica zijn bij NGA minder vaak nodig dan bij KA.

NGA geven voornamelijk een gunstiger effect als ze vergeleken worden met hogere doseringen KA. Echter: als gecontroleerd wordt voor de (te) hoge dosering van KA, verdwijnen de voordelen op het gebied van effectiviteit en uitval. In de metaregressie volgens Geddes (2000 [zie eerder]) blijft het voordeel van NGA op het gebied van extrapiramidale bijwerkingen wel bestaan als ze vergeleken worden met KA in doseringen tot en met 12 mg haloperidolequivalent per dag. Het is echter de vraag of dit voordeel standhoudt als de dosering van KA verder verlaagd wordt (Rosebush & Mazurek 1999). Daarnaast moet het voordeel betreffende extrapiramidale bijwerkingen worden afgewogen tegen de bijwerkingen die vaker bij sommige NGA voorkomen, zoals gewichtstoename (Van Bruggen e.a. 2000) en seksuele functiestoornissen (Knegtering e.a. 1999).

Naast de kritiek betreffende de te hoge dosering van KA zijn er andere overwegingen van belang bij de interpretatie van de onderzoeksgegevens. De verschillen die in grote groepen worden gevonden, zijn weliswaar significant, maar in absolute zin klein. Bovendien zijn veranderingen in psychopathologie gemeten met gevoelige meetinstrumenten. Het is onduidelijk of de aldus gevonden kleine verschillen klinisch relevant zijn. Het meeste onderzoek waarin de nieuwe middelen vergeleken worden met KA, is uitgevoerd bij chronische patiënten met een beperkte respons op voorgaande behandeling met KA. Het iets betere effect van NGA bij deze groep is vermeldenswaard. De gunstige respons op KA bij eerste-episodepatiënten wordt door deze patiëntenselectie echter buiten beschouwing gelaten. Ook de frequent toegepaste methode om bij uitval uit onderzoek de laatst bepaalde uitkomst 'mee te nemen' naar de einduitkomst (*last observation carried forward*) benadeelt de KA. Uitval in de met KA behandelde groep treedt meestal vroeg op ten gevolge van dosisafhankelijke extrapiramidale bijwerkingen. Op dat moment heeft het middel nog niet de kans gehad het maximale effect te bereiken (*differential dropout*). Daarnaast was de opzet van het in de meta-analyse samengevatte onderzoek zodanig dat effecten op negatieve symptomen niet valide bepaald konden worden (Moller e.a. 1994).

Er zijn ook enkele punten van kritiek op de opzet van vergelijkend antipsychoticaonderzoek in het algemeen. De mediane duur van dergelijke onderzoeken is zes weken, terwijl antipsychotica vaak jarenlang gebruikt worden. De generaliseerbaarheid van de resultaten van vergelijkend antipsychoticaonderzoek wordt ook beperkt door het dramatisch hoge percentage uitvallers in de onderzoeken met een langere onderzoeksduur. Daarnaast worden patiënten met comorbide aandoeningen uitgesloten in vele onderzoeken, terwijl comorbiditeit veel voorkomt. Ten slotte zijn er weinig gegevens over effect op kwaliteit van leven, op suïcide en op sociaal en cognitief functioneren.

CONCLUSIE

De validiteit van de gevonden (geringe) voordelen van de nieuwe generatie antipsychotica (atypische antipsychotica) is discutabel.

Misschien is ons oordeelsvermogen, kort na de introductie van de NGA, enigszins gehinderd door de vurige wens dat er eindelijk mildere en effectievere antipsychotica zouden komen. Wel is duidelijk geworden dat de nieuwe middelen effectief zijn en een acceptabele balans tussen

effect en bijwerkingen kunnen opleveren. Er zijn bovendien enkele aanwijzingen dat NGA het cognitief functioneren kunnen verbeteren. Komend onderzoek zou voordelen van NGA kunnen aantonen op het gebied van cognitief en sociaal functioneren, van negatieve symptomen en van bijwerkingen op de lange termijn (tardieve dyskinesie). De eerder genoemde methodologische beperkingen moeten in dit komende onderzoek opgelost worden. Totdat er duidelijkheid is over bovengenoemde uitkomst verdienen de oude vertrouwde antipsychotica een vooraanstaande plaats bij de behandeling van schizofrenie.

De consequenties van de hierboven beschreven bevindingen en overwegingen voor de klinische praktijk zijn als volgt. Aangezien er waarschijnlijk geen klinisch relevant verschil is in effectiviteit tussen NGA en KA, is het belangrijkste keuzecriterium: de mate waarin (het risico van) een bepaalde bijwerking acceptabel is voor een patiënt. Indien geleidelijke instelling op een lage dosis KA niet goed mogelijk is, met als gevolg een groter risico van extrapiramidale bijwerkingen, verdienen NGA de voorkeur. Met name olanzapine en quetiapine veroorzaken weinig extrapiramidale bijwerkingen. Quetiapine blijkt tot nu toe iets minder effectief dan KA. Indien (het risico van) gewichtstoename voor een patient onacceptabel is, zijn KA eerste keuze. Gewichtstoename komt relatief het meest voor bij olanzapine. Indien adequate behandeling met KA onvoldoende effect oplevert, is behandeling met NGA het proberen waard.

De auteurs danken M. Koeter voor zijn hulp.

LITERATUUR

Bruggen, J.M. van, Linszen, D.H., Dingemans, P.M.A.J., e.a. (2001). Gewichtstoename en antipsychotica. *Tijdschrift voor Psychiatrie, 43*, 95-104.

Duggan, L., Fenton, M., Dardennes, R.M., e.a. (1999). Olanzapine for schizophrenia. *The Cochrane Library*, Issue 4. Oxford: Update Software.

Geddes, J.R., on behalf of the Royal College of Psychiatrists/British Psychological Society Guideline Development Group (2000). Atypical antipsychotics in the treatment of schizophrenia: Systematic review, meta-regression and evidence-based treatment recommendations. *Schizophrenia Research*, (in druk).

Geddes, J.R., on behalf of the Royal College of Psychiatrists/British Psychological Society Guideline Development Group (1999). *The management of schizophrenia part 1. Pharmacological treatments.*

Haan, L. de, & Maksmovic, I. (1999). Psychosebehandeling met een lage dosering D_2-antagonist. *Tijdschrift voor Psychiatrie, 41*, 287-291.

Kennedy, E., Song, F., Hunter, R., e.a. (1999). Risperidone versus typical antipsychotic medication for schizophrenia. *The Cochrane Library*, Issue 4. Oxford: Update Software.

Knegtering, H., Blijd, C., & Boks, M. (1999). Sexual dysfunction and prolactin levels in patients using classical antipsychotics, risperidone or olanzapine. *Schizophrenia Research, 36*, 355-366.

Leucht, S., Pitschel-Walz, G., Abraham, D., e.a. (1999). Efficacy and extrapyramidal side-effects of the new antipsychotics olanzapine, quetiapine, risperidone, and sertindole compared to conventional antipsychotics and placebo. A meta-analysis of randomized controlled trials. *Schizophrenia Research, 35*, 51-68.

Moller, H.J., van Praag, H.M., Aufdembrinke, B., e.a. (1994). Negative symptoms in schizophrenia: Considerations for clinical trials. *Psychopharmacology, 115*, 221-228.

Os, J. van (2000). Cochrane-speak: een introductie. *Tijdschrift voor Psychiatrie, 42*, 423-428.

Rosebush, P.I., & Mazurek, M.F. (1999). Neurologic side effects in neuroleptic-naive patients treated with haloperidol or risperidone. *Neurology, 52*, 782-785.

Shore, D. (1998). Recent developments in atypical antipsychotic medications (editorial). *Schizophrenia Bulletin, 24*, 33.

Srisurapanont, M., Disayavanish, C., & Taimkaew, K. (1999). Quetiapine for schizophrenia. *The Cochrane Library*, Issue 4. Oxford: Update Software.

Tamminga, C.A. (2000). New rather than atypical. *Psychopharmacology, 148*, 20-21.

Wolf, F.M. (1986). *Meta-analysis quantitive methods for research synthesis.* Newbury Park: Sage publications.

AUTEURS

L. DE HAAN is als psychiater verbonden aan de Adolescentenkliniek Psychiatrie AMC/de Meren te Amsterdam.

J.M. VAN BRUGGEN en J. LAVALAYE zijn als arts-onderzoeker verbonden aan de Adolescentenkliniek Psychiatrie AMC/de Meren te Amsterdam.

W.F. SCHOLTE is psychiater, verbonden aan de Adolescentenkliniek AMC/de Meren te Amsterdam.

L. WOUTERS is psycholoog, verbonden aan de Universiteit van Amsterdam.

J. STOROSUM is als psychiater verbonden aan SPDC AMC/de Meren te Amsterdam.

D.H. LINSZEN is psychiater en hoofd van de Adolescentenkliniek AMC/de Meren te Amsterdam.

Correspondentieadres: L. de Haan, AMC, Universiteit van Amsterdam, Divisie Psychiatrie, Postbus 22700, 1100 DE Amsterdam. Fax: (020) 6919139, e-mail: l.dehaan@amc.uva.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 17-7-2000.

SUMMARY

Rehabilitation of conventional antipsychotics. An overview of meta-analyses – L. de Haan, J.M. van Bruggen, J. Lavalaye, W.F. Scholte, L. Wouters, J. Storosum, D.H. Linszen –

BACKGROUND *Assessment of the place of the new generation antipsychotic drugs (atypical antipsychotics, NGA) in the treatment of schizophrenia patients is necessary.*

AIM *To present a practical overview of meta-analyses concerning efficacy, side effects and dropout in treatment with NGA (olanzapine, risperidone, quetiapine) versus conventional antipsychotics (CA: haloperidol, chloorpromazine).*

METHOD *Literature search of meta-analyses (1998-2000).*

RESULTS *Compared to CA, anticholinergic comedication is less necessary in treatment with NGA: olanzapine and risperidone show slightly more efficacy; treatment with olanzapine results in less dropout. However the validity of these findings is debated. The higher efficacy and smaller dropout rates for NGA disappear when compared to CA used in doses of up to 12 mg haloperidol-equivalent.*

CONCLUSION *Conventional antipsychotics still deserve a prominent role in the treatment of schizophrenia.*

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 43 (2001) 4, 259-264]

KEYWORDS atypical antipsychotics, conventional antipsychotics, meta-analysis

KORTE BIJDRAGE

Gedwongen opname in de verslavingszorg

Onderzoek naar de toepassing van de Wet BOPZ

M.F.A.M. VAN ROOIJ, C.M.M. VLEUGELS, F.A.M. KORTMANN, H.A.M.J. TEN HAVE, F.C.B. VAN WIJMEN

SAMENVATTING *Dit artikel behandelt gedwongen opnamen in verslavingsinstellingen in de periode 1997-1998. Met een enquête werd geïnventariseerd hoeveel patiënten in deze periode op grond van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (*BOPZ*) in verslavingsinstellingen zijn opgenomen en welke overwegingen behandelaars hadden om de Wet* BOPZ *al dan niet toe te passen. Slechts 0,28% van de opnamen was gedwongen op grond van de* BOPZ*. Als redenen hiervoor werden vooral tekortkomingen in bouwkundige faciliteiten en de praktijk van doorverwijzing genoemd. De vraag is niettemin of de* BOPZ *een aanvulling op de behandelingsmogelijkheden voor verslaafden zou kunnen bieden op vergelijkbare wijze als in de algemene psychiatrie.*

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 43 (2001) 4, 265-270]

TREFWOORDEN BOPZ, dwang, verslavingszorg

De meeste verslavingsinstellingen beschikken over de mogelijkheid patiënten gedwongen op te nemen krachtens de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (BOPZ) (Dute & Bakker 1997; IGZ 1996, 1997; Samuels 1998). In 1996 werd van die mogelijkheid nauwelijks gebruikgemaakt (NVVGG & SIG 1996a).

Tot dusverre heeft nauwelijks onderzoek plaatsgevonden naar gedwongen opnamen in de verslavingszorg op grond van de Wet BOPZ. In de algemene psychiatrie is tot en met 1997 een stijging gesignaleerd van het aantal inbewaringstellingen (IBS'en) en rechterlijke machtigingen (Nijman 1999). Of deze stijging ook de verslavingszorg betreft, is niet bekend, daar het BOPZ-registratiesysteem maar tot en met 1996 reikt (IGZ 1998; Tweede Kamer 1998).

In het kader van het Nederlands Wetenschappelijk Onderzoeks (NWO-)programma 'Ethiek en beleid' doen de auteurs onderzoek naar medische, ethische en juridische achtergronden van dwang en drang in de verslavingszorg. Aan dit deelonderzoek, dat onderwerp is van dit artikel, lagen de volgende vraagstellingen ten grondslag: (1) Hoe groot was het aandeel van de patiënten die gedwongen werden opgenomen krachtens de Wet BOPZ in verslavingsinstellingen binnen het totale aantal opgenomen patiënten? (2) Welke factoren speelden een rol bij het al dan niet toepassen van de Wet BOPZ volgens behandelaars?

METHODE

De hoofdbehandelaars en administratieve medewerkers van de 61 intramurale verslavingsinstellingen in Nederland (GGZ 1998; Wilt e.a. 1998) werden in het voorjaar van 1999 met een enquête benaderd. De enquête is opgesteld op basis van literatuuronderzoek en van interviews

met behandelaars en is in drie opeenvolgende pilotonderzoeken getest en bijgesteld. De vragen waren inhoudelijk en administratief van aard. Het inhoudelijke deel bestond uit zeven algemene items (diagnostiek, recidive, chroniciteit, beëindiging behandeling, terugkeer in behandeling, terugvalpreventie en ontslagredenen) en uit vragen naar relaties met andere instellingen en justitie met als speciaal aandachtspunt de ervaringen met BOPZ-opnamen. Het administratieve deel (acht items) betrof kenmerken van de instellingen, zoals het aantal bedden op een open en een gesloten afdeling, het aantal separeerruimten en het bezettingspercentage daarvan, de beschikbaarheid van medici, de belangrijkste verwijsbronnen, het aantal opgenomen patiënten, het aantal opnamen krachtens de Wet BOPZ en het aantal afwijzingen van aanvragen van BOPZ-opnamen. Ten slotte werd gevraagd naar het aantal opnamen op grond van strafrechtelijke maatregelen en de aard van de samenwerking met justitie. De verkregen gegevens zijn geanonimiseerd.

RESULTATEN

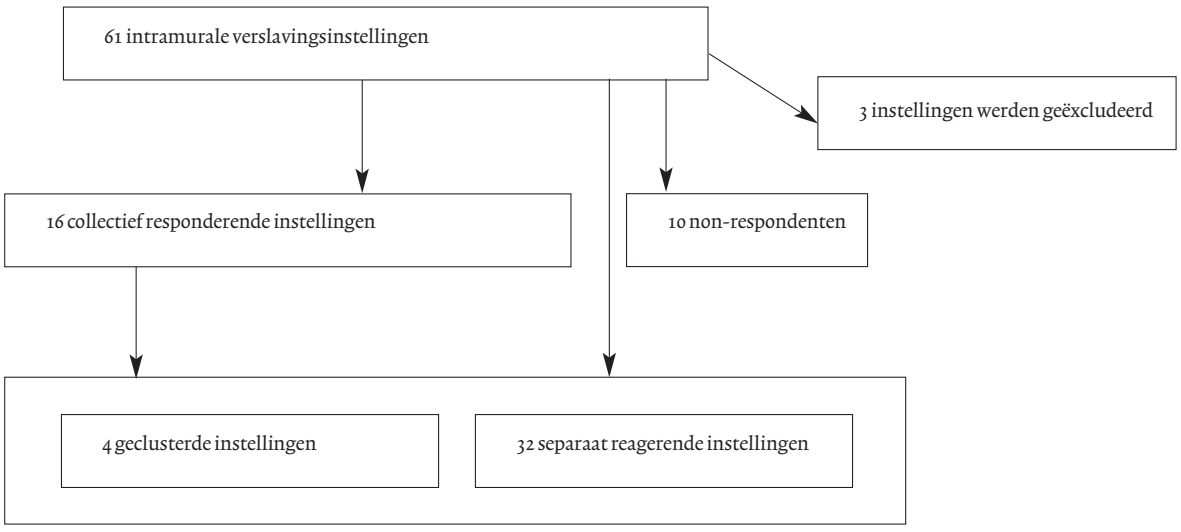
Respons

Van de 61 respondenten reageerden 16 instellingen gezamenlijk, waarbij voor de databewerking de vier clusters elk afzonderlijk als één instelling werden beschouwd. Drie instellingen werden geëxcludeerd omdat zij een bredere doelgroep hadden dan patiënten met hoofdzakelijk verslavingsproblematiek. Van de non-respondenten weigerde één instelling expliciet deel te nemen. De overige negen klinieken hebben ondanks herhaald verzoek de enquête niet geretourneerd. Dit resulteerde in een responspercentage van 78% (36/46).

Karakteristieken van de respondenten

BOPZ-*bevoegdheid* Acht van de 36 respondenten waren BOPZ-aangemerkte verslavingsinstellingen (Samuels 1998), 17 waren indirect BOPZ-bevoegd binnen het verband van de overkoepelende verslavingsinstelling en zes waren indirect BOPZ-bevoegd binnen het verband van een algemeen psychiatrisch ziekenhuis (APZ).

FIGUUR 1 *Overzicht van (non-)respondenten en geëxcludeerde instellingen*



TABEL 1 *Genoemde redenen waarom geen* BOPZ*-opnamen plaatshebben (n=36)*

Genoemde reden	Aantal malen
Facilitair	
De accommodatie is er niet op berekend	24
Meer en bekwamer personeel zou nodig zijn (o.a. artsen en psychiaters)	13
Behandelinhoudelijk	
Dwang is tegengesteld aan behandelfilosofie	5
Slecht voor de overige (vrijwillige) patiënten	4
In behandeling staan eigen verantwoordelijkheid en motivatie centraal	3
Verslaving op zichzelf geen reden voor BOPZ tenzij een andere As-I-stoornis aanwezig is	1
Dwangparadox – onduidelijk invulling te geven aan BOPZ-maatregel	1
Beleidsmatig	
Geen aanmeldingen ontvangen/weinig aanbod	8
Goed functionerende regeling met APZ of PAAZ	6
Verblijf met BOPZ-maatregel kan mits waarborg in een psychiatrische instelling	1
Het is de vraag of dwangmaatregelen in de verslavingszorg horen	1
Men richt zich op enkele 'gevallen' indien men zich op BOPZ-opnamen wil toeleggen	1
Veel werk om aan te vragen	4
BOPZ-opnamen zijn een duur zorgproduct (personeel en facilitair)	2
In nabije toekomst wel mogelijk patiënten met BOPZ-indicatie op te nemen	4
Overig	
Onenigheid over de toepassingsmogelijkheden van de BOPZ	2
Betere circuitvorming nodig voor verdere traject	2
Ontbreken BOPZ-aanmerking	1

BOPZ = (Wet) bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen
APZ = Algemeen psychiatrisch ziekenhuis
PAAZ = Psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis

Vijf respondenten waren niet bevoegd om gedwongen op te nemen.

Gesloten afdeling/separeerruimten Eén instelling beschikte over 19 bedden op een gesloten afdeling en drie instellingen over een separeerruimte bij een totaal van 1918 bedden. De separeerruimten waren 12% van de tijd bezet.

Beschikbaarheid psychiater en andere medici Een psychiater ontbrak bij 9 van de 33 op dit item responderende instellingen. Gemiddeld heeft men de beschikking over 11 psychiater-uren per week per instelling. Drie instellingen moeten het zonder medicus stellen. Gemiddeld waren 51 overige arts-uren per instelling beschikbaar.

BOPZ-*opnamen* In 1997 en 1998 vonden van de 15.473 opnamen in verslavingsinstellingen 44 opnamen (0,28%) krachtens de Wet BOPZ plaats (15 IBS'en en 29 rechterlijke machtigingen). De stijging is niet significant ten opzichte van het percentage van 0,075% in 1996 (NVVGG & SIG 1996a). Behandelaars gaven diverse redenen waarom in hun instelling geen of weinig opnamen op grond van de BOPZ plaatsvinden (zie tabel 1).

Opnamen met een strafrechtelijke maatregel Acht procent van de opnamen in de intramurale instellingen voor verslavingszorg vond plaats op basis van een strafrechtelijke maatregel, waarbij justitiabelen met een geestesstoornis voor de keus werden gesteld in behandeling te gaan of hun straf uit te zitten. Vooral werden artikel 47 Gevangenismaatregel (thans artikel 15 'Penitentiaire Beginselenwet') en de Schorsing voorlopige hechtenis gebruikt.

DISCUSSIE

In verslavingsinstellingen vond in de periode 1997-1998 0,28% van de opnamen gedwongen plaats op basis van de Wet BOPZ, hetgeen niet significant afwijkt van 0,075% uit 1996 (NVVGG & SIG 1996a). Dit geringe aantal gedwongen opnamen staat in tegenstelling tot de situatie in de algemene psychiatrie (Nijman e.a. 1999), waar de Wet BOPZ bij 13,8% van de opnamen gebruikt werd (NVVGG & SIG 1996b). De voor de verslavingszorg ontworpen rechterlijke machtiging op eigen verzoek wordt nauwelijks gebruikt (Dute & Bakker 1997).

Als redenen voor het geringe aantal gedwongen opnamen in de verslavingsinstellingen worden tekortkomingen in bouwkundige faciliteiten genoemd, zoals het ontbreken van een gesloten afdeling en separeerruimten. Dit wordt ook elders gesignaleerd (Dute & Bakker 1997; Ministerie van VWS 1996; Noorlander 1994). Twintig van de 36 instellingen verwijzen voor dwangopnamen volgens de Wet BOPZ naar een APZ, een regionale instelling voor ambulante geestelijke gezondheidszorg of een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis. Deze verwijzingspraktijk wordt ook in de literatuur genoemd (IGZ 1997; Ministerie van VWS 1996).

Opvallend is het gegeven dat nauwelijks gedwongen wordt opgenomen in verslavingsinstellingen, ondanks het feit dat 31 van de 36 respondenten daartoe bevoegd zijn. De beperkte beschikbaarheid van medici in de verslavingszorg kan een deel van de verklaring leveren voor het geringe aantal dwangopnamen. In de literatuur wordt ook deze geringe beschikbaarheid gesignaleerd (IGZ 1997; IGZ 1998; Noorlander 1994). Slechts één van de vijf instellingen zonder BOPZ- bevoegdheid gaf het onderbreken van de status als verklaring. Van de respondenten vermelden vier instellingen te werken aan uitbreiding van mogelijkheden tot dwangopnamen. Meermalen is aangegeven dat er onduidelijkheid bestaat over toepassingsmogelijkheden van de Wet BOPZ bij verslavingsproblematiek. Dit wekt de indruk dat hier behoefte is aan meer informatie.

Twee derde van de patiënten met een BOPZ-status in een APZ verblijft op een open afdeling (navraag in drie APZ'en). In de verslavingszorg blijken geen patiënten met een gedwongen status op een open afdeling te verblijven, terwijl dit

op een soortgelijke afdeling in een APZ wel het geval is. Een verklaring hiervoor kan de aanwezigheid van een gesloten afdeling in een APZ zijn, die het verblijf met een BOPZ-status op een open afdeling mogelijk maakt. Een mogelijkheid tot betere behandeling kan geboden worden door verslaafden met een 'ambulante' machtiging in een verslavingskliniek op te nemen, waarbij de waarborg voor de machtiging bij een APZ geregeld is. In enkele gevallen gebeurt dat al op deze wijze.

Druggebruikers zijn moeilijk in behandeling te krijgen en te houden (Ansoms 1996). Dit kan leiden tot opnamen in diverse instellingen en voortijdige beëindiging van de behandeling gevolgd door een snelle heropname (Fernandez & Nygard 1998). Deze patiënten kunnen baat hebben bij bepaalde vormen van dwang. Patiënten die gedwongen zijn opgenomen, blijken immers langer in behandeling te blijven en de behandeling vaker af te ronden dan degenen die zich vrijwillig laten behandelen (Baas 1998; Farabee e.a. 1998). Een langere behandelingsduur en vooral het voltooien van een behandeling blijken in verband te staan met minder terugval in verslavingsproblematiek (Baas 1998; Brecht e.a. 1993; Farabee e.a. 1998; Jongerius & Koeter 1998). De vraag rijst of de Wet BOPZ een aanvulling op de behandelingsmogelijkheden voor verslaafden kan bieden.

LITERATUUR

Ansoms, D.S. (1996). Toxicomanie. Ambulante behandeling onder dwang. *Panopticon*, 18-24.

Baas, N.J. (1998). *Strafrechtelijke opvang verslaafden (SOV). Een literatuurverkenning naar voor de SOV relevante ervaringen met onvrijwillig geplaatste justitiabele verslaafden in binnen- en buitenland.* Den Haag: Wetenschappelijk Onderzoek en Documentatie Centrum.

Brecht, M.L., Anglin, M.D., & Wang, J.C. (1993). Treatment effectiveness for legally coerced versus voluntary methadone maintenance clients. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 19*, 89-106.

Dute, J.C.J., & Bakker, A.H. (1997). De betekenis van de Wet BOPZ voor de verslavingszorg. *Tijdschrift voor alcohol en drugs, 22*, 32-39.

Farabee, D., Prendergast, M., & Anglin, M.D. (1998). The effectiveness of coerced treatment for drug-abusing offenders. *Federal Probation, 62*, 3-10.

Fernandez, G.A., & Nygard, S. (1990). Impact of involuntary outpatient commitment on the revolving-door syndrome in North Carolina. *Hospital and Community Psychiatry, 41*, 1001-1004.

GGZ (1998). Overzicht van de intramurale verslavingsinstellingen in Nederland, verkrijgbaar op aanvraag bij GGZ NL.

Inspectie voor de Gezondheidszorg (1997). *Jaarrapportage 1996*. Rijswijk: IGZ.

Inspectie voor de Gezondheidszorg (1998). *Jaarrapportage 1997*. Rijswijk: IGZ.

Jongerius, J.A.H.M., & Koeter, M.W.J. (1997). *Drang tot verandering? Haalbaarheid en effecten van een drang- en dwangbenadering van drugsverslaafden in detentie (AIAR-reeks 3)*. Amsterdam: AIAR.

Ministerie van VWS (1996). *Wet BOPZ Evaluatierapport 2*. Rijswijk: Ministerie van VWS.

Nijman, H.L.I., à Campo, J.M.L.G., & Ravelli, D.P. (1999). Stijging van het aantal onvrijwillige opnamen. *Tijdschrift voor Psychiatrie, 41*, 103-107.

Noorlander, E. (1994). Verslaafden en de Wet BOPZ. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid, 49*, 1233-1237.

NVVGG & SIG (1996a). *PIGGz 1996: patiëntenregister intramurale geestelijke gezondheidszorg. Landelijke tabellen psychiatrie: Klinieken voor verslavingsziekte*. Utrecht: NVVGG & SIG

NVVGG & SIG (1996b). *PIGGz: patiëntenregister intramurale geestelijke gezondheidszorg. Landelijke tabellen psychiatrie: Algemene psychiatrische ziekenhuizen*. Utrecht: NVVGG & SIG.

Samuels, M.O. (1998). *Wetbijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Nederlandse wetgeving: Editie Schuurman & Jordens; 46)*. Deventer: Tjeenk Willink.

Tweede Kamer (1998). *Evaluatie Wet BOPZ/Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Vergaderjaar 1997-1998*. 's-Gravenhage: Sdu. 25763, nr. 3.

Wilt, H. v.d., van Gelderen, A., & Riepema, A. (1998). *Adresgids verslavingszorg: 1998-1999*. Houten, Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.

AUTEURS

M.F.A.M. VAN ROOIJ is werkzaam als arts-onderzoeker bij de afdeling Psychiatrie van het Universitair Medisch Centrum St. Radboud te Nijmegen.

C.M.M. VLEUGELS is werkzaam als psychiater bij Psychiatrisch Centrum Welterhof te Heerlen en als onderzoeker bij de afdeling Psychiatrie van het Universitair Medisch Centrum St. Radboud te Nijmegen.

H.A.M.J. TEN HAVE is als hoogleraar Medische Ethiek verbonden aan de Katholieke Universiteit Nijmegen en het Universitair Medisch Centrum St. Radboud te Nijmegen.

F.C.B. VAN WIJMEN is hoogleraar Gezondheidsrecht bij de Universiteit Maastricht.

F.A.M. KORTMANN is als hoogleraar Psychiatrie verbonden aan de Katholieke Universiteit Nijmegen en het Universitair Medisch Centrum St. Radboud te Nijmegen.

Correspondentieadres: M.F.A.M. van Rooij, Universitair Medisch Centrum St. Radboud, afdeling Psychiatrie, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen.

E-mail: m.vanrooij@czzopsy.azn.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 3-7-2000.

SUMMARY

Involuntary admissions and addiction: Research into the application of the Dutch law for involuntary psychiatric admissions – M.F.A.M. van Rooij, C.M.M. Vleugels, F.A.M. Kortmann, H.A.M.J. ten Have, F.C.B. van Wijmen –

This article describes compulsory admissions in the intramural institutes for addiction care for the period 1997-1998. By means of a survey study the number of involuntary admissions was investigated as well as the factors that influence this number according to treatment professionals. Only 0,28% of the total admissions to these institutes was involuntary on the basis of civil law. A lack of facilities and referrals to psychiatric institutes were most frequently mentioned as possible reasons for not using the civil law for involuntary psychiatric hospital admissions. The question is posed if the pressure from Dutch civil law to enter and stay in treatment could be an additional treatment option for addicts in a comparable fashion as in general psychiatry.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 43 (2001) 4, 265-270]

KEYWORDS addiction, coercion, BOPZ