

Effect van dwangmedicatie als interventie van eerste keus op separatie en toegepaste dwang; een prospectief cohortonderzoek

A.A. VERLINDE¹, W. SNELLEMAN¹, H. VAN DEN BERG, E.O. NOORTHOORN

- ACHTERGROND** Separeren wordt veelvuldig als interventie toegepast - zelfs als eerste voorkeur - bij agressieve of gevaarlijke patiënten sinds de invoering van de Wet Bopz. Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft in 2012 als beleid geformuleerd dat separatie teruggedrongen moet worden, zonder substitutie door dwangmedicatie. In 2007 werd Argus ingevoerd als registratiesysteem van dwanginterventies in het kader van de Wet Bopz en als monitorsysteem om separatie te kunnen reduceren.
- DOEL** Onderzoeken of op lange termijn het gebruik van dwangmedicatie gepaard gaat met vermindering in het gebruik van separaties of andere maatregelen en nagaan of er sprake is van substitutie.
- METHODE** Het onderzoek werd uitgevoerd door analyse van Argus-data tussen 2007 en 2011 over 1843 patiënten van Mediant.
- RESULTATEN** De verandering in de verhoudingscijfers van separatie en dwangmedicatie door de tijd liet zien dat toepassen van dwangmedicatie tot gevolg had dat er in totaal over minder dagen dwang werd toegepast.
- CONCLUSIE** Het toedienen van medicatie, zo nodig onder dwang, verdient zowel qua subsidiariteit, proportionaliteit als doelmatigheid bij gevaar bij psychiatrische patiënten de voorkeur boven separatie. Daar medicatie behandelt en separatie beheersmatig is, kan hierbij niet gesproken worden van substitutie.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 56(2014)10, 640-648

TREFWOORDEN dwangmedicatie, dwangmaatregelen, preventie, separatie, substitutie, Wet Bopz



ARTIKEL



Het gebruik van een separeerruimte in de omgang met gevaarlijke situaties in de psychiatrie staat ter discussie. Separatie wordt als onwenselijke maatregel beschouwd in de behandeling van patiënten, maar bij ernstig gevaar lijkt het soms onvermijdelijk. Vanaf 2005 heeft de Nederlandse regering ruim 30 miljoen euro geïnvesteerd (Vruwink e.a. 2012) in de beperking van het gebruik van de separeerruimte, nadat de indruk was ontstaan dat Nederland te vaak voor dit middel kiest (Janssen e.a. 2008; 2011; Vrijland

e.a. 2002). Recent is vanuit de politiek gesteld dat reductie van separatie niet mag leiden tot substitutie door dwangmedicatie (Schipper juli 2012). In internationaal perspectief is dit een opmerkelijk standpunt, dat ook niet aansluit bij bevindingen van het weinige onderzoek op dit terrein in Nederland (Georgieva e.a. 2012).

In de toepassing van interventies gericht op gevaarvermindering, zoals separaties, afzonderingen, fixaties en dwangmedicatie, zijn tussen ggz-instellingen in Nederland grote

verschillen waargenomen (Janssen e.a. 2012; Noorthoorn e.a. 2012; Van der Schaaf e.a. 2013). Vergelijking van instellingen is mogelijk op basis van cijfers over de verhouding tussen vrijheidsbeperkende maatregelen en dwangmedicatie. Het maken van deze vergelijking is mogelijk door data uit Argus, een landelijke database waarin deze gegevens worden geregistreerd. In de meeste instellingen wordt separatie ruim 5 maal frequenter dan dwangmedicatie toegepast als maatregel bij gevaar. Slechts bij enkele instellingen wordt separatie even frequent ingezet als dwangmedicatie. Recent onderzoek laat zien dat naarmate het beleid inzake dwang en drang over langere termijn centraal aangestuurd wordt, de kans op het bereiken van minder separaties groter is (Noorthoorn e.a. 2012). Deze Nederlandse cijfers bevestigen internationale bevindingen op dit gebied (Huckshorn 2006; LeBel 2008).

Wij verrichtten een studie op basis van de cijfers van Mediant, een instelling met een langere traditie op het gebied van kwaliteitsbeleid in terugdringing van vrijheidsbeperkende maatregelen (Hoekstra e.a. 2004; Van der Nagel e.a. 2009). Mediant is een van de eerste instellingen in Nederland waar Argus is gebruikt om vrijheidsbeperkende maatregelen te monitoren (De Veen e.a. 2009; Noorthoorn e.a. 2007). Tussen 2006 en 2008 zijn de projectactiviteiten gericht op de invoering van het engagement-model, het gebruik van zogenoemde comfortrooms en de inzet van ervaringsdeskundigen in een aantal afdelingen binnen de instelling (De Veen e.a. 2009). Sinds 2009 is er een verandering in het beleid rond dwang en drang met een centrale aansturing. Er werd een intern protocol geschreven over het gebruik van dwangmedicatie en er werden systematische interne audits op het gebruik van dwangmaatregelen ingevoerd.

Het vastleggen van separaties en dwangmedicatie in Argus vanaf 2007 en het langdurige beleid met duidelijk omschreven perioden in het terugdringen van dwang en drang maken het mogelijk om cijfers van deze twee interventies bij verschillend beleid tegen elkaar af te zetten. Het recent door minister Schippers verdedigde standpunt zal op basis van empirisch onderzoek met de data uit Argus ter discussie worden gesteld. De centrale vraag in ons onderzoek is: wat is het effect van de keuze voor dwangmedicatie als maatregel van eerste keuze op het aantal uren separatie en totale aantal uren toegepaste dwang?

METHODE

Setting

Het onderzoek vond plaats in Mediant, een instelling met 217 bedden. 75 van deze bedden waren verdeeld over (aanvankelijk 2, later) 1 gesloten en 2 open opnameafdelingen en een gesloten opnameafdeling voor ouderen. Er

AUTEURS

LIA VERLINDE, psychiater, opleider psychiatrie Mediant, manager behandelzaken Circuit Ouderenpsychiatrie.

WILLEM SNELLEMAN, psychiater, manager behandelzaken Circuit Acute Zorg Mediant en waarnemend geneesheer-directeur.

HENK VAN DEN BERG, psychiater, geneesheer-directeur en lid raad van bestuur Mediant.

ERIC NOORTHOOORN, onderzoeker A-opleiding GGnet, Casusregister Argus en Expertisecentrum Aggressiemanagement Altrecht.

CORRESPONDENTIEADRES

A.A.Verlinde, Mediant, Postbus 775, 7500 AT Enschede.
E-mail: aa.verlinde@mediant.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 20-5-2014.

waren 62 verblijfsbedden en 80 bedden voor specifieke doelgroepen, zoals ouderen en mensen met niet-aangeboren hersenafwijkingen. Mediant was een van de vier instellingen die vanaf 2007 meedeelde aan het uittesten van Argus, waardoor er gegevens beschikbaar waren over een periode van 5 jaar. Tussen 2007 en 2009 was het project beperkt tot de 5 opnameafdelingen. Na 2009 werd de projectstatus verlaten en werden de toepassingen van de interventies door middel van cijfers en aan de hand van afdelingsspecifieke audits door de geneesheer-directeur over de gehele instelling gemonitord.

Instellingsbeleid

In 2002 werd een start gemaakt met onderzoek naar factoren die van invloed zijn op vrijheidsbeperkende interventies (De Veen e.a. 2009; Hoekstra e.a. 2004; Van der Nagel e.a. 2009). Vanaf 2006 werd gewerkt met het engagement-model (De Veen e.a. 2009) en werden informatie en training gegeven in het toepassen ervan. Op verscheidene afdelingen werden comfortrooms ingericht, hetgeen vooral leidde tot een sterke reductie in het aantal uren vrijheidsbeperkende interventies bij de behandel- en verblijfsafdelingen (Noorthoorn e.a. 2009).

In 2009 werd het project in het reguliere beleid geïntegreerd. Het instellingsbeleid wat betrof de volgorde van uitvoering van vrijheidsbeperkende interventies werd centraal aangestuurd, explicieter omschreven en gecontroleerd. Bij iedere interventie werd de wenselijkheid van verschillende typen interventies tegen elkaar afgewogen. Indien op grond van het toestandsbeeld werd ingeschat dat dwangmedicatie waarschijnlijk onvermijdelijk zou blij-

ken, werd direct gestart met dwangmedicatie in plaats van separatie. Dit had als gevolg dat separatie vaak niet meer nodig bleek.

Medicamenteus is het beleid terughoudend bij (nagenoeg) onbekende patiënten in het geven van antipsychotica. Men geeft de voorkeur aan benzodiazepines intramusculair. In andere gevallen, bij patiënten die bekend zijn en bij patiënten met psychoses of bipolaire stoornis, heeft haloperidol de voorkeur, eventueel gecombineerd met promethazine of lorazepam, tenzij van de patiënt bekend is dat hij of zij overgevoelig is voor deze middelen (Bak e.a. 2011). Maandelijks krijgen de afdelingen de cijfers van dwangtoepassingen teruggekoppeld. Tijdens de jaarlijkse interne audits door de geneesheer-directeur wordt het beleid van de afdeling op verschillende onderdelen doorgelicht.

Samenvattend konden we drie fases in de invoering van het separatie beleid onderscheiden:

1. Afdelingsgebonden scholing. Tussen najaar 2006 en voorjaar 2008 waren er bij de verscheidene deelnemende opnameafdelingen scholingen in het engagementmodel, werden comfortrooms ingericht en startbijeenkomsten gehouden.
2. Instellingsbreed toepassen van het engagementmodel. Vanaf 2008 werd gestart met scholing van de afdelingen die in de eerste jaren nog niet deelnamen.
3. Centrale aansturing en verlaten van de projectstatus van Argus, met tevens een maandelijkse monitoring en jaarlijkse audits op alle afdelingen.

Argus-dataset

In de Argus-dataset worden de gegevens over separatie, afzondering, fixatie, dwangmedicatie, de toediening van vocht en voeding en andere vrijheidsbeperkende interventies vastgelegd. Bij iedere daadwerkelijke toepassing van één van deze interventies worden datum, aanvangstijd en, behoudens bij voortdurende gedwongen medicatie, eindtijd genoteerd. Dit wordt verder aangevuld met de geobserveerde mate van verzet van de patiënt tegen de interventie. Separatie is in de Argus-set gedefinieerd als: 'Het voor verzorging, verpleging en behandeling insluiten van een patiënt, in een speciaal daarvoor bestemde en door de Inspectie voor de Gezondheidszorg of het College Bouw Zorg als separeerverblijf goedgekeurde afzonderlijke ruimte'.

Afzondering is in de landelijke Argus-set gedefinieerd als: 'Het voor verzorging, verpleging en behandeling insluiten in een speciaal daarvoor bestemde afzonderingskamer'.

Een afzonderingskamer is een prikkelaar ingerichte eenpersoonskamer met bed, tafel, stoel, kledingkast en wasgelegenheid.

Onder fixatie wordt in de Argus-set verstaan: 'Het beperken van een patiënt in zijn bewegingsmogelijkheden, hetzij

door toepassing van mechanische hulpmiddelen dan wel door fysiek vasthouden'.

Onder dwangmedicatie wordt in de Argus-set verstaan: 'Medicatie die gedwongen, onder verzet, aan de patiënt wordt toegediend via injectie of infuus'.

Bij Mediant worden, anders dan de landelijke verplichting vereist, alle verstrekkingen van dwangmedicatie vastgelegd, zowel oraal als intramusculair, al dan niet verstrekt onder verzet. Deze meer gedifferentieerde registratie maakt een vergelijking met internationale cijfers mogelijk (Bowers 2000; Steinert e.a. 2010).

In dit onderzoek hielden wij de Nederlandse Argus-definitie aan bij de telling van het aantal dagen dwang. Het aantal verstrekkingen intramusculaire dwangmedicatie onder verzet, werd daartoe vermenigvuldigd met de veronderstelde werkingsduur van de volgens formularium gegeven medicatie (Bak e.a. 2011).

In dit onderzoek ging het om vervanging (substitutie) van de ene interventie door een andere en werden de separaties en afzonderingen vergeleken met verstrekking van dwangmedicatie. Dit is meestal het geval bij (jong)volwassenen. Fixaties van en dwangmedicatie bij ouderen lieten wij buiten beschouwing, omdat deze patiënten a priori niet werden gesepareerd.

Uren per opname, uren als uitkomstmaat

Deze gedetailleerde registratie van de daadwerkelijke duur van een interventie maakte het mogelijk de tijdsduur van verschillende interventies af te zetten tegen de tijd dat een patiënt was opgenomen. In de vergelijking tussen instellingen werden de cijfers over separaties, afzonderingen, insluitingen en fixaties uitgedrukt in aantal gestarte interventies per 1000 opnames en aantal uren interventie per opname-uren.

Door aantal separaties tegen aantal opnames af te zetten (vergelijk Bowers 2000) en uren separatie tegen uren opname (vergelijk Abderhalden e.a. 2008), was statistische toetsing met χ^2 -testen op de ruwe gegevens mogelijk.

Dwangmedicatie wordt in Argus uitgedrukt in het aantal verstrekkingen per 1000 opnames. De bevindingen uit een aantal studies (Bowers e.a. 2006; Janssen e.a. 2011; 2012; Steinert e.a. 2010) lieten zien dat het afzetten van de tijdsduur van de vrijheidsbeperkende interventies tegen het aantal opname-uren de geschiktste maat was om cijfers van verschillende instellingen vergelijkbaar te maken. Deze maat is, minder dan het aantal separaties per 1000 opnames, gevoelig voor lokale verschillen in de mate waarin patiënten in het separatieproces vanuit de separeerruimte naar de afdeling worden gemobiliseerd. Eerder mobiliseren betekent minder uren in de separeer; echter, door te snel te mobiliseren kan een nieuwe separatie nodig zijn, waardoor het aantal separaties toeneemt.

In dit onderzoek werd, om de inzet van dwangmedicatie, separatie en afzondering met elkaar te kunnen vergelijken, iedere verstrekking van dwangmedicatie onder verzet geteld als het aantal dagen dat deze verstrekt werd, vermenigvuldigd met het aantal dagen werkzaamheid. Iedere dag dat een andere interventie plaatsvond, werd eveneens geteld als één dag (Georgieva e.a. 2012). Het totale aantal dagen dat een interventie (separatie, afzondering en dwangmedicatie) plaatsvond, werd in de vergelijking meegenomen. Zowel kort als lang werkende depots werden hierin als zodanig meegeteld, zij het dat lang werkend vrijwel niet voorkwam.

Definitie substitutie

Hoewel beleidsmakers en politici in rapportages, voortgangsevaluaties en meerjarenafspraken stellen dat er geen sprake mag zijn van substitutie, is er geen heldere afspraak over wat dit begrip precies inhoudt. Wij kozen er daarom voor, conform de recente literatuur hierover (Bowers 2000; Georgieva e.a. 2012), om het begrip 'substitutie van vrijheidsbeperkende maatregelen' op twee wijzen te omschrijven:

1. Substitutie definieerden wij als: de vervanging in de keuze van de ene vrijheidsbeperkende interventie door de andere. Dit werd geoperationaliseerd door het aantal gestarte specifieke interventies af te zetten tegen het totale aantal gestarte interventies.
2. Substitutie definieerden wij als: vervanging van de ene interventie door een andere. Dit werd geoperationaliseerd door het aantal dagen dat een specifieke interventie plaatsvond af te zetten tegen het totale aantal dagen dat andere interventies plaatsvonden. Bij separaties ging het om het

aantal dagen in de separeer. Bij dwangmedicatie verstrekt onder verzet ging het om 1 dag in het geval van kort werkende dwangmedicatie en om 2-3 weken in het geval van lang werkende dwangmedicatie.

Studieopzet en statistische analyse

Het onderzoek werd opgezet als een longitudinaal cohort-onderzoek zonder controleconditie. Om een beeld te krijgen van de populatie werd allereerst de blootstelling aan separatie op het niveau van de patiënt berekend. In deze analyse kwam iedere patiënt één keer terug. Omdat er sprake was van 3 fases in de aansturing van interventies om het aantal separaties te reduceren, besloten wij om verandering over de tijd te evalueren, de verhoudingscijfers per jaar te beschrijven en met elkaar te vergelijken. Verschillen tussen de jaren werden getoetst met χ^2 -toetsen, waarbij ten eerste het aantal gestarte separaties werd afgezet tegen het aantal opnames en ten tweede het aantal uren in de separeer werd afgezet tegen het aantal opname-uren. Deze analyses werden verricht op een databasestand op het niveau van de opname. In deze database konden bepaalde patiënten vaker voorkomen.

RESULTATEN

TABEL 1 beschrijft de samenstelling van de populatie door de jaren heen. Uit de tabel komt naar voren dat patiënten met een psychotische stoornis, een bipolaire stoornis of een lage GAF-score bij aanvang van de opname, meer kans liepen om gesepareerd te worden dan patiënten zonder diagnose op as I, of met een depressieve of een psycho-organische stoornis. De cijfers stemden overeen met die van een Duitse studie naar determinanten van vrijheidsbeper-

TABEL 1 Diagnose en voorkomen separatie bij opgenomen populatie bij Mediant

	Geen n = 1622	Separatie n = 221	Totalen n = 1843	Significant
Diagnosen op as I				
- geen stoornis op as I of	10%	5%	9%	+
- aanpassingsstoornis	4%	3%	4%	n.s.
- angststoornis	11%	8%	10%	n.s.
- depressieve stoornis	9%	3%	9%	++
- bipolaire stoornis	6%	16%	8%	++
- psychotische stoornis	41%	62%	43%	++
- psycho-organische stoornis	11%	3%	10%	+
- middelenverslaving	4%	3%	4%	n.s.
Diagnose op as II	39%	33%	39%	n.s.
GAF-score bij opname < 40	27%	53%	29%	++

TABEL 2 Verhouding dwangtoepassingen bij Mediant

	2007	2008	2009	2010	2011	Verandering
Gestarte separaties	242	244	210	174	157	-36%
Patiënten opgenomen	740	737	767	639	853	+18%
Separaties per 1000 opnames*	327	331	274	273	186	-43%
Separatiedagen	804	954	704	638	483	-49%
Separatie-uren	19300	22900	16900	15300	11600	-49%
Patiënten gesepareerd	93	102	94	81	92	-
Afzonderingsdagen	1327	755	420	263	372	-72%
Dagen IM medicatie	63	62	104	163	301	+477%
Dagen IM medicatie per 1000 opnamedagen*	0,69	0,66	1,12	1,62	3,07	+334%
Dagen dwang	2194	1771	1228	1064	1156	-53%
Patiënten met gedwongen medicatie	48	59	57	59	49	-
Opnamedagen	91074	93030	93251	100047	100093	+10%
Ratio uren separatie per uren opname*	0,0088298	0,010257	0,007551	0,006372	0,004829	-45%
Ratio dagen dwang per dagen opname*	0,0240903	0,019037	0,013169	0,010635	0,011549	-52%

*p < 0,001.

kende interventies (Flammer e.a. 2013). Nadere analyse van de onderliggende cijfers liet zien dat in 2007 relatief meer patiënten met een persoonlijkheidsstoornis werden gesepareerd. Verder was 35% van de populatie in alle 5 jaren opgenomen, 20% in 3 van de 5 jaar en 30% was niet meer dan in 1 van de jaren opgenomen.

TABEL 2 omschrijft de verandering in de verschillende verhoudingscijfers door de jaren heen. Ondanks een redelijk constante samenstelling van de opgenomen populatie, veranderden de verhoudingscijfers over de vrijheidsbeperkende maatregelen in belangrijke mate. Het aantal gestarte separaties was met 36% afgenomen, het aantal dagen in de separeer was met 49% afgenomen, waar het aantal dagen dwangmedicatie met bijna 500% was toegenomen. Gecorrigeerd voor de toename in beddagen in deze tijdsspanne was er een afname met 45% in het aantal separatie-uren per opname-uren. Het totaal aantal dagen dwangtoepassing, waarbij alle interventies bij elkaar werden opgeteld, nam echter gecorrigeerd voor de opnamedagen af met 52%. Dwangmedicatie leek gedeeltelijk separatie te hebben vervangen. Het totaal aantal dagen dat het geheel van dwangmaatregelen plaatsvond, was met ruim de helft afgenomen.

Omgerekend naar het aantal verstrekkingen van dwangmedicatie per dienst per 20 bedden bedroeg het ratiocijfer van Mediant 0,072. Dit is beduidend minder dan de cijfers uit Engeland, waar in 128 opnameafdelingen een dergelijke ratio op 0,165 werd berekend (Bowers e.a. 2006).

DISCUSSIE

De cijfers bij Mediant laten zien dat een substantiële reductie van separaties kan leiden tot enige toename in het aantal verstrekkingen van dwangmedicatie onder verzet met een forse toename in het aantal werkzame dagen van deze dwangmedicatie. De gegevens laten zien dat een bewuste keuze om – zonder uitstel – medicamenteus te behandelen, zo nodig onder dwang, de verhoudingscijfers doet verschuiven en er minder separatie nodig is, waarmee de instelling duidelijk afwijkt van andere instellingen (Jansen e. a. 2011; Noorthoorn e.a. 2012). Nadere beschouwing van de cijfers laat zien dat het totaal aantal dagen ‘dwang’ veel meer is afgenomen dan de toename in het aantal dagen ‘verstrekking dwangmedicatie’.

Leidende principes bij dwangmaatregelen

Bij beslissingen tot dwangmaatregelen zijn de behandelend artsen door de wet verplicht zich per casus af te vragen of een andere, minder ingrijpende maatregel mogelijkheden biedt om een ingrijpendere maatregel te vermijden. Het gaat om de volgende principes, die men ook vindt in het vijfde en zesde kwaliteitscriterium van Berghmans e.a. (2001) en in de richtlijn Dwang (NVvP 2007):

1. Subsidiariteit: een ingrijpende maatregel is alleen toelaatbaar als bij een patiënt niet met een lichtere kan worden volstaan.
2. Proportionaliteit: de ingreep of maatregel moet in verhouding staan tot het te voorkomen gevaar. De argu-

mentatie voor een inbreuk op de zelfbeschikking moet sterker zijn naarmate die inbreuk meer de intieme sfeer en de lichamelijke en geestelijke integriteit raakt. Ook moeten de veiligheid van de op te leggen maatregel en de zwaarte van de ingreep in aanmerking worden genomen. De maatregel mag niet verder gaan dan strikt noodzakelijk. Daar waar mogelijk moet de zelfbeschikking worden gehandhaafd en dient het toestemmingsvereiste te worden toegepast.

3. Doelmatigheid: de behandeling of maatregel moet effectief zijn in het afwenden van het gevaar.

Beleid Mediant

Het beleid van Mediant is op deze uitgangsprincipes gebaseerd. De algemene lijn is om volgens de richtlijnen te behandelen. De behandeling van de stoornis heeft de eerste prioriteit en alle andere mogelijkheden dienen gewogen te worden. De afweging is gemaakt dat separatie het gevaar weliswaar tijdelijk vermindert, maar de oorzaak, de stoornis, niet behandelt, en dat medicatie het gevaar vermindert door de oorzaak, namelijk de stoornis, te behandelen. Hierdoor is voor veel patiënten separatie niet nodig of wordt de duur verkort. Het is dus een fundamentele keuze om voor dwangmedicatie te kiezen en niet tijdelijk gevaar af te wenden middels separatie.

Vanuit het proportionaliteitsprincipe is behandeling van de stoornis een legitieme keuze. Uiteraard worden eerst zo veel mogelijk middelen ingezet om dwangbehandeling te voorkomen, zoals de inzet van eerste-5-minutenbeleid (optimale zorg in de eerste 5 minuten van het contact), comfortrooms, communicatie, gevaarhantering en gastvrijheidstraining voor personeel en inzet van ervaringswerkers op de crisisafdelingen. Ten slotte worden alle toegepaste separaties geëvalueerd om te kijken of er toch geen alternatieve mogelijkheden aanwezig waren.

De cijfers van Mediant laten zien dat dwangmedicatie niet alleen tot een reductie van separatie leidt, maar ook tot een vermindering van de totale hoeveelheid dwang. Wat in het licht van het subsidiariteitsprincipe de keus voor dwangmedicatie rechtvaardigt. Niet alleen is dwangmedicatie effectief in afwenden van gevaar, tevens wordt bij voortzetting de kans op hernieuwd gevaar verminderd. Hiermee blijkt het inzetten van dwangmedicatie bij uitstek doelmatig indien volgens de richtlijn toegepast.

Het behandelbeleid zoals dit sinds 2009 door Mediant wordt gevolgd, wordt door de beschreven bevindingen ondersteund. In het bepalen van het behandelbeleid bij een patiënt met gevaar wordt nagegaan of er risico's zijn bij de verstrekking van dwangmedicatie. Kent men de patiënt? Is er sprake van allergie voor antipsychotica, zijn er contra-indicaties voor het verstrekken van benzodiazepines? Indien hierover onzekerheden bestaan, is terug-

houdendheid in de verstrekking van medicatie geboden. Een belangrijk deel van de patiënten die worden opgenomen bij deze instelling is echter bekend, dan wel ambulant in behandeling. Ook heeft een toenemend deel van de patiënten een signaleringsplan waarin de voorkeur van de patiënt is omschreven.

In de cijfers van deze instelling is te zien dat het beleid dwangmedicatie te verstrekken als middel van eerste keuze bij het hanteren van gevaar niet alleen leidt tot relatief lage separatiecijfers, maar uiteindelijk leidt tot de toepassing van minder dwang, omdat de stoornis van de patiënt in een eerder stadium wordt behandeld. Uiteraard verdient het de voorkeur om patiënten, indien mogelijk, te behandelen zonder dwang. Verdere reductie van separatie en ook dwangmedicatie wordt dan ook nagestreefd. Het systematisch inzetten van signaleringsplannen en crisiskaarten is daarom in volle gang. Door het inzetten van signaleringsplannen en crisiskaarten heeft de patiënt de mogelijkheid zijn of haar voorkeur voor de ene of andere ingreep of maatregel vast te leggen voor de toekomst.

Landelijke situatie

Binnen de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg zijn separaties toegenomen sinds de invoering van de Wet Bopz, zo blijkt uit de derde evaluatie van de wet (Legemaate e.a. 2007). In geval van gevaar is, in het kader van de Wet Bopz, separatie de maatregel van eerste keus (Veltkamp e.a. 2008). Het therapeutisch effect van separatie is echter vooralsnog niet met evidentie onderbouwd (Stewart e.a. 2010).

De Wet Bopz regelt in eerste instantie alleen opname. Meestal zal de patiënt medicatie aangeboden worden, deze wordt echter vaak geweigerd. Tijdens opname kunnen dan weken verstrijken zonder medicamenteuze behandeling, ondanks zichtbare symptomen en een soms voortdurend dreigend gevaar. Men kan conform art. 39 overgaan tot het toedienen van orale of intramusculaire noodmedicatie. Echter, om gevaar te hanteren is na implementatie van de Wet Bopz toenemend separatie toegepast. Dit heeft geleid tot een significante stijging in het aantal meldingen van separaties, gerelateerd aan het aantal dwangopnames tussen 1998 en 2005 (Vruwink e.a. 2012). In de cijfers van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) waren de separatiemeldingen 4 maal zo frequent als de dwangmedicatiemeldingen (Vruwink e.a. 2012).

In overeenstemming met dit onderzoek laat Argus in het totaaloverzicht zien dat 75% van de verstrekkingen van dwangmedicatie gebeurt bij patiënten die ook worden gesepareerd, echter bij slechts 20% van de separaties wordt dwangmedicatie verstrekt (Noorthoorn e.a. 2012). Gesepareerde patiënten bij wie ook dwangmedicatie wordt verstrekt, verblijven 50% korter in separatie dan patiënten bij

wie tijdens de separatie geen dwangmedicatie wordt verstrekt (Noorthoorn e.a. 2012).

Het algemene landelijke beleid is dus nog altijd om gevaar volgens de Wet Bopz in eerste instantie af te wenden met separatie. In vergelijking tot de meeste andere instellingen neemt Mediant een bijzondere plaats in, door een geheel andere verhouding tussen het aantal separaties en dwangbehandeling: van de 3 gesepareerden kregen er 2 dwangmedicatie. Landelijk kreeg van de 4 gesepareerden slechts 1 dwangmedicatie.

Voorkeur patiënt

Onderzoek van Georgieva e.a. (2011) naar de preferentie van patiënten laat zien dat, als de keuze aan hen gelaten wordt, de ene helft separatie als middel van eerste keuze verkiest en de andere helft dwangmedicatie. In een klinische trial toonden Georgieva e.a. (2012) aan dat wanneer dwangmedicatie als middel van eerste keuze bij ingrijpen op gevaar wordt toegepast, het aantal uren separatie in de experimentele conditie 75% minder was ten opzichte van de controlegroep. Het aantal verstrekkingen dwangmedicatie tussen een experimentele en een controleafdeling verschilde echter niet significant. Hieruit blijkt dat het tijdstip van medicamenteus behandelen invloed heeft op de totale duur van de gevaarlijke periode al of niet met gelijktijdig toepassen van separatie.

Sterktes en beperkingen van onderzoek

Een sterk punt van dit onderzoek is dat gebruik is gemaakt van complete cijfers van een instelling over een behoorlijk aantal jaren en een substantieel aantal patiënten. De beleidswijziging waar het onderzoek zich op richt, vond plaats in het middelste jaar waarin cijfers verzameld werden, zodat het goed mogelijk was het effect van deze beleidswijziging in kaart te brengen. Tegelijk is de klinische setting ook een beperking van het onderzoek. De gegevens zijn gebaseerd op één ziekenhuis. Individuele patiënten die herhaaldelijk worden gesepareerd, kunnen een belangrijk effect op de uitkomsten hebben.

CONCLUSIE

Wij concluderen dat toepassen van dwangmedicatie voor het afwenden van gevaar de voorkeur verdient boven het afwenden van het gevaar door separatie. Zowel Nederlands onderzoek (Georgieva e.a. 2012; Van de Sande e.a. 2011) als internationale studies (Abderhalden e.a. 2008; Bowers e.a. 2006; Gudjonsson e.a. 2011) onderschrijven het belang om de beleidskeuze van Mediant ook in andere instellingen uit te testen. Bij de opzet van een dergelijk onderzoek is het essentieel dat de gehele instelling achter een dergelijke beleidskeuze staat en dit beleid ook in de 24-uursdienst gehanteerd wordt.

NOOT

1 Verlinde en Snelleman droegen in gelijke mate bij aan dit artikel.



LITERATUUR

- Abderhalden C, Needham I, Dassen T, Halfens R, Haug HJ, Fisher JE. Structured risk assessment and violence in acute psychiatric wards: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2008; 193: 44-50.
- Argus. Beknopte omschrijving van de gegevens-set Argus 2010; versie 1.14.
- Bak M, van Os J, Marcelis M. Acute ingrijpmedicatie; literatuuroverzicht en aanbevelingen. *Tijdschr Psychiatr* 2011; 53: 727-737.
- Bowers L. The expression and comparison of ward incident rates. *Issues Ment Health Nurs* 2000; 21: 365-74.
- Bowers L, Brennan G, Flood C, Lipang M, Oladapo P. Preliminary outcomes of a trial to reduce conflict and containment on acute psychiatric wards: City Nurses. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2006; 13: 165-72.
- Georgieva I, Mulder CL, Wierdsma A. Patients' preference and experiences of forced medication and seclusion. *Psychiatr Q* 2011; doi: 10.1007/s1126-011-9178-y.
- Georgieva I, Mulder CL, Noorthoorn EO. Reducing seclusion through involuntary medication: A randomized clinical trial. *Psychiatry Res* 2012; doi: 10.1016/j.psychres.2012.08.002.
- Gudjonsson GH, Rabe-Hesketh S, Szmulker G. Management of psychiatric inpatient violence: patient ethnicity and the use of medication restraint and seclusion. *Br J Psychiatry* 2004; 184: 258-62.
- Hoekstra T, Lendemeijer HHGM, Jansen MGMJ. Seclusion: the inside story. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2004; 11: 276-83.
- Huckshorn KA. Reducing seclusion restraint in mental health use settings: core strategies for prevention. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 2004; 42: 22-33.
- Janssen WA, Noorthoorn EO, De Vries WJ, Hutschemaekers GJ, Lendemeijer HHGM, Widdershoven GAM. The use of seclusion in the Netherlands compared to countries in and outside Europe. *Int J Law Psychiatry* 2008; 31: 463-70.
- Janssen WA, Van de Sande R, Noorthoorn EO, Nijman HLI, Bowers L, Mulder CL, e.a.. Methodological issues in monitoring the use of coercive measures. *Int J Law Psychiatry* 2011; 34: 429-38.
- Janssen WA, Noorthoorn EO, Nijman HLI, Bowers L, Hoogendoorn AW, Smit A, e.a. Differences in seclusion rates between admission wards: does patient compilation explain? *Psychiatric Q* 2012; doi: 10.1007/s1126-012-92253.
- LeBel J. Regulatory change: A pathway to eliminating seclusion and restraint or 'regulatory scotoma'? *Psychiatr Serv* 2008; 59: 194-6.
- Legemaate J, Frederiks BJM, de Roode RP. Internationale ontwikkelingen. In: Derde evaluatie van de Wet Bopz. Den Haag: ministerie van VWS; 2007.
- Nagel JEL van der, Tuts KP, Hoekstra T, Noorthoorn EO. Seclusion: the perspective of nurses. *Int J Law Psychiatry* 2009; 32: 408-12.
- Noorthoorn EO, Janssen WA, Van de Sande R, Nijman HLI, Smit A, Hoogendoorn A, e.a. Vijf jaar argus. Rapportage uitkomsten vrijheidsbeperkende interventies. Hengelo: Esrein; 2012.
- Noorthoorn EO, Janssen WA, Smit A, Mann P, Van de Sande R, Vruwink FJ, e.a. Drie jaar Argus. Rapportage GGZ Nederland. Hengelo: Esrein; 2009.
- Noorthoorn EO, Janssen WA, Vruwink FJ, Veen RCA de, Lendemeijer HHGM. Een jaar Argus. Rapportage uitkomsten meting vrijheidsbeperkende maatregelen GGnet en Mediant. Rapportage GGZ Nederland. Hengelo: Esrein; 2007.
- Sande van de R, Nijman HLI, Noorthoorn EO, Wierdsma AI, Hellendoorn E, van der Staak C, e.a. Aggression and seclusion on acute psychiatric wards: effect of short-term risk assessment. *Br J Psychiatry* 2011; 199: 473-8.
- Schippers EI, 12 juli 2012 brief CZ - 3121711. Stand van zaken brief naar aanleiding van AO overleg dwang en drang. Den Haag: ministerie van VWS; 2012.
- Steinert T, Lepping P, Bernardsgrütter B, Conca A, Hatling T, Janssen W, e.a. Incidence of seclusion and restraint in psychiatric hospitals: a literature review and survey of international trends. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2010; 45: 889-97.
- Stewart D, Van der Merwe M, Bowers L, Simpson A, Jones. A review of interventions to reduce mechanical restraint and seclusion among adult psychiatric inpatients. *Issues Ment Health Nurs* 2010; 31: 413-24.
- Veen RCA de, Vruwink FJ, Voskes Y, Mulder CL, Noorthoorn EO. Het Comfortroom-project Mediant. Ervaringen en uitkomsten. MGv 2009; 64: 551-60.
- Veltkamp E, Nijman H, Stolker JJ, Frigge K, Dries P, Bowers L. Patients' preferences for seclusion or forced medication in acute psychiatric emergency in the Netherlands. *Psychiatr Serv* 2008; 59: 209-11.
- Vrijland AJ. Van alle tijden en toch uniek. Landelijke nieuwsbrief Dwang & Drang GGZ Nederland 2002; 1-2.
- Vruwink FJ, Mulder CL, Noorthoorn EO, Uitenbroek D, Nijman HLI. The effects of a nationwide program to reduce seclusion in the Netherlands. *BMC Psychiatry* 2012; 12: 231-2.

SUMMARY

Involuntary medication as the intervention of choice: can this be regarded as 'substitution' or as a preventive measure? A prospective cohort study

A.A. VERLINDE, W. SNELLEMAN, H. VAN DEN BERG, E.O. NOORTHOORN

BACKGROUND Since the Dutch Mental Health Act of 1984 came into effect, seclusion has often been used as the measure of choice for dealing with aggressive or dangerous patients. In 2012 the Ministry of Health formulated a policy whereby seclusion was to be phased out, but not replaced by involuntary medication. In 2007, within the framework of the Mental Health Act, the Argus system of registering coercive measures was introduced in order to monitor the reduction in the use of seclusion and involuntary medication. This article describes, in a longitudinal cohort study, the effect of the policy to reduce aggression by replacing seclusion through the use of involuntary medication or other measures.

AIM To investigate whether, in the long run, a reduction in the use of seclusion will lead to a proportional increase in the use of involuntary medication, and to assess whether this policy can really be termed 'substitution.'

METHOD We performed this study by analysing Argus data for the period 2007-2011, relating to 1843 patients being treated by Mediant.

RESULTS The changing proportions of seclusion and involuntary medication over time demonstrated that the use of involuntary medication did result in patients being secluded for a shorter period of time.

CONCLUSION In the case of dangerous psychiatric patients, medication, administered forcibly when necessary, is preferable to seclusion as far as subsidiarity, proportionality and expediency are concerned. A strategy whereby medication provides appropriate treatment and seclusion is kept within reasonable limits cannot be termed 'substitution'.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 56(2014)10, 640-648

KEY WORDS coercive measures, Dutch Mental Health Act, involuntary medication, prevention, seclusion, substitution