

Psychiatrische behandeling na een inbewaringstelling¹

L. VAN DER POST, J. PEEN, R.A. SCHOEVERS, J. DEKKER

ACHTERGROND Sinds 1992 is het aantal inbewaringstellingen in Nederland opvallend gestegen. In Amsterdam is er zelfs sprake van een verdrievoudiging. Dit brengt een toegenomen belasting met zich mee voor de openbare geestelijke gezondheidszorg, de psychiatrische klinieken, de politie, de burgermeester en de rechtbank. De indruk bestaat dat door een inbewaringstelling (IBS) een vastgelopen psychiatrische behandeling weer op gang kan komen, maar deze mening is tot nu toe niet wetenschappelijk getoetst.

DOEL Door middel van een retrospectief onderzoek van een cohort inbewaringgestelde patiënten een antwoord krijgen op de vraag: leidt een opname met IBS tot psychiatrische behandeling?

METHODE Uit een cohort van 101 patiënten met IBS, geïndiceerd door de Krisisdienst van Mentrum GGZ, zijn 73 dossiers bestudeerd waarin zich een ontslagbrief van de IBS-opname bevond. De volgende data zijn verzameld: diagnose, duur opname, wijze waarop de IBS werd beëindigd, vervolg van behandeling na beëindiging van de IBS en het voorschrijven van medicijnen tijdens opname.

RESULTATEN Bij het einde van de IBS zijn drie groepen te onderscheiden. Van de ‘snelle vertrekkers’ (40%) wordt niet duidelijk of er een psychiatrische behandeling is gestart. Driekwart van de ‘vrijwillige blijvers’ gaat tijdens de opname medicijnen gebruiken. Van de ‘gedwongen blijvers’ gaat 84% dat doen.

CONCLUSIE Er zijn aanwijzingen dat voor 50 à 60% van de patiënten door de IBS de psychiatrische behandeling (weer) op gang wordt gebracht. Over 40% van hen kan op basis van dit onderzoek geen uitspraak gedaan worden. Prospectief onderzoek is nodig om na te gaan in hoeverre een IBS tot een daadwerkelijk succesvolle behandeling leidt.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 46(2004)4, 209-217]

TREFWOORDEN behandeling, dwangopname, inbewaringstelling, psychose

In Nederland steeg sinds begin jaren 90 het aantal dwangopnames, ondanks de door de wetgever bij het opstellen van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (BOPZ) beoogde verlaging van het aantal dwangopnames (Poletiek 1997). Het aantal IBS-en steeg van ongeveer 20 per 100.000 inwoners in 1992 tot 43 in 2002 (Centraal Bureau voor de Statistiek 2003). In Rotterdam steeg het aantal IBS-en van 210 in 1993 tot 392 in 2001

(Wierdsma 2001, 2003); per 100.000 Rotterdammers betekent dit een stijging van 35 naar 66. In Amsterdam steeg het aantal IBS-en veel sterker: tussen 1992 en 2002 van 180 per jaar naar 612 (opgave door Dienst Welzijn Gemeente Amsterdam in 2003). Dit betekent een stijging van 340% in 10 jaar. Omgerekend naar bevolkingsaantallen betekent dit een stijging van 332%: van 25 IBS-opnames per 100.000 inwoners in 1992 naar 83 in 2002 (Centraal Bureau

voor de Statistiek 2003).

De toename van het aantal IBS-en in Amsterdam veroorzaakte een verschuiving binnen de klinische behandelprogramma's. Zo werd er in Mentrum GGZ, werkzaam voor het Centrum, Oude Westen en Noorden van Amsterdam, op een totaal van 613 patiënten in 1992 73% van de patiënten vrijwillig opgenomen. In 2002 was dit aantal gedaald naar 53% op een totaal van 469 (Patiëntenregistratie Mentrum). Volgens Janssen (1998) kon de stijging in Amsterdam niet aan 1 variabele worden toegeschreven. Als voor het hele land geldende variabelen noemde hij toegenomen maatschappelijke druk om gedwongen op te nemen en formalisering van dwang tijdens opname onder invloed van het in werking treden van de BOPZ in 1994. Als specifieke Amsterdamse variabelen noemde hij: verandering van de organisatie van de acute psychiatrie en daling van de hoeveelheid tijd die de ambulante zorg voor haar patiënten beschikbaar heeft. Ook uit andere Europese landen kwamen berichten over stijgende aantallen dwangopnames (Salize e.a. 2002; Zinkler & Priebe 2002).

Onderzoek naar het effect van een opname met IBS is tot nu toe in Nederland niet gepubliceerd. Ook internationaal zijn tot nu toe weinig publicaties gevonden waarin het beloop van de behandeling na een dwangopname wordt beschreven. Hiday verzuchtte in een overzicht van 121 Engelstalige publicaties '... it is surprising that there is not a wealth of data on the extent and outcomes of coercion' (Hiday 1996). Zij deed dan ook een pleidooi voor meer onderzoek naar het nut van de dwangopname voor de behandeling van de patiënt.

Onderzoek naar de attitude van patiënten ten aanzien van de ondergane dwangopname levert contrasterende resultaten op. Sommige onderzoekers vonden woede en een neiging zich af te wenden van psychiatrische behandeling, andere rapporteerden juist een positieve houding ten opzichte van de ondergane dwang, meestal in combinatie met een positieve uitkomst van de behandeling (Hiday 1996). Qua behandeluitkomst van dwangopnames vond Hiday 8 onderzoeken die voor het grootste deel van de patiënten enige of aanmerke-

lijke verbetering van het klinische beeld na dwangopname rapporteerden. Men moet er echter rekening mee houden dat 5 onderzoekers rapporteerden dat tussen de 25 en 51% van de patiënten na ontslag opnieuw behandeling mijden en dat er heropnamepercentages worden gevonden van tussen de 23 en 55% (Hiday 1996). Bij een later onderzoek in Zweden rapporteerde 76% van een groep gedwongen, en eenzelfde percentage van een daarmee vergeleken groep vrijwillig opgenomen patiënten, verbetering van hun toestand in combinatie met een stijging van de GAF-score (Global assessment of Functioning) met ten minste 10 punten bij 64% van de gedwongen versus 47% van de vrijwillig opgenomen groep (Kjellin e.a. 1997). Deze gegevens kunnen echter gezien de grote internationale verschillen in wetgeving ter zake van het toepassen van dwang (behandeling) niet makkelijk met gegevens uit de Nederlandse situatie vergeleken worden (Hiday 1996; Riecher-Rössler & Rössler 1993; Salize e.a. 2002)

In Nederland is het juridische beloop onderzocht bij enkele cohorten inbewaardgestelde patiënten (Nijman e.a. 1993; Nijman e.a. 1999; Wierdsma 2003). Deze onderzoeken bevatten echter geen gegevens met betrekking tot het beloop van de op de IBS volgende behandeling. Wel is er recent een onderzoek gepubliceerd over het behandelbeloop van 38 met een rechterlijke machtiging opgenomen bemoeizorgpatiënten te Utrecht (Van Houten e.a. 2002). Een belangrijke bevinding was dat 34 van hen tijdens de opname op een anti-psychoticum konden worden ingesteld (89%). Tevens oordeelde de helft tot twee derde van die patiënten bij wie een follow-upinterview kon worden afgenomen (27) dat hun situatie was verbeterd vergeleken met hun situatie voor opname.

Het in dit artikel besproken onderzoek beoogt om door middel van retrospectief verkregen informatie over een cohort inbewaardgestelde patiënten een antwoord te krijgen op de vraag: leidt een opname met IBS tot (begin van) een psychiatrische behandeling gedurende de op de IBS volgende opnameperiode?

Deze vraagstelling werd vertaald in vier deel-

vragen: (1) hoe lang verblijft de patiënt in de kliniek; (2) hoe wordt de patiënt verder behandeld na beëindiging van de IBS; (3) is er tijdens de opname sprake van het voorschrijven van medicijnen en zo ja, hoe lang; en (4) is er bij ontslag na beëindiging van de IBS sprake van een behandelplan?

METHODE

Onderzoekspopulatie In het jaar 1997 werden via de Krisisdienst van Mentrum –verzorgingsregio Centrum, Oud-West en Noord Amsterdam – 264 IBS-opnames geïndiceerd. Van deze opnames vonden er 124 plaats in een van de klinieken van Mentrum; 140 patiënten werden elders in Amsterdam of in de regio opgenomen. Van deze jaarcohort werden uit het ggz-informatiesysteem Psygis de volgende gegevens verzameld: leeftijd, sekse, woonadres en datum IBS. Vervolgens werden uit de geneeskundige verklaringen (GV) de diagnoses genoteerd. Om de omvang van de te onderzoeken data te beperken, werd uit deze jaarcohort een steekproef genomen om het opnamebeloop te bestuderen. Deze onderzoekscohort bevatte 101 IBS-en uit het eerste half jaar van 1997, waarvan de geneeskundige verklaringen waren geschreven door de artsen en psychiaters van de Krisisdienst.

Gegevensverzameling Van de onderzoekscohort zijn anderhalf tot twee jaar na het inclusiemoment de ontslagbrieven verzameld. Wanneer bij eerste inspectie van het dossier de ontslagbrief ontbrak, werd schriftelijk om toezending verzocht. Bij uitblijven van een reactie werd een rappel gestuurd en bij wederom uitblijven van effect werd opgebeld. In de aldus verkregen ontslagbrieven werd gekeken naar de duur van de opname, de wijze waarop de behandeling werd voortgezet na het beëindigen van de maatregel en het gebruik dan wel voorschrijven van medicijnen tijdens de opname. Ook werd gekeken of er sprake was van enige vorm van behandelplan op het moment ontslag. Als er in de ontslagbrief een voortgezette medicatie beschreven werd na ontslag of als er een ambulante behandelcontact geregeld was na ontslag, werd

dit ‘ontslag met behandelplan’ genoemd. Terugverwijzen naar de huisarts zonder mededelingen over geplande voortgezette behandeling werd niet als behandelplan genoteerd. Als er niets in de brief stond over voortgezette behandeling, werd dit ‘ontslag zonder behandelplan’ genoemd.

De patiënten uit de onderzoekscohort werden op leeftijd (0-19, 20-34, 35-49, en 50-64 jaar), sekse en diagnose (schizofrenie, overige psychotische stoornissen, manische episode bij een bipolaire stoornis, depressie, psycho-organische stoornis en overige stoornissen) vergeleken met de overige patiënten van de jaarcohort van 264 personen met behulp van chi-kwadraattoetsen (tabel 1).

RESULTATEN

Demografische gegevens Binnen de steekproef van 101 patiënten ontbraken bij 28 patiënten ontslagbrieven, zodat de onderzoekscohort uiteindelijk 73 patiënten omvatte. Bij 15 patiënten was er geen brief ontvangen en bij 13 was er wel een eerste ontslagbrief, maar ontbrak de tweede brief uit de kliniek waarheen de patiënt tijdens de IBS-opname was overgeplaatst. Van de patiënten verbleef namelijk 40% tijdens de IBS-episode in 2 klinieken. De onderzoekscohort bestond voor 63% uit mannen. De jongste patiënt was 18 jaar en de oudste 86. De gemiddelde leeftijd was 39,3 jaar, met een standaarddeviatie van 15,6.

In tabel 1 zijn de demografische gegevens en de diagnostische categorieën weergegeven zoals deze als enige of als belangrijkste diagnose voorkwamen op de GV. Bij twee derde van de patiënten vormde een psychotische stoornis de aanleiding voor de IBS en bij een vijfde een manie. Depressies werden in deze onderzoekscohort als eerste diagnose niet gevonden. Bij 15 patiënten (21%) werden meerdere diagnoses ingevuld. Bij 6 patiënten werd een stoornis door gebruik van middelen als comorbide stoornis genoemd. Gevoegd bij de 2 patiënten waarbij dit als hoofddiagnose gold, was er in totaal sprake van 8 patiënten (11%) waarbij gebruik van middelen werd genoemd. Als tweede diagnose werd verder 5 maal een ernstige gedragsstoornis en

TABEL 1 Kenmerken van de patiënten met een inbewaringstelling uit de onderzoekscohort en van de rest van dit leeftijdscohort

Variabelen	Overig jaarcohort (N = 191)		Onderzoekscohort (N = 73)	Onderzoekscohort versus overig jaarcohort: χ^2 (df);
	n (%)		n (%)	p
Leeftijd (jaren)				
0-19	5 (2,7)		3 (4,1)	4,52 (4); 0,340
20-34	82 (44,1)		35 (47,9)	
35-49	74 (39,8)		20 (27,4)	
50-64	16 (8,6)		9 (12,3)	
65+	9 (4,8)		6 (8,2)	
Sekse				
man	106 (55,5)		46 (63,0)	1,22 (1); 0,269
vrouw	85 (44,5)		27 (37,0)	
Diagnose*				
Schizofrenie (6)	48 (25,1)		18 (24,7)	10,77 (5); 0,056
Overige psychosen (7,8)	77 (40,4)		32 (43,9)	
Manische episode (9,10)	35 (18,3)		18 (24,7)	
Depressie (11,12)	15 (8)		-	
Psycho-organische stoornis (2,3,4)	8 (4,1)		5 (6,8)	
Overige stoornissen (1,14,15)	8 (4,1)		-	

* De cijfers achter de diagnoses verwijzen naar de diagnostische categorieën op de geneeskundige verklaring, getoetst in 6 geclusterde categorieën

2 keer een persoonlijkheidsstoornis genoemd. De onderzoekscohort bleek statistisch niet significant te verschillen van de overige patiënten uit de jaarcohort, waarmee de representativiteit van deze steekproef gewaarborgd lijkt.

Opmameduur na opname met IBS De opnameduur vertoonde een spreiding van 1 tot 370 dagen bij een gemiddelde van 68,3 dagen, met een standaarddeviatie van 78,6. Aan de ene kant stond een groep van 14 (19%) patiënten die binnen een week vertrokken is en aan de andere kant was er een groep van 26 patiënten (36%) die langer dan 2 maanden bleef. Na een maand was 55% van de patiënten nog steeds opgenomen. Van 1 patiënt kon de opnameduur niet bepaald worden, hij werd mét z'n IBS overgeplaatst naar de vs.

Wijze beëindiging IBS en vervolg van de behandeling Negentien (26%) patiënten kregen in aansluiting aan hun IBS een Voorlopige Machtiging (VM): de 'gedwongen blijvers'. Deze groep verbleef gemiddeld 157 dagen in de kliniek met een spreiding van 24 tot 370 dagen.

Drie kwart van de patiënten kon na de IBS gaan en staan waar hij wilde. Tweeëntwintig (30%) van hen verkozen na de IBS in de kliniek te blijven: de 'vrijwillige blijvers'. De duur van hun verblijf varieerde van 15 tot 245 opnamedagen (gerekend vanaf de eerste opnamedag) met een gemiddelde van 91 dagen. Dertig patiënten (42%) gingen direct na de IBS met ontslag: de 'snelle vertrekkers'. Vijftien van hen vertrokken met enige afspraken over een voortgezette behandeling en 15 zonder. Hoeveel van de laatsten zonder dan wel met instem-

TABEL 2 Wijze van beëindiging van de inbewaringstelling bij een cohort van 73 patiënten

	n (%)
Gedwongen blijvers (VM)	19 (26)
Vrijwillige blijvers	22 (30)
Snelle vertrekkers	
Geen behandelplan	15 (21)
Wel behandelplan	15 (21)
Vervolg onbekend	2 (3)
Totaal	73

VM = voorlopige machtiging

ming van hun arts vertrokken, kon uit de brieven niet opgemaakt worden. De groepen snelle vertrekkers, gedwongen blijvers en vrijwillige blijvers vertoonden qua samenstelling onderling geen significante verschillen met betrekking tot sekse (3 onderlinge Chi-kwadraattoetsen met $p > 0,05$), leeftijd (idem 3 maal $p > 0,05$) en diagnose (idem 3 maal $p > 0,05$). Van de 57 patiënten waarvan vaststaat dat ze ter rechtszitting zijn gekomen (bij 5 was de IBS al eerder opgeheven en bij 11 weten we uit de brief niet of ze een rechtszitting kregen), werd bij 15 de IBS niet bekrachtigd, kregen er 19 een VM en eindigde bij 23 de IBS ofwel door expiratie ofwel doordat de arts de IBS vóór de expiratedatum ophief. De gegevens over wijze van beëindiging van de IBS en het vervolg staan in tabel 2 en 3.

Het voorschrijven van medicijnen De duur van het voorschrijven van medicijnen verschilde per

groep (zie tabel 4). Zo kregen 21 (29%) patiënten geen of heel kort medicijnen. Deze laatste groep bleef ook kort in de kliniek. De groep die volgens de arts langer dan 3 weken medicijnen kreeg voorgeschreven, telde 38 patiënten (52%). Van de gedwongen blijvers (19) kregen er 16 (84%) ten minste 3 weken medicijnen voorgeschreven, 2 kregen niets voorgeschreven en bij 1 patiënt is de ontslagbrief op dit punt niet duidelijk genoeg. Van de vrijwillige blijvers (22) kregen er 17 (77%) langer dan 3 weken medicijnen voorgeschreven, 2 tussen de 1 en 3 weken, 2 kregen niets voorgeschreven en van 1 patiënt is het niet op te maken uit de brief. Van de 30 snelle vertrekkers kregen er 6 geen medicijnen. Zij waren op 1 na patiënten die binnen een week na opname alweer (zonder IBS) vertrokken. De rest van deze groep kreeg op 1 uitzondering na medicijnen voorgeschreven, ten minste tot ontslag.

DISCUSSIE

Belangrijkste bevindingen De doelstelling was om door middel van een retrospectief onderzoek van een cohort inbewaringgestelde patiënten een antwoord te krijgen op de vraag: leidt een opname met IBS tot (een begin van) een psychiatrische behandeling gedurende de op de IBS volgende opnameperiode? Hierbij wordt ervan uitgegaan dat de start van een medicamenteuze behandeling een indicator is voor de start van een psychiatrische behandeling in bredere zin.

TABEL 3 Vervolg van de behandeling bij de 54 patiënten bij wie de inbewaringstelling niet werd omgezet in een voorlopige machtiging

Wijze beëindiging IBS (Totaal)	Vrijwillige blijvers		Snelle vertrekkers		Vervolg onbekend
	Geen behandelplan	Wel behandelplan	Geen behandelplan	Wel behandelplan	
	n	n	n	n	n
Beëindigd na datum zitting/ geëxpireerd (23)	9	7	7	-	-
Niet bekrachtigd door rechter (15)	4	7	4	-	-
Opgeheven voor datum zitting (5)	-	1	3	1	1
Vrij na inbewaringstelling; omstandigheden onbekend (11)	9	-	1	1	1
Totaal	22	15	15	2	2

TABEL 4 Duur van het voorschrijven van medicijnen bij de cohort patiënten met inbewaringstelling

	Hele cohort (N = 73)	Gedwongen blijvers (N = 19)	Vrijwillige blijvers (N = 22)	Snelle vertrekkers (N = 30)	Vervolg onbekend (N = 2)
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
0 dagen	11 (15)	2 (11)	2 (9)	6 (20)	1 (50)
< 1 week	10 (14)	-	-	9 (30)	1 (50)
1 - 3 weken	11 (15)	-	2 (9)	9 (30)	-
< 3 weken	38 (52)	16 (84)	17 (77)	5 (17)	-

Voor ten minste de helft van de groep (voornamelijk) psychotische en manische patiënten, die een gevaar vormen voor zichzelf of hun omgeving en uit zichzelf geen behandeling zoeken, is een opname met inbewaringstelling het begin van (de hervatting) van de psychiatrische behandeling.

Over de groep die snelle vertrekkers (40%) zijn genoemd, zijn geen uitspraken te doen met betrekking tot de vraag: heeft de IBS-opname geholpen een psychiatrische behandeling op gang te brengen? Optimisten zouden kunnen stellen dat de helft van hen toch met een behandelplan vertrekt en dat dit wijst op de start van een vrijwillige psychiatrische behandeling. Pessimisten kunnen tegenwerpen dat de meesten waarschijnlijk de arts van alles hebben beloofd om een voortgezette dwangopname te voorkomen en vervolgens hun eigen, niet behandelde, gang zijn gegaan.

Van de vrijwillige blijvers (30%) krijgt 72% ten minste 3 weken medicijnen voorgeschreven. De aanname lijkt gerechtvaardigd dat ten minste een derde van de patiënten door de IBS tot enige vorm van vrijwillige behandeling is gekomen. Van de gedwongen blijvers (26%) krijgt 84% ten minste 3 weken medicijnen voorgeschreven.

Vergelijking met andere onderzoeken De Amsterdamse cohort inbewaringgestelden is vergeleken met de door Nijman en Wierdsma beschreven cohorten. De cohort in Amsterdam inbewaringgestelde patiënten verschilt zowel wat betreft diagnoses, als wat betreft het vervolg van de IBS van de door Nijman beschreven cohort uit de Welterhof in Heerlen (Nijman e.a., 1993). De Amsterdamse jaarcohort bestaat voor 86% uit psychotische en manische patiënten tegenover 62% in Heerlen. Ook

het feit dat men in Heerlen 15% persoonlijkheidsstoornissen als hoofddiagnose vindt terwijl dat in deze jaarcohort maar 3 keer (1%) voorkwam, valt op. Dit verschil in samenstelling verklaart mogelijk het verschil in beloop van de IBS-opname. Van de Heerlense patiënten ging 60% binnen een week na de rechtszitting met ontslag, terwijl van de Amsterdamse onderzoekscohort slechts 19% binnen 1 week na opname vertrokken was en 45% van de ontslagen pas na 1 maand werd bereikt. De Amsterdamse onderzoekscohort lijkt dus uit patiënten te bestaan die er gemiddeld genomen ernstiger aan toe zijn dan de patiënten uit de Heerlense cohort. Dit kan samenhangen met de hogere prevalentie van psychiatrische stoornissen in Amsterdam en de grote problemen die er gedurende de onderzoeksperiode bestonden bij het vinden van een opnameplek voor Amsterdamse patiënten. Met andere woorden: de Amsterdamse patiënt moet ernstiger ziek zijn om een IBS - en dus een gegarandeerde opnameplek - te krijgen dan de patiënt uit Zuid-Limburg.

De door Wierdsma beschreven cohort van 281 patiënten in Rotterdam inbewaringgestelde patiënten en de Amsterdamse jaarcohort lijken met betrekking tot de verdeling van diagnoses vrijwel identiek (Wierdsma 2003). Op andere kenmerken, zoals opnameduur en beloop van de behandeling is vergelijking niet mogelijk, deze variabelen werden in het onderzoek van Wierdsma niet beschreven. Het percentage IBS-en dat tijdens een rechtszitting werd bekrachtigd, was in Rotterdam 80%, en in Amsterdam 70% (63-77; deze spreiding wordt veroorzaakt door het ontbreken van gegevens in de ontslagbrieven van 11 patiënten over de wijze van beëindiging van de IBS en over het al dan niet

verschijnen ter rechtszitting). Waarschijnlijk wordt dit kleine verschil in het percentage bekrachtigde IBS-en vooral verklaard door de verschillende manieren waarop de gegevens over het juridisch verloop van de IBS zijn verzameld.

De bevinding dat 84% van de groep gedwongen blijvers medicijnen lijkt te gaan nemen, stemt overeen met de resultaten van het onderzoek van Van Houten e.a. (2002) die rapporteerden dat 89% van de patiënten uit hun VM-groep medicijnen accepteerde.

Beperkingen van dit onderzoek Het is duidelijk dat aan de hier beschreven onderzoeksopzet methodologische beperkingen zijn verbonden. Op de eerste plaats is een ontslagbrief geen gestandaardiseerd en gevalideerd meetinstrument. Hij geeft aan de hand van een vrij globaal (algemeen gebruikelijk) format, waarvoor geen gedetailleerde regels zijn opgesteld, de feiten weer zoals ze door de arts in kwestie zijn waargenomen, geselecteerd en opgeschreven. Zo ontbreken bijvoorbeeld bij 11 patiënten gegevens over de wijze van beëindiging van de IBS.

Op de tweede plaats bevatte vrijwel geen enkele brief mededelingen over de mate van medicatietherapietrouw. In een overzicht van onderzoek naar medicatietherapietrouw wordt een afwezigheid van terapietrouw gerapporteerd bij 11 tot 19% van de opgenomen patiënten (Gaebel 1997). De hier gevonden getallen moeten dus zeker naar beneden bijgesteld worden.

Ten derde zou het ontbreken van ontslagbrieven bij 28 van de 101 bestudeerde dossiers een bron van bias kunnen zijn door selectieve uitval. Zijn dit misschien de nog niet geschreven brieven van de (na anderhalf jaar) nog steeds in dezelfde kliniek opgenomen patiënten? In dat geval is er in dit onderzoek sprake van een overschatting van het percentage patiënten dat snel vertrekt en de behandeling discontinueert.

Ten vierde zou men kunnen opmerken dat de indicator voor het totstandkomen van een psychiatrische behandeling zich beperkt tot het voorschrijven van medicijnen en andere aspecten van

psychiatrische behandeling buiten beschouwing laat. Daartegenover kan gesteld worden dat bij deze groep patiënten met een zeer ernstige psychiatrische stoornis het toedienen van medicijnen toch de centrale pijler is van de behandeling.

Samengevat kan op basis van dit onderzoek gesteld worden dat een IBS bij ten minste de helft van de opgenomen patiënten leidt tot het (her)begin van een psychiatrische behandeling. Om meer precieze en betrouwbare voorspellingen te kunnen doen over de kans dat een opname met IBS tot een psychiatrische behandeling leidt, is nader onderzoek nodig. Een prospectief cohortonderzoek van opgenomen patiënten met een IBS, met een follow-up van twee jaar lijkt de aangewezen weg. Gedurende de follow-up zouden dan op geijkte momenten data verzameld kunnen worden die een beeld geven van de ontwikkeling van de behandeling. Hierbij zouden onderzoek naar de behandelrelatie door interviews met arts en patiënt, bepalen van medicijnspiegels in het bloed en observatie van de ontwikkeling van de psychiatrische symptomen centraal moeten staan. Speciale aandacht vraagt dan de follow-up van de grote groep patiënten die direct na beëindiging van de IBS met ontslag gaan en waarvan we nu nog vrijwel niets weten.

NOOT

1. Tijdens het Voorjaarscongres 2000 van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie werden voorlopige gegevens uit dit onderzoek gepresenteerd.

LITERATUUR

Centraal Bureau voor de Statistiek (2003, februari). Verkregen van www.cbs.nl.

Gaebel, W. (1997). Towards the improvement of compliance: the significance of psycho-education and new antipsychotic drugs. *International Clinical Psychopharmacology*, 12(Suppl. 1), S37-S42.

Hiday, V.A. (1996). Involuntary commitment as a psychiatric technology. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 12, 585-603.

Houten, C.A.G. van, Heemskerk, J.C.M., Renes, J.W., e.a. (2002). Recht

- op gedwongen opname? Het effect van een psychiatrische opname met rechterlijke machtiging op bemoeizorgpatiënten. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 57, 819-830.
- Janssen, M. (1998). *Dwang in Amsterdam: eindrapport van het onderzoek 'Gedwongen psychiatrische opnemingen in Amsterdam'*. Utrecht: Trimbo-instituut.
- Kjellin, L., Andersson, K., Candefjord, I.L., e.a. (1997). Ethical benefits and costs of coercion in short-term inpatient psychiatric care. *Psychiatric Services*, 48, 1567-1570.
- Nijman, H.L.I., à Campo, J.M.L.G., & Ravelli, D.P. (1993). Inbewaringstellingen, kort maar krachtig? *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 35, 58-66.
- 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.
- Poletiek, F.H. (1997). De Wet BOPZ getoetst aan de cijfers. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 52, 349-361.
- Riecher-Rössler, A., & Rössler, W. (1993). Compulsory admission of psychiatric patients—an international comparison. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87, 231-236.
- Salize, H.J., Dressing, H., & Peitz, M. (2002). *Compulsory admission and involuntary treatment of mentally ill patients, legislation and practice in EU-member states. Final Report. European Commission - Health & Consumer Protection Directorate-General Research Project. Mannheim: Central Institute of Mental Health.*
- Wierdsma, A. (2001). Hoe informatief is de geneeskundige verklaring? De omschrijving van de BOPZ-criteria bij inbewaringstelling in Rotterdam. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 56, 25-36.
- Wierdsma, A.I. (2003). Inbewaringstelling... en dan? Een Rotterdams onderzoek naar de motieven van Justitie om gedwongen opnemingen niet voort te zetten. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 58, 337-349.
- Zinkler, M., & Priebe, S. (2002). Detention of the mentally ill in Europe: a review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106, 3-8.

AUTEURS

L. VAN DER POST is psychiater en als opleider sociale psychiatrie en onderzoeker verbonden aan Mentrum GGZ Amsterdam.

J. PEEN is psycholoog en als onderzoeksmedewerker werkzaam bij de afdeling Onderzoek van Mentrum GGZ Amsterdam.

R.A. SCHOEVERS is psychiater en als A-opleider psychiatrie en als onderzoeker verbonden aan Mentrum GGZ Amsterdam, en tevens verbonden aan de academische afdeling Psychiatrie van het VUMC.

J. DEKKER is psycholoog en werkzaam bij Mentrum, cluster O&O te Amsterdam en als hoogleraar klinische psychologie verbonden aan de VU te Amsterdam.

Correspondentieadres: drs. L. van der Post, Koninginneweg 168 II, 1075 EG Amsterdam. Tel.: (020) 5209700. GSM: 06 25041503.

E-mail: lvdp@xs4all.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 23-10-2003.

SUMMARY

Psychiatric treatment after a civil commitment – L. van der Post, J. Peen, R.A. Schoevers, J. Dekker –

BACKGROUND The number of civil commitment proceedings in the Netherlands has increased markedly since 1992. In Amsterdam there has actually been a threefold increase in commitments. This has meant a heavier workload for the Public Mental Health Care Services, the psychiatric clinics, the police, the mayor and the law-courts. Most people seem to be of the opinion that a civil commitment can revitalise psychiatric treatment that has all but failed. This view, however, has not been evaluated scientifically.

AIM To conduct a retrospective study of a cohort of committed patients in order to obtain an answer to the following question: does admission to a clinic following a commitment proceeding's order lead to psychiatric treatment?

METHOD From the files of 100 committed patients referred by the crisis team of the Mentrum

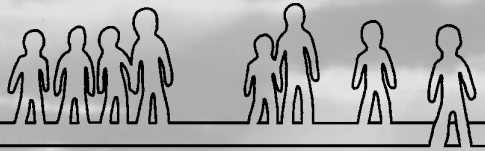
Mental Health Service, 73 were selected for study; each of these contained a note discharging the patient from the clinic. The following data were noted: diagnosis, length of stay, the way in which the period of commitment was terminated, follow-up treatment when the commitment period ended, and the medication prescribed to the patient during his/her stay at the clinic.

RESULTS At the end of the period of commitment the patients fell into three groups: (1) those discharged and immediately leaving; (2) those staying on, voluntarily; and (3) those staying on, compulsorily. It is not clear whether those in group (1) started to receive psychiatric treatment upon discharge. With regard to the other two groups it is known that 75% of group (2) and 84% of group (3) had started to take medication during their stay at the clinic.

CONCLUSION There are indications that 50-60% of the patients resumed or started psychiatric treatment as a result of the commitment. Data are inadequate for conclusions to be drawn concerning 40% of the cohort. Prospective research is needed in order to find out to what extent commitment proceedings actually lead to successful treatment.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 46(2004)4, 209-217]

KEY WORDS commitment of mentally ill, psychotic disorder, therapy



TOPINSTITUUT JUSTITIËLE JEUGDHULPVERLENING

Jongerenhuis Harreveld is zowel een particuliere justitiële jeugdinstelling als een instituut voor jeugdhulpverlening. Vanuit Almelo en Harreveld biedt de organisatie specialistische en uitermate gedifferentieerde hulp aan jongeren met zeer ernstige psycho-sociale en psychiatrische problematiek. Jongerenhuis Harreveld vangt de moeilijkste categorie jongeren uit het hele land op. Is landelijk specialist en laatste schakel in de hulp-

verleningsketen met uitgebreide expertise ten aanzien van jeugdigen met zeden- en/of psychiatrische problematiek. Daarin wordt stevig geïnvesteerd. Door focus op doelgroepen, de start medio 2004 van een nieuwe landelijke opvangafdeling voor jongens met psychiatrische crisis en de mogelijke doorontwikkeling naar een 'jeugd TBS-instelling'. Wij zoeken voor deze instelling een enthousiaste Psychiater en een Hoofd Behandeling.

Psychiater

Vakdeskundig adviseur, organisatiebrede focus

FUNCTIE De psychiater draagt de eindverantwoordelijkheid voor de medische en psychiatrische onderdelen van de individuele behandel- en begeleidingsplannen. Is inhoudelijk gesprekspartner en adviseur van de op sectorniveau verantwoordelijke hoofden behandeling. De psychiater draagt bij aan de ontwikkeling van het behandelbeleid en het behandel aanbod. Onderhoudt ook contact met ketenpartners en instellingen zoals weten-

schappelijke instituten. **PROFIEL** U (m/v) beschikt over een opleiding tot psychiater (BIG geregistreerd) en meerjarige werkervaring binnen de geestelijke gezondheidszorg. Actuele kennis van behandelmethodieken. U stuurt op basis van uw vakinhoud. Ambitieuze ontwikkelaar. De specifieke doelgroep is bekend, dan wel een richting waarin u zich verder wilt verdiepen. In uw werk bent u toegankelijk, kritisch en oplossingsgericht.

Hoofd Behandeling

Psycholoog en inspirerend manager

FUNCTIE Het hoofd behandeling stuurt met de locatie-directeur de gesloten sector 't Anker in Harreveld aan (100 behandelplaatsen voor jongens). Ressorteert onder de algemeen directeur, lid van het managementteam. Is dé eindverantwoordelijke voor de uitvoering van individuele behandeltrajecten. Stuurt de gedragswetenschappers aan en heeft contacten met plaatsingsinstellingen en justitie. Het hoofd behandeling draagt bij aan de ontwikkeling van nieuw behandelbeleid en -methoden.

PROFIEL U (m/v) bent psycholoog, b.v.k. met een opleiding tot gz-psycholoog (BIG geregistreerd). Leidinggevende ervaring binnen de geestelijke gezondheidszorg. Actuele kennis van behandelmethodieken. De specifieke doelgroep is bekend, dan wel een richting waarin u zich verder wilt verdiepen. U schakelt gemakkelijk tussen

beleid en praktijk. Innovatief, enthousiasmerend, samenwerkingsgericht en coachend ingesteld.

AANBOD Interessante ontwikkelingsfuncties. Voor de psychiater is er de mogelijkheid tot het doen van wetenschappelijk onderzoek. Open, informele en professionele werksfeer. Salaris conform de zwaarte van de functies. Bij voorkeur fulltime (36 uur per week), parttime bespreekbaar.

REACTIE Brief met CV vóór 30 april a.s. per post of e-mail aan FunctieMediair, t.a.v. dhr. mr. M. ten Berge, Postbus 216, 6800 AE Arnhem. Voor informatie kunt u telefonisch contact opnemen. E-mail: MarcelTenBerge@functiemediair.nl Voor nadere informatie zie ook: www.harreveld.com

* PeopleFirst

AMSTERDAM (020) 504 20 20
ARNHEM (026) 355 73 00
ROTTERDAM (010) 206 62 22

Voor meer informatie en andere vacatures:

www.functiemediair.nl

Functie
Mediair
ORGANISATIE-BOUWERS