

Quick Scan



De praktijk van dwangbehandeling in de Wet bopz

Bilthoven, juni 2009

Christel Scholten
Els Borgesius
Sander Verschure
Peter van Marle
Dieke Kampen

Kenmerk: R 0906-147-EB-jk
Projectnummer: G 93.06.056

Zorg Consult Nederland
Postbus 123
3720 AC BILTHOVEN

Telefoon: 030 – 22 59 970
Fax: 030 – 22 59 922
e-mail: info@zorgconsult.nl

Inhoudsopgave

1.	Vraagstelling en opzet onderzoek	1
1.1.	Wijziging Wet bopz	1
1.2.	Moties.....	1
1.3.	Open norm in praktijk.....	2
1.4.	Vraagstelling.....	3
1.5.	Visie op de vraagstelling	3
1.6.	Werkwijze	4
2.	De open norm en Bopzis	5
2.1.	Inleiding.....	5
2.2.	Dwangbehandeling voor en na 2008	5
2.3.	Conclusie open normen uit het Bopzis	8
3.	Analyse Behandelplannen en Meldingsformulier Dwangbehandeling en Groepsgesprek ...	9
3.1.	Inleiding.....	9
3.2.	Steekproef behandelplannen en meldingsformulieren	9
3.3.	Resultaten algemeen	10
3.4.	Redelijke termijn, doelmatig, subsidiair en proportioneel	10
3.5.	Noodmedicatie en bijwerkingen, kenmerken patiënten	11
3.6.	Groepsgesprek.....	12
4.	Interviews in de instellingen	13
4.1.	Inleiding.....	13
4.2.	invulling van de open normen	14
4.3.	Instellingsbeleid	25
5.	Conclusies en aanbevelingen	28
5.1.	Inleiding.....	28
5.2.	Registraties en praktijk.....	28
5.3.	Open norm in de praktijk.....	29
5.4.	Langdurige dwangbehandeling in relatie tot noodmedicatie.....	32
5.5.	Overeenstemming en verschil	33
5.6.	Aanbevelingen	35

Voorwoord

Per 1 juni 2008 is de wijziging van de Wet bopz voor de toepassing van dwangbehandeling in werking getreden. Met deze wetswijziging is een verruiming van de mogelijkheden voor dwangbehandeling gecreëerd waarbij nog open normen bestaan die volgens de Minister van VWS primair door het veld in samenspraak met IGZ nader ingevuld moeten worden. Tijdens de behandeling van de wetswijziging in de Tweede Kamer zijn twee moties aangenomen waarin wordt gevraagd binnen een jaar na inwerkingtreding van de wet, inzicht te geven in respectievelijk de invulling van de nieuwe nog open normen voor dwangbehandeling en de consensusvorming in het veld (motie Bouwmeester) en in het verlengde daarvan inzicht in de afwegingen die in praktijk worden gemaakt rond de duur van dwangbehandeling in relatie tot bijwerkingen van medicatie (motie Voordewind).

In opdracht van het Ministerie van VWS voerde Scholten Consult (Christel Scholten) in samenwerking met Zorg Consult Nederland (Els Borgesius en Sander Verschure) een Quick Scan uit naar de stand van zaken op dit terrein. Vanuit de Inspectie voor de Gezondheidszorg (Peter van Marle) is de analyse en rapportage van de Bopzis - gegevens uitgevoerd, en op persoonlijke titel verleende Dieke Kampen (psychiater) advies vanuit haar psychiatrische deskundigheid.

Doel van de Quick Scan is in een kort tijdsbestek inzicht te krijgen in de praktijk en de consensusvorming van de verruimde dwangbehandeling. Het onderzoek vond plaats van half april tot en met eind juni 2009. In deze tweeënhalve maand tijd zijn Bopzis- gegevens, behandelplannen en meldingen van dwangbehandeling geanalyseerd, is een groepsgesprek gevoerd, zijn telefonische interviews afgenomen en is in 6 GGZ-instellingen zowel met de geneesheren - directeurs als met psychiaters uitvoerig gesproken over de praktijk van dwangbehandeling sinds de verruimde regelgeving.

De korte doorlooptijd van het onderzoek stelde niet alleen eisen aan de onderzoekers maar zeker ook aan de flexibiliteit van de respondenten. Wij willen allen die vaak op korte termijn bereid waren deel te nemen aan het onderzoek dan ook zeer bedanken voor hun inzet.

Amsterdam, juni 2009

Christel Scholten (projectleider)

1. Vraagstelling en opzet onderzoek

1.1. Wijziging Wet bopz

In juni 2008 is de Wet bopz aangepast voor onder andere regelgeving bij dwangbehandeling. Was dwangbehandeling in de GGZ voorheen alleen mogelijk als sprake was van gevaar binnen de inrichting, per 1 juni 2008 is het criterium voor dwangbehandeling verruimd en kan ook de stoornis of het daaruit voortvloeiende gevaar behandeld worden 'voor zover het aannemelijk is dat zonder die behandeling het gevaar dat betrokkene door een stoornis van de geestvermogens doet veroorzaken, niet binnen een redelijke termijn kan worden weggenomen'. De termen 'aannemelijk' en 'redelijke termijn' zijn nog open normen die nader ingevuld moeten worden door het veld. Een behandelaar zou volgens de Minister van VWS in zijn afweging of dwangbehandeling aangewezen is het ziektebeeld, de beschikbare behandelingsmethoden, de houding van de patiënt tegenover behandeling en de verwachte duur van de gedwongen opname mee moeten wegen. Deze factoren moeten per beoordeling het nieuwe criterium 'redelijke termijn' handen en voeten geven, en bepalen per individu wat de redelijke termijn is waarbinnen het gevaar kan worden weggenomen.

De dwangbehandeling duurt niet langer dan 3 maanden. De afweging van de behandelaar moet tot uitdrukking komen in de schriftelijke beslissing om tot dwangbehandeling over te gaan. In deze schriftelijke beslissing moet ook worden vermeld voor welke termijn de dwangbehandeling geldt. Als binnen 6 maanden na de door de behandelaar gestelde maximum - termijn voor de dwangbehandeling toch nog langer of wederom dwangbehandeling nodig is, is een extra toets nodig. Voortzetting of nieuwe dwangbehandeling is dan alleen mogelijk op basis van een schriftelijk gemotiveerde beslissing van de geneesheren-directeuren voor een termijn van maximaal 3 maanden. Er geldt een verplichte kennisgeving aan de inspecteur met het meldingsformulier dwangbehandeling waarin de uitgangspunten van dwangbehandeling zijn opgenomen, namelijk proportionaliteit, subsidiariteit en doelmatigheid. Dat wil zeggen dat moet worden volstaan met de minst ingrijpende vorm die in verhouding moet staan tot het doel en die effectief moet zijn in de gegeven omstandigheid. Zo wordt ondermeer gevraagd of er overeenstemming is over het behandelingsplan, waaruit het gevaar bestaat dat niet binnen redelijke termijn kan worden weggenomen, dan door toepassing van dwangbehandeling, waarom de behandelaar het aannemelijk acht dat zonder toepassing van dwangbehandeling het gevaar niet binnen een redelijke termijn kan worden weggenomen, waarom de dwangbehandeling doelmatig geacht wordt, of minder ingrijpende alternatieven zijn toegepast. Voorafgaand aan dwangbehandeling dient een behandelplan te zijn opgesteld.

1.2. Moties

Tijdens de behandeling van de Wet bopz zijn twee moties aangenomen, respectievelijk de motie -Bouwmeester en de motie - Voordewind waarin wordt gevraagd binnen een jaar na inwerkingtreding inzicht te geven in respectievelijk de invulling van de nieuwe open norm voor dwangbehandeling en in het verlengde daarvan inzicht in de (risico)afwegingen die in praktijk worden gemaakt rond de duur van dwangbehandeling.

De tekst van de moties luidt als volgt:

1. De motie-Bouwmeester c.s.¹ over de invulling van de nieuwe norm voor dwangbehandeling. *"De Kamer verzoekt de regering het mogelijk te maken dat landelijke afstemming plaatsvindt over dwangbehandeling, en daarom onderzoek te laten doen naar de invulling van de nieuwe open norm, waarbij kwaliteit van de beoordeling zo veel mogelijk eenheid van de behandeling uitgangspunt vormen en daarover binnen één jaar verslag te doen".*
2. De motie-Voordewind c.s.² over dwangmedicatie versus noodmedicatie in relatie tot bijwerkingen. *"De Kamer verzoekt de regering onderzoek te doen naar de noodzaak van de lengte van dwangmedicatie versus noodmedicatie in relatie tot bijwerkingen".*

Onder de in de motie-Bouwmeester c.s. genoemde "nieuwe open norm" wordt verstaan de termen aannemelijk en redelijke termijn. De motie-Voordewind c.s. verwijst naar de afweging die de behandelaar maakt om tot langdurige dwangbehandeling over te gaan versus de noodmedicatie die maximaal 7 dagen duurt.

1.3. Open norm in praktijk

De beide moties hebben als achtergrond de zorg die er - ook buiten het parlement - bestaat rond de open normen en de vraag hoe kwaliteit van zorg gewaarborgd is. Die kritiek is breder geuit, zo is bijvoorbeeld van de zijde van patiënten, de organisatie Pandora uitgesproken negatief over de wetswijzigingen omdat de angst bestaat dat met deze wetswijziging het bestwilcriterium weer terugkomt in de gedwongen opneming. In haar Richtlijn Besluitvorming Dwang uit 2008 stelt de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) dat het opmerkelijk is hoe de interne rechtspositie van patiënten verschilt met de externe; is het bij de Voorwaardelijke Machtiging de rechter die vooraf toetst en staat de behandelaar bij de toepassing van dwang op afstand, bij de opgenomen patiënt besluit de behandelaar. Hij kan achteraf getoetst worden, vooral als er klachten zijn, maar in de praktijk zal hij vaak niet getoetst worden, aldus de NVvP. De NVvP merkt voorts op dat de verplichte meldingen aan inspectie en de geneesheren-directeuren veelal beperkt blijven tot administratieve procedures.

Vanuit het Ministerie is benadrukt dat het veld tot een invulling van die normen moet komen, in overleg met IGZ. De suggestie (van IGZ) dat de NVvP de nadere invulling van de open norm op basis van wetenschappelijk onderzoek zou kunnen opnemen in haar in 2008 verschenen Richtlijn Besluitvorming Dwang, bleek niet haalbaar omdat de Richtlijn monodisciplinair is, genormeerd is op basis van de huidige jurisprudentie en wetenschappelijk onderzoek weinig extra uitsluitsel lijkt te kunnen geven op de in de moties gestelde vragen. Alle beschikbare evidence van belang voor de Richtlijn is reeds verzameld, eigenstandig wetenschappelijk onderzoek zou jaren in beslag nemen.

Om die reden heeft VWS gevraagd om een Quick Scan naar de huidige invulling van de open normen. Door in de praktijk vast te stellen hoe er wordt omgegaan met de open normen, kunnen bouwstenen voor toekomstige richtlijnen worden geformuleerd.

¹ TK vergaderjaar 2006-2007, 30492, nr.22

² TK vergaderjaar 2006-2007, 30492, nr. 25

1.4. Vraagstelling

De vraagstelling in het onderzoek is drieërlei;

1. op welke wijze wordt in de huidige praktijk sinds juni 2008 inhoud gegeven aan de open norm voor dwangbehandeling?;
2. wat is de risicoafweging rond langdurige dwangbehandeling in relatie tot noodmedicatie?;
3. waarover is overeenstemming en waarover bestaat verschil van invulling?

Per hoofdvraag zijn de volgende deelvragen geformuleerd

Ad 1)

- wat zijn de kenmerken van dwangbehandeling voor en na 1 juni 2008?
- wat is het aantal dwangbehandelingen;
- aandeel gevaar versus aannemelijk/redelijkerwijs;
- wat is de diagnose;
- wat is de juridische status;
- wat zijn redenen met betrekking tot geen overeenstemming;
- welke beschikbare alternatieven zijn doorgaans geprobeerd
- wat is de verwachte en feitelijke duur van de dwangbehandeling
- hoe wordt omgegaan met afwegingen tot dwangbehandeling over te gaan (doelmatig, proportioneel, subsidair)
- wat is de inhoud van de dwangbehandeling
- wat is het aantal en de duur van verlengingen
- hoe vindt raadpleging geneesheren-directeuren plaats?
- samenvattend: wat is de invulling aannemelijk en redelijkerwijs
- zijn er regionale/instellingsverschillen
- wat is het aantal en soort van klachten voor en na 1 juni 2008?

Ad 2)

- wat zijn de kenmerken van langdurige dwangbehandeling versus noodmedicatie voor en na 1 juni 2008?(Aantal; Volgorde);
- is noodmedicatie overwogen, waarom wel/niet;
- welke afweging wordt gemaakt;
- mogelijke nadelen en bijwerkingen per respectievelijk nood/langdurige dwangmedicatie.

Ad 3)

- welke conclusies kunnen worden getrokken uit 1) en 2);
- is (reeds) sprake van veranderende praktijk ten opzichte van voor de wetswijziging?;
- welke normen legt de behandelaar in praktijk aan en welke afwegingen maakt hij?;
- is daarover (op onderdelen) al overeenstemming in het veld?;
- waar verschillen deze c.q. is sprake van knelpunten bij het vinden van een norm?

1.5. Visie op de vraagstelling

Het onderzoek is te typeren als een exploratieve inventarisatie. We willen weten of en zo ja wat in de praktijk veranderd is na de wetswijziging dwangbehandeling van de Bopz per 1 juni 2008, hoe inhoudelijk invulling wordt gegeven aan de open norm rond dwangbehandeling en welke risico-afwegingen worden gemaakt rondom langdurige dwangbehandeling.

Zijn er al rode lijnen aan te geven rondom de praktijk van dwangbehandeling, waar zijn verschillen waarneembaar, waar zitten knelpunten in de vormgeving van een norm? Tekent zich reeds consensus af (rond onderdelen van) dwangbehandeling in het veld, zijn factoren te onderscheiden die van belang zijn voor het ontwikkelen van richtlijnen rond dwangbehandeling?

Deze kwalitatieve insteek doet het meest recht aan de vraagstellingen in de moties. Kern is immers welke afwegingen door behandelaars worden gemaakt. Daarmee is een goed analysekader van cruciaal belang, waarmee gezocht wordt naar expliciete en impliciete afwegingen, en neemt in de opzet van het onderzoek een belangrijke plaats in.

Waar mogelijk zijn kwantitatieve gegevens verzameld, waarbij vooraf is opgemerkt dat een te zwaar belang hechten aan gegevens uit kwantitatieve bronnen zoals de Bopzis³ tot vertekening en onjuiste conclusies zou kunnen leiden. De reden hiervoor is dat de wetswijziging nog maar recent heeft plaatsgevonden en zijn weerslag wellicht nog niet volop in administratieve zin laat zien. Dat staat nog los van onvolkomenheden in de Bopzis registratie als gevolg van aanlevering en of verwerking. Ervaringen met eerdere wetswijzigingen van de Bopz laten zien dat een wet(swijziging) toch vaak langere tijd nodig heeft om geïmplementeerd te raken.

1.6. Werkwijze

Het onderzoek is als volgt opgezet:

Gestart is met een zo kwantitatief mogelijke beantwoording van (een deel van de) onderzoeksvragen op basis van het Bopzis (Hoofdstuk 2). Dat is gedaan om een landelijk beeld van ontwikkelingen te geven sinds juni 2008. Daarnaast biedt dit overzicht een steekproefkader voor de keuze van instellingen. Vervolgens is uit behandelplannen en in een groeps sessie met deskundigen en betrokkenen (Hoofdstuk 3) een zo breed mogelijk spectrum van denkbare afwegingen geïnventariseerd die een behandelaar kan maken bij de keuze voor dwangbehandeling. Tenslotte is met dit analysekader in een weloverwogen steekproef van 6 instellingen naar de kern van het onderzoek gegaan: interviews met behandelaars en geneesheren-directeuren op basis van ondermeer recente eigen praktijkgevallen (Hoofdstuk 4). Op basis van deze stappen is geconcludeerd hoe in de praktijk invulling wordt gegeven aan de open norm voor dwangbehandeling, hoe de afweging rond langdurige dwangmedicatie en noodmedicatie wordt gemaakt en samenvattend, waarover consensus bestaat en waarover verschil van mening bestaat als het gaat om dwangbehandeling (Hoofdstuk 6)

³ Het Bopz - registratiesysteem van de Inspectie voor de Gezondheidszorg

2. De open norm en Bopzis

2.1. Inleiding

Sinds de inwerkingtreding in 1994 van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet bopz) registreert de Inspectie voor de Gezondheidszorg de meldingen die gemeentes, instellingen met een Bopz-aanmerking en rechtbanken in het kader van deze wet naar de inspectie sturen. In 1994 werden eerst de inbewaringstellingen geregistreerd en een jaar later ook de meldingen van dwangbehandelingen en middelen of maatregelen. De inspectie registreert deze meldingen in Bopzis, het Bopz informatiesysteem van de inspectie. In dit systeem worden meldingen gekoppeld aan individuen en ook aan instellingen. Op deze wijze kan de inspectie haar toezicht op persoonniveau inrichten, maar ook op instellingsniveau. Daarnaast gebruikt de inspectie Bopzis om op landelijk niveau uitspraken te doen over de Wet bopz. Het systeem wordt ook gebruikt voor de vijfjaarlijkse evaluatie van de wet. Voor dwangbehandelingen worden de volgende zaken geregistreerd, de persoonsgegevens van de patiënt, de aanvang en het einde van de dwangbehandeling, welke maatregelen zijn ingezet, waarom deze zijn ingezet (het gevaar), de DSM-IV-diagnose, de naam van de psychiatrische instelling en de naam en functie van de verantwoordelijke behandelaar, de juridische status, of een patiënt kan klagen en of de wettelijk vertegenwoordiger is geïnformeerd. De wetswijziging van 1 juni 2008 over de open normen is niet opgenomen in Bopzis. Dit betekent dat Bopzis niet gebruikt kan worden om te kijken hoe invulling is gegeven aan deze wetswijziging. Wel kan op basis van gegevens over aantal en soorten van toepassingen gekeken worden of als gevolg van de wetswijziging er veranderingen zijn opgetreden in deze aantallen.

2.2. Dwangbehandeling voor en na 2008

Dwangbehandeling voor en na 2008

De dwangbehandelingen in de geestelijke gezondheidszorg zijn voor de periode 1 juni 2005 – 31 mei 2009 geaggregeerd en geanalyseerd en per jaar tegen elkaar afgezet. Omdat instellingen dwangbehandelingen vaak later dan de wettelijk termijn melden en dus een vertekend beeld hierdoor kan ontstaan is als afkappunt 31 maart 2009 gebruikt. De gegevens over deze periode (1 juni 2008 – 31 maart 2009) zijn vermenigvuldigd met een factor van 1.2.

Op basis van deze extrapolatie is het mogelijk de onderzochte jaren beter met elkaar te vergelijken.

	Aantal meldingen	Separatie	Afzondering	Fixatie	Medicatie	Vocht en voeding	Anders	Gevaar persoon	Gevaar anderen	Gevaar materieel	IBS	RM	Man	Vrouw	Duur	Schizofrenie	Bopz-klacht: verzet dwangbehandeling
2005 - 2006	2046	1404	252	102	952	29	57	1584	1152	189	876	1028	1170	860	18	1187	101
2006 - 2007	1918	1194	273	116	988	34	65	1293	1407	242	806	997	1115	796	22	1192	130
2007 - 2008	1886	1205	278	120	894	32	74	1374	1366	236	720	1054	1129	748	20	1123	166
2008 - 2009	1999	1156	289	112	1038	34	91	1421	1261	284	719	1146	1188	804	16	1210	152

Aantal dwangbehandelingen

Het aantal meldingen van dwangbehandelingen is in het laatste jaar toegenomen met 113 meldingen, een stijging van zes procent. Deze stijging is opmerkelijk omdat er sinds 2005 sprake was van een dalend aantal meldingen. Of dit het gevolg is van de wetswijziging is onduidelijk. Van invloed kan ook het onderzoek van de inspectie in 2008 naar het insluiten in de separeerruimte van patiënten op de eerste dag van opname zijn geweest alsmede de calamiteit in een GGZ- instelling in Amsterdam begin september 2008 waarbij een patiënt in de separeerruimte is overleden. De ervaring leert dat instellingen hun meldplicht na een bezoek van de inspectie of landelijke aandacht voor dwangbehandelingen aanscherpen. De stijging kan dus ook voortkomen uit een strakkere interpretatie van de wet of een administratieve inhaalslag.

Vorm van dwangbehandeling

Hoewel separatie het meest wordt ingezet als dwangbehandeling is het aantal separaties de laatste jaren sterk afgenomen, over de onderzochte periode met tien procent. Dit is een trend die al een aantal jaren gaande is. Kijken we naar de onderzochte periode dan zien we dat tussen 1 juni 2006 en 31 mei 2007 het aantal separaties met 6.3 procent is afgenomen, iets meer dan de daling in het laatste onderzochte jaar, 6.1%. Natuurlijk kan de afname van het aantal separaties het gevolg zijn van de nieuwe grond voor dwangbehandeling, waarbij de verwachting is dat medicatie eerder ingezet zal worden, maar ook andere ontwikkelingen zijn niet uit te sluiten. Gedacht moet dan worden aan het beleidsvoornemen van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de ambities in het veld om het aantal separaties de komende jaren met vijftig procent te verminderen⁴.

In het laatste jaar wordt medicatie beduidend vaker ingezet als toepassing in het kader van dwangbehandeling, in meer dan de helft van alle meldingen dwangbehandelingen, 51.9 procent. Toch is er nog geen duidelijk trendbreuk. In de periode 1 juni 2006 en 31 mei 2007 was het percentage namelijk nagenoeg gelijk (51.5 procent), om in het volgende jaar met 4.1 procent te dalen. Ook hier kan het eerdergenoemde beleidsvoornemen een rol spelen. Vermindering van separaties zou kunnen leiden tot een toename van het aantal medicaties, bij wijze van communicerende vaten.

⁴ Brief aan de Tweede Kamer over de beleidsvoornemens dwang en drang. Tk vergaderjaar 2008-2009, 30492, nr.34

Ook bij de andere middelen of maatregelen die ingezet kunnen worden bij een dwangbehandeling, te weten: fixatie, afzondering, vocht en voeding en andere middelen, is er in de onderzochte periode sprake van een toename.

Reden dwangbehandeling

In de redenen om iemand een dwangbehandeling te geven zijn er de laatste jaren grote wisselingen te zien. De verwachting is dat de nieuwe wetswijziging vooral ten goede komt aan mensen die een gevaar voor zichzelf zijn. Dit valt niet terug te zien in de gegevens van het laatste jaar. Bij de reden gevaar voor eigen persoon is er sprake van een afname van twee procent.

Juridische status

Bij de juridische status van een patiënt zien we een verschuiving van het aantal inbewaringstellingen naar het aantal rechterlijke machtigingen. In vergelijking met de start van de onderzochte periode is het aantal rechterlijke machtigingen bij dwangbehandelingen met 14,8 procent toegenomen. Mogelijk het gevolg van het gegeven dat de laatste jaren meer rechterlijke machtigingen worden afgegeven dan inbewaringstellingen.

De juridische status voor en na de dwangbehandeling is niet uit Bopzis te halen, omdat in Bopzis maar één invulveld beschikbaar is. Iedere wijziging van de juridische status die bij het einde bericht wordt doorgegeven overschrijft de juridische status die bij de start van de dwangbehandeling is gemeld.

Duur van dwangbehandelingen en opnemingen

De duur van de dwangbehandelingen neemt af. In het laatste jaar duurde een dwangbehandeling 16 dagen, voor de rest van de onderzoeksperiode was dit gemiddeld 20 dagen. Doordat het aantal dwangbehandelingen met medicatie is toegenomen zou enerzijds een toename van de duur meer in de rede hebben gelegen. Anderzijds zijn er sinds 1 juni 2008 maximale termijnen voor dwangbehandeling, hetgeen de verkorting van de duur zou kunnen verklaren. Ook zou het kunnen dat dwangbehandeling nu eerder wordt ingezet, met als mogelijk effect dat de duur afneemt. Uit psychiatrische literatuur is bekend dat eerder behandelen leidt tot sneller effect ofwel langer wachten tot afname van het effect.

Overigens kunnen de gegevens voor het laatste jaar vertekend zijn doordat veel dwangbehandelingen nog niet zijn afgemeld.

Een vergelijk tussen het aantal en de duur van verlengingen voor en na 1 juni 2008 is moeilijk te maken. Dit heeft te maken met de manier van het afmelden van dwangbehandelingen. Sommige instellingen melden een dwangbehandeling af als bijvoorbeeld de medicatie is afgelopen en melden dit opnieuw als er weer gestart wordt met medicatie. Andere instellingen melden een dwangbehandeling niet af en kijken over een lange periode of medicatie weer noodzakelijk is. Indien dit het geval is melden zij dit niet aan de inspectie, immers de dwangbehandeling loopt nog.

Diagnose

Voor diagnose is alleen gekeken naar de belangrijkste DSM-IV-code die het meeste van toepassing is voor dit onderzoek, schizofrenie. In het laatste jaar is er een lichte toename van het aantal meldingen van dwangbehandeling voor patiënten met schizofrenie, 1210. In de jaren daarvoor was dit 1123, 1192 en 1187.

Bopz-klachten

Voor de onderzochte periode is ook gekeken naar de Bopz-klachten met de beklaggrond, verzet tegen toepassen van het behandelingsplan. Na 1 juni 2007 is er een duidelijke toename van klachten met deze beklaggrond. Tussen 1 juni 2007 – 31 mei 2008 was dit 166 keer de beklaggrond, tussen 1 juni 2008 – 31 mei 2009 was dit 152 keer. Omdat de stijging al na 1 juni 2007 is te constateren is moeilijk het effect van de wetswijziging te bepalen.

De kenmerken van langdurige dwangbehandeling versus noodmedicatie voor en na 1 juni

Voor zowel noodmedicatie, medicatie gegeven in acute situaties (artikel 39 Wet bopz), als medicatie bij dwangbehandeling is er de laatste jaren sprake van een toename van het gebruik van medicatie. In noodsituaties is er in de onderzochte periode, 5.5 procent meer medicatie gegeven, 21.4 procent in het eerste jaar versus 26.9 procent in het laatste jaar. Uit Bopzis zijn geen overwegingen voor het gebruik van medicatie in noodsituaties te halen, ook bijwerkingen en nadelen van medicatie in nood of bij langdurige dwangbehandeling zijn niet in Bopzis geregistreerd.

2.3. Conclusie open normen uit het Bopzis

Uit Bopzis zijn geen kwantitatieve en kwalitatieve data over de open norm te vinden, deze zijn niet in het systeem opgenomen. Ook al zou dit wel het geval zijn dan zou het registratiesysteem nog onvolledig zijn omdat niet iedere instelling gebruik maakt van de nieuwe meldingsformulieren. Toch laten de aantallen en de soorten van toepassing trends zien die ook in het onderzoek terugkeren: een toename van het aantal meldingen dwangbehandeling in het laatste jaar, een toename van het gebruik van medicatie, een afname van separaties en een afname van de duur van dwangbehandeling. Een eenduidig causaal verband met de wetswijziging is echter niet te leggen. De trends worden namelijk ook beïnvloed door andere factoren.

3. Analyse Behandelplannen en Meldingsformulier Dwangbehandeling en Groepsgesprek

3.1. Inleiding

In de vervolgfases van het onderzoek zijn behandelplannen en meldingsformulieren dwangbehandeling geanalyseerd en is een groepsgesprek gevoerd met deskundigen en betrokkenen. Beiden hebben als doel het inventariseren van afwegingen die een behandelaar kan maken bij de keuze voor dwangbehandeling om daarmee goede vragenlijsten voor de interviews in de instellingen op te kunnen stellen. Gezien deze instrumentele doelstelling van de beide fasen in het onderzoek, wordt volstaan met een summier rapportage op hoofdlijnen.

Allereerst wordt in dit hoofdstuk ingegaan op de analyse van 20 recente meldingsformulieren dwangbehandeling en de bijbehorende behandelplannen. Centrale vraag in deze analyse is: welke invulling van de nieuwe open normen dwangbehandeling hanteren psychiaters op schrift? In het tweede deel van dit hoofdstuk volgen de belangrijkste conclusies uit het groepsgesprek.

3.2. Steekproef behandelplannen en meldingsformulieren

De onderzoekers verzochten IGZ om een ruime selectie te maken van meest recente dossiers van behandelplannen, meldingsformulieren en overige data. Doel was daaruit maximaal 20 dossiers te kiezen die voor nadere analyse in aanmerking kwamen.

De selectie van de behandelplannen is door IGZ als volgt uitgevoerd: vanaf januari tot en met april 2009 zijn die dossiers geselecteerd waarbij volgens de administratieve gegevens een behandelplan aanwezig was. Dat zouden 67 dossiers zijn volgens de totaaloverzichten van IGZ. Het aanvankelijke plan van de onderzoekers de selectie van maximaal 20 instellingen hieruit te maken, gebaseerd op een zo breed mogelijke spreiding over verschillende instellingen bleek in praktijk niet haalbaar omdat een deel van de opgevraagde dossiers op dat moment niet aanwezig⁵. Daarom is tenslotte door de onderzoekers gekozen alle beschikbare dossiers op te vragen in de groep van 67. In totaal bleken 33 dossiers beschikbaar. Vervolgens is binnen deze groep getracht een keuze te maken voor die dossiers waar sprake leek te zijn van verruimde dwangbehandeling, hoewel dat in praktijk niet altijd gemakkelijk bleek⁶. Daarnaast is ook zoveel mogelijk binnen deze groep gekozen voor dossiers die gebaseerd zijn op de nieuwe meldingsformulieren. In totaal werden 20 dossiers geanalyseerd, 8 op basis van nieuwe meldingsformulieren dwangbehandeling, 12 op basis van de oude formulieren.

⁵ nog niet ingediend door de instelling/elders bij IGZ ondergebracht of anderszins op dat moment niet traceerbaar

⁶ Zie verderop in dit hoofdstuk

3.3. Resultaten algemeen

De analyse van de dossiers heeft niet veel zicht gegeven op de invulling van de nieuwe normen voor dwangbehandeling. De belangrijkste reden daarvoor is dat het nieuwe meldingsformulier dwangbehandeling slechts door een beperkt aantal instellingen gebruikt wordt; het merendeel van de instellingen gebruikt nog de oude meldingsformulieren. Dat is opmerkelijk aangezien de instellingen wettelijk verplicht zijn conform het nieuwe formulier dwangbehandeling te melden; daarnaast is het een wettelijke taak van IGZ hier op toe te zien.

De specifieke vragen naar de invulling van de open normen worden daarin niet gesteld. Het achterhalen van overwegingen en invullingen van de nieuwe open norm is daar niet goed mogelijk.

Ook is het complex gebleken te achterhalen of het hier een verruimde dwangbehandeling betreft of een dwangbehandeling zoals die reeds mogelijk was. Om die vaststelling te kunnen maken is gekeken naar de omschrijving van het gevaar. Daarbij is als richtlijn aangehouden dat van een verruimde dwangbehandeling sprake is als extern gevaar als motief voor dwangbehandeling is beschreven, gevaar dat zich manifesteert buiten de instellingen. Het hoeft daarbij niet alleen te gaan om het wegnemen van het gevaar dat de directe aanleiding was tot opname. Ook ander gevaar dat de patiënt door zijn stoornis veroorzaakt kan onderwerp zijn van de behandeling. Als extern gevaar niet is gecombineerd met intern gevaar is sprake van het nieuwe criterium voor dwangbehandeling. In de behandelplannen worden nogal wat combinaties van gevaar conform de verruimde dwangbehandeling en dwangbehandeling nieuwe stijl gevonden. Een aantal malen lijkt het (ook) te gaan om het gevaar dat zich binnen de inrichting naar anderen afspeelt en heeft dan het karakter van een beheer- of beveiligingsmaatregel.

3.4. Redelijke termijn, doelmatig, subsidiair en proportioneel

Redelijke termijn

De vraag *Waarom acht u het aannemelijk dat zonder toepassing van dwangbehandeling het gevaar niet binnen een redelijke termijn kan worden weggenomen zodat verblijf buiten de inrichting mogelijk is?* wordt nauwelijks of hooguit impliciet beantwoord. Ook daar waar wel nieuwe formulieren zijn gebruikt is deze vraag zeer impliciet en summier beantwoord. Indirect kan ten aanzien van het criterium *redelijke termijn* worden geconcludeerd dat het opvallend is dat een aantal dwangbehandelingen al enkele dagen na opname wordt gestart. Niet altijd is duidelijk hoeveel en hoe lang er reeds minder ingrijpende alternatieven zijn ingezet.

Doelmatig

De vraag *Waarom acht u de toegepaste dwangbehandeling doelmatig om het gevaar binnen de instelling af te wenden* zit zowel in het oude als het nieuwe formulier en wordt vaak summier en impliciet beantwoord. Eenmaal wordt een adequaat antwoord gegeven in de zin dat direct de link tussen de dwangtoepassing en de effectiviteit daarvan wordt beschreven (fixatie is nodig omdat de cliënt anders op de geopereerde heup gaat staan). En eenmaal wordt genoemd dat medicatie in het verleden tot goed resultaat heeft geleid. Verder blijft het vooral bij het nogmaals beschrijven van hetgeen vaak al bij het gevaar gemeld is.

Daar waar de doelmatigheid wel aan de orde komt wordt vaak geredeneerd: er is een psychose en die moet weggenomen en dat kan met dit medicijn.

Als argumenten voor dwangbehandeling met het oog op verblijf buiten de inrichting worden gehanteerd, gaat het om een sneller herstel binnen de inrichting. In een enkel meldingsformulier wordt gesteld dat, met het bestrijden van de psychose met medicatie, vervolgens ofwel de diagnostiek en het vervolg van de behandeling kan plaatsvinden, of dat de patiënt daardoor weer kan eten/drinken. De redenering dat door de dwangbehandeling het verblijf kan worden bekort is slechts eenmaal expliciet benoemd in de meldingsformulieren.

Subsidiair

Bij de vraag *Zijn er minder ingrijpende alternatieven toegepast* wordt meermalen beantwoord dat eerst getracht is de medicatie vrijwillig aan te bieden in tabletvorm. Een enkele keer wordt 'diverse overtuigende gesprekken' genoemd, of medicatie of het bieden van een meer gestructureerde veilige omgeving. Andere behandelmethoden worden niet genoemd. Verder valt op dat kortwerkende medicatie per injectie nooit genoemd wordt als minder ingrijpend alternatief.

Proportioneel

De vraag naar proportionaliteit, staat het middel in relatie tot het doel, wordt nergens beantwoord.

3.5. Noodmedicatie en bijwerkingen, kenmerken patiënten

Slechts eenmaal is in de behandelplannen sprake van noodmedicatie die vervolgens na 7 dagen over is gegaan naar dwangmedicatie. Niet te achterhalen is of dat doelbewust beleid is in verband met eventuele bijwerkingen zoals bedoeld in de motie Voordewind of (ook) een juridische noodzaak (na 7 dagen moet M&M stoppen). In de overige dossiers spelen slechts een enkele keer argumenten van bijwerkingen een rol om de medicatie te veranderen.

Kenmerken patiënten

De belangrijkste kenmerken van patiënten uit de dossierstudies zijn als volgt;

- Diagnostiek: In de dossierstudie is vooral de diagnose psychoses gerelateerd aan schizofrenie en bipolaire stoornissen genoemd. Veelal is sprake van weigering van behandeling, ontbreken van ziektebesef of inzicht.
- Gevaar: Het gevaar wordt omschreven als: zelfverwaarlozing, fysiek gevaar (extreem vermageren of hartfalen), een verslechterende situatie van de patiënt, maatschappelijke teeloorgang wordt diverse malen genoemd, het stalken van anderen buiten de inrichting in combinatie met ontbreken van ziekte-inzicht; diverse keren een combinatie met gevaar, hoewel het gevaar dan vaak niet erg specifiek wordt omschreven.

De meest genoemde vorm van dwangtoepassing is medicatie, daarnaast (ook) separatie.

3.6. Groepsgesprek

Teneinde het analysekader, nodig voor de interviews met psychiaters en geneesheren – directeuren te vervolmaken is een groepsgesprek georganiseerd. Uitgenodigd zijn alle mogelijke betrokkenen die inzicht zouden kunnen geven in de afwegingen die psychiaters in praktijk maken om verruimde dwangbehandeling toe te passen. De bereidheid deel te nemen aan het groepsgesprek bleek tegen te vallen, ondanks dat ruim 4 weken van tevoren is gestart met de uitnodigingen. Ondanks vele pogingen kon een aantal relevante partijen niet worden betrokken in het groepsgesprek. Ontbrekende partijen waren in ieder geval een psychiater uit de richtlijncommissie Besluitvorming Dwang van de NvVP, een rechter en een psychiatrisch verpleegkundige.

Uiteindelijk namen de volgende partijen deel aan het groepsgesprek:

- Geneesheer Directeur / Psychiater
- Patiëntenvertrouwenspersoon / juridisch adviseur PVP
- Ondersteuner adviesteams / vrijwilligerscoördinator Ypsilon
- Vrijwilligerscoördinator Pandora
- Inspecteur IGZ
- Jurist GGZ Nederland

Hoewel niet het primaire doel, leverde het groepsgesprek een eerste inzicht op in de beantwoording van de onderzoeksvragen: wat zijn de kenmerken van de groep die nu dwangbehandeling ontvangt, hoe worden de open normen in praktijk ingevuld (doelmatig, subsidiair, proportioneel, redelijke termijn) en hoe wordt omgegaan met noodmedicatie in relatie tot langdurende dwangmedicatie waar het gaat om het terugdringen van bijwerkingen.

Hoewel het analysekader voor het groepsgesprek in min of meer dezelfde vorm is afgenomen in de vervolgfase van interviews in de instellingen, zijn toch een aantal aanvullingen gemaakt. Die aanvullingen betreffen mogelijke invullingen van criteria, zoals: wat zijn vormen van minder ingrijpende maatregelen, hoeveel tijd wordt genomen alvorens tot dwangmedicatie over te gaan en zou daar standaardisatie mogelijk zijn, verschillende vormen van onderhandelen, drang en dwang die in praktijk worden uitgevoerd, de omgang met cliënten, de relatie noodmedicatie en langdurende dwangbehandeling.

4. Interviews in de instellingen

4.1. Inleiding

De kern van het onderzoek bestaat uit een interviewronde onder psychiaters en geneesheren-directeuren werkzaam in 6 instellingen. Het doel van de interviews is meer inzicht te krijgen in de wijze waarop de open normen in praktijk wordt ingevuld en in de afwegingen die daarbij worden gemaakt. In totaal zijn 6 geneesheren - directeuren en 12 psychiaters geïnterviewd. Hierbij zijn twee verschillende - deels overlappende- vragenlijsten gehanteerd:

- Aan de psychiaters en de geneesheren - directeuren zijn dezelfde vragen gesteld over invulling van de open normen en de vraag naar de noodmedicatie in relatie tot bijwerkingen, in het navolgende *de algemene vragenlijst* genoemd;
- In de interviews met psychiaters is vervolgens ook ingegaan op casuïstiek van de laatste twee à drie⁷ dwangbehandelingen volgens de verruimde regelgeving, in het navolgende *de case* genoemd. Doel is om in aanvulling op de algemene vragen naar de invulling van de open normen, in concrete cases te kijken naar de feitelijke invulling van de open normen. Vooral door tijdgebrek maar deels ook door gebrek aan casuïstiek⁸ zijn bij verreweg de meeste (8) psychiaters 2 cases aan de orde gekomen, bij 2 psychiaters 3 cases en bij 1 psychiater 1 case en bij 1 psychiater geen⁹. In totaal zijn daarmee 23 cases in het onderzoek betrokken.

Per case is ingegaan op de kenmerken van de dwangbehandeling en de afwegingen om tot dwangbehandeling over te gaan. Achtereenvolgens kwamen aan de orde:

- Basisgegevens (het geslacht, geboortejaar, opnamedatum en beëindiging ziektebeeld/diagnose, aanvang en beëindiging dwangbehandeling, juridische status);
 - Achtergrond van de dwangbehandeling (gevaar, doel van de dwangbehandeling, doelbereiking);
 - Aard van de behandeling (behandelvorm, verwachte duur, effectiviteit, alternatieven, medicatie, noodmedicatie, kortdurende medicatie, overwegingen rond bijwerkingen);
 - Overig (andere afwegingen die rol speelden bij deze dwangbehandeling,).
- Geneesheren-directeuren is, na de algemene vragenlijst, gevraagd naar het eigen instellingsbeleid, de afstemming over de nieuwe normen binnen en buiten de instelling, en de eigen rol en die van VWS en IGZ. Tenslotte is de mogelijkheid geboden (nog) eventuele dilemma's of knelpunten rond de verruimde dwangbehandeling te benoemen.

⁷ afhankelijk van de beschikbare tijd, doorgaans 1,5 uur

⁸ geen of weinig verruimde dwangbehandeling per 1 juni 2008

⁹ deze bleek in het afgelopen jaar wel betrokken te zijn geweest bij diverse verruimde dwangbehandelingen als second opinion

Bij de keuze van de instellingen is gekozen voor een evenwichtige verdeling van instellingen over grootstedelijk - en perifere werkgebieden en een goede spreiding over Nederland. Ook is gekeken naar het aantal dwangbehandelingen; er moest sprake zijn van enig volume en ook is getracht op basis van Bopzis zowel instellingen met een toe- als met afname van dwangbehandeling in het onderzoek te betrekken. Dit resulteerde in de keuze voor instellingen uit de volgende plaatsen: Den Haag, Amsterdam, Utrecht, Breda, Ermelo, Assen.

4.2. invulling van de open normen

Leeswijzer

Het eerste deel van dit hoofdstuk gaat in op de toepassing van dwangbehandeling sinds de verruimde regelgeving, zoals die uit de algemene vragenlijst en de case naar voren komt. Omdat er nauwelijks verschillen blijken te bestaan tussen geneesheren-directeuren en psychiaters in de beantwoording van de algemene vragenlijst, zijn deze resultaten gezamenlijk beschreven. Daar waar geciteerd wordt is geëxpliciteerd of het citaat van een geneesheer-directeur of van een psychiater afkomstig is. Evenmin zijn grote verschillen gevonden tussen grootstedelijke en perifeer werkzame instellingen waar het de invulling van de criteria betreft. In twee van de drie grote steden lijkt men iets meer ervaring te hebben met dwangbehandeling. Dat geldt echter niet voor de derde grote stad.

Het onderzoek is kwalitatief van aard en de beschrijvingen van de resultaten zijn dus ook kwalitatief. Wel zijn binnen de onderzochte groep tendensen weergegeven door kwalificaties als 'de meerderheid', 'ongeveer een kwart', 'enkelen', et cetera.

In dit hoofdstuk komen de belangrijke kenmerken aan de orde van de groep die in praktijk volgens de geïnterviewden dwangbehandeling krijgt die mogelijk is sinds de wetswijziging (diagnose, gevaar, vorm van dwangbehandeling). Vervolgens wordt ingegaan op de invulling van de uitgangspunten die gelden wanneer over wordt gegaan tot dwangbehandeling en de invulling van de open normen (doelmatig, subsidiair, proportioneel, aannemelijk en redelijke termijn) en op het verband tussen noodmedicatie en langdurende dwangmedicatie in relatie tot bijwerkingen.

In het tweede deel van dit hoofdstuk wordt ingegaan op het instellingsbeleid en de interne en externe afstemming over de invulling van normen.

In het navolgende wordt eerst ingegaan op de vraag of men het oude of het nieuwe meldingsformulier dwangbehandeling gebruikt en op de vraag of men bekend is met de wetswijziging.

Oud of nieuw formulier

Elke geïnterviewde is de vraag voorgelegd of men met het nieuwe of het oude meldingsformulier werkt. Deze vraag roept nogal eens verwarring op en geeft, ook binnen een en dezelfde instelling, een wisselend beeld te zien. Opvallend is dat twee geneesheren - directeuren zeggen dat niet te weten ('vraag dat maar aan de psychiaters'). Daarnaast valt op dat binnen een en dezelfde instelling kennelijk met oude en nieuwe formulieren wordt gewerkt, althans afgaande op de uiteenlopende beantwoording binnen een instelling. Evenals de geneesheren - directeuren weten ook enkele psychiaters niet of ze met het oude of het nieuwe formulier werken, een psychiater merkt als verklaring hiervoor op dat 'de verpleging dat altijd invult'. In een andere instelling is er verwarring over het meldingsformulier en het format voor het behandelplan dat wordt aangezien als meldingsformulier. In een instelling stelt de geneesheer-directeur dat er wel een nieuw formulier is maar dat door de administratie niet is opgepikt.

En in een instelling is het nieuwe formulier ingevoerd, maar vullen sommige psychiaters nog het oude formulier in dat ze op hun computer hebben. Er lijkt dus overwegend sprake van onbekendheid met het nieuwe formulier en een beperkte invoering daarvan.

Bekendheid met de verruimde dwangbehandeling

Alle respondenten is de vraag voorgelegd wat naar hun idee de kern van de verruimde dwangbehandeling is. Deze vraag is toegevoegd na de uitkomsten van de analyse van de meldingsformulieren en behandelplannen. Met het gebruik van oude formulieren is men immers niet voortdurend getoetst aan de nieuwe wetscriteria waardoor de kennis van de nieuwe verruiming van de dwangbehandeling uiteen zou kunnen lopen.

Vrijwel alle respondenten blijken goed bekend te zijn met de verruimde dwangbehandeling. Verschillende elementen keren in de diverse beschrijvingen weer: het kunnen behandelen van mensen waarbij het externe gevaar - eenmaal op de afdeling- is geweken, maar waar bij ontslag dat gevaar opnieuw weer aan de orde is. Vaak beschrijven respondenten dat deze patiënten geen intern gevaar opleveren, behandeling weigeren, ziekte-inzicht ontberen en zonder behandeling heel lang en uitzichtloos op de afdeling zouden verblijven. Voorheen stond de behandelaar machteloos terwijl er nu behandeld kan worden.

Als doel van de verruimde dwangbehandeling wordt veelal een complex van factoren genoemd waaronder het aanpakken van het externe gevaar. Een geneesheer - directeur:...' het doel van de verruimde dwangbehandeling is het afwenden van het gevaar waarvoor ze zijn opgenomen. In de oude situatie is het externe gevaar getackeld door de opname. In de nieuwe situatie behandel je de stoornis die het gevaar oplevert zodat iemand zich weer buiten de muren van de instelling kan handhaven'..

Het feit dat nu ook extern gevaar kan worden aangepakt wordt door veel respondenten als zeer positief beoordeeld. Een psychiater:... 'Voorheen moest je ten onrechte wachten tot er in de kliniek gevaar was. Daarbij is de situatie in een kliniek radicaal anders dan in het thuisfront; dat is een nadeel voor iedereen. Dus het is een aanzienlijke verbetering dat je riskant gevaar en gedrag buiten de kliniek aan kunt pakken. Je focust er daarbij op dat de cliënt weer in de eigen omgeving moet gaan wonen dus dit geeft een appel om je te richten op gedrag buiten de kliniek. De verruimde dwangbehandeling komt niet vaak voor maar het is wel een echte verbetering'...

Ook wordt in veel gesprekken genoemd dat de verruimde dwangbehandeling leidt tot verkorting van de opnameduur: Een psychiater: ... 'Je bent af van de 'gijzeling' van iemand die alleen buiten de instelling gevaar heeft opgeleverd, waardoor je de mogelijkheid hebt om de klinische opname te verkorten. Op die manier kun je de geconstrueerde wens van de cliënt autonoom te leven eerder realiseren'. Een geneesheer directeur: .. 'Verruimde dwangbehandeling is een alternatief voor levenslange opname...'

Naast het afwenden van het externe gevaar en de verkorting van de verblijfsduur wordt als doel van de verruimde dwangbehandeling vrijwillige inname van medicatie veelvuldig genoemd.

Tenslotte worden het herwinnen van de autonomie van de patiënt, symptoomreductie, verbeteren van de kwaliteit van leven, en verminderen van lijdensdruk en behandelen genoemd.

Niet iedereen blijkt op de hoogte van de kern van de verruimde dwangbehandeling. Een psychiater denkt dat er ook nog sprake moet zijn van intern gevaar, iets dat ook uit de behandelplan analyse naar voren leek te komen¹⁰. Twee psychiaters uit verschillende instellingen melden problemen met de klachtencommissie.

¹⁰ in meerdere behandelplannen komen beide gevaren (acuut gevaar en extern gevaar) voor

Een van hen stelt dat de klachtencommissie in zijn ziekenhuis zeer terughoudend is en soms niet op de hoogte lijkt te zijn van de criteria voor de verruimde dwangbehandeling. Hij is inmiddels al diverse keren door de klachtencommissie teruggefloten op basis van naar zijn idee ofwel een strikte toepassing van formele eisen¹¹ ofwel op basis van het onvoldoende toegepast hebben van alternatieven ofwel het ontbreken van het oude criterium namelijk geen intern gevaar. Er zou bij deze klachtencommissie grote terughoudendheid bestaan om de verruimde dwangbehandeling te accepteren in tegenstelling tot de oude dwangbehandeling. Ook in een andere instelling brengt een psychiater naar voren dat het aanvankelijke enthousiasme over de mogelijkheden van de verruimde dwangbehandeling inmiddels behoorlijk is getemperd doordat de procedures lang en omslachtig zouden zijn geworden als gevolg van het functioneren van de klachtencommissie. Deze psychiater stelt dat het ingewikkelde vooral zit in het feit dat er een behoorlijke tijd eerst alternatieven moeten zijn toegepast. Als daarvan geen sprake is geweest wordt de klacht van de cliënt door de klachtencommissie gegrond verklaard. ...‘daarom kijk ik liever of er enigszins sprake is van intern gevaar en passen we het oude criterium toe. ..’ Hij stelt dat :..”Het gedoe met klachtencommissies maakt dat hulpverleners terughoudend zijn geworden met het toepassen van verruimde dwangbehandeling’... Inmiddels is ook de eerstgenoemde psychiater, naar eigen zeggen na meerdere afwijzingen inmiddels kopschuw geworden, ertoe overgegaan de patiënten die volgens hem feitelijk onder de nieuwe verruimde dwangbehandeling vallen met de oude gevaarcriteria in te dienen (‘je wacht af tot zich iets voordoet, dat blaas je op richting gevaar’). Die wel door de klachtencommissie worden gehonoreerd.

In het verlengde hiervan geven twee instellingen (respectievelijk een psychiater en een geneesheer directeur) aan dat zij voor 1 juni 2008 ook al dwangbehandeling toepasten bij patiënten waar uitsluitend sprake was van extern gevaar. Daartoe werd ofwel het gevaar opgerekt (‘afwachten tot het gevaar zich voordeed, oprekken of opblazen van incidenten tot gevaar’) ofwel in een instelling: ‘gevaar uitgelokt’. Volgens een van hen is het goed dat deze ‘illegale praktijken’ verleden tijd zijn, de ander stelt dat ..‘ook minder dappere psychiaters nu dwangbehandeling bij deze groep kunnen toepassen’.

Wat betreft de kennis van de verruimde dwangbehandeling wordt in twee interviews met zowel een psychiater als een geneesheer directeur nog verwarring gemeld rond de afstemming tussen de verruimde dwangbehandeling en de WGBO. Meer specifiek komt dat aan de orde waar het lichamelijk lijden betreft en de vraag of sondevoeding bij het bestrijden van somatische zaken, nu onder deze verruimde dwangbehandeling vallen of toch al geregeld was in de WGBO.

Een punt dat ook al in de groepsdiscussie naar voren kwam is de vraag ; wanneer is sprake van .. *verblijf buiten de inrichting* ...? In een aantal cases blijkt dat de verruimde dwangbehandeling is toegepast zodat ofwel een lichtere vorm van opname mogelijk is (van gesloten via open naar RIBW in de stad of op het instellingsterrein) hetgeen door de desbetreffende respondenten ook wordt gezien als een invulling van het begrip ‘verblijf buiten de inrichting’. In een instelling wordt het ‘verblijf buiten de inrichting’ nog ruimer geïnterpreteerd, namelijk als verbetering van de kwaliteit van leven. Het gaat hier om een patiënt waarbij volgens de behandelaar alleen duurzaam verblijf in de instelling aan de orde is en de inzet van de verruimde dwangbehandeling niet het verblijf buiten de inrichting ten doel heeft, als wel de verbetering van de kwaliteit van leven van de patiënt tijdens dit duurzaam verblijf. Het is de vraag of de wetgever dit heeft bedoeld.

¹¹ ter zitting niet het - wel opgestelde - behandelplan kunnen tonen; niet alle vijf doseringen van de voorafgaande antipsychotica kunnen benoemen

Ten slotte blijkt in enkele interviews dat men niet op de hoogte is van de maximale periode van dwangbehandeling (3 maanden en maximaal nog 3 maanden verlenging). In de case deze wordt deze termijn meerdere malen overschreden. Hierop wordt verderop teruggekomen. Een psychiater is in de veronderstelling dat voor dwangbehandelingscriterium oude stijl ook deze maximale duur geldt.

Diagnose/ziektebeelden

Gevraagd is welke ziektebeelden en diagnoses naar het idee van psychiaters en geneesheren - directeurs in aanmerking komt voor de verruimde dwangbehandeling. Over het algemeen wordt door allen de (chronische) psychose of paranoïde psychose genoemd, vaak in combinatie met schizofrenie, schizoaffectieve stoornis, waanstoornissen. Vaak wordt ook de bipolaire stoornis genoemd, waarbij diverse geïnterviewden vervolgens de kanttekening maken dat iemand bij een manische periode vaak voldoet aan het oude interne gevaarscriterium. Na sederende medicatie zou zo iemand mogelijk weer wel in aanmerking komen voor de verruimde dwangbehandeling.

Eenmaal wordt een ernstige depressie genoemd, en eenmaal psychotische persoonlijkheidsstoornis. Ook wordt eenmaal drugsgebruik in combinatie met verwaarlozing genoemd en eenmaal ernstige anorexia. Meerdere respondenten stellen dat As 2 – stoornissen (persoonlijkheidsstoornissen en zwakzinnigheid) niet aan de orde is, naar hun idee omdat dwangbehandeling geïndiceerd is bij wilsonbekwaamheid en een persoonlijkheidsstoornis niet gepaard gaat met wilsonbekwaamheid.

De cases onderstrepen dit beeld : In alle gevallen is sprake van een stoornis met psychotische kenmerken:

- de grootste groep (21 cases) betreft een psychotische stoornis voornamelijk bestaande uit schizofrenie, daarnaast 3 keer een waanstoornis en 1 ongedifferentieerd;
- 1 gemengde stoornis psychotisch en stemming (schizoaffectief);
- 1 stemmingsstoornis (psychotische depressie).

Gevaar

Op de vraag bij welk gevaar de respondenten verruimde dwangbehandeling toepassen, volgen (ook in de cases) beschrijvingen van extern gevaar bestaande uit een complex van problemen op vrijwel alle levensterreinen, vaak voortkomend uit waandenkbeelden en paranoïdie. In veel cases is sprake van zelfverwaarlozing in combinatie met maatschappelijke teloorgang waarbij de volgende leefgebieden en bijbehorende gevaren genoemd worden:

- huisvesting; gevaar zowel in als rond de woning van de patiënt (ernstige verloedering, (geluids)overlast, dreigende huisuitzetting, brandstichting in de woning);
- financiën (schulden en/of onder curatele staan, faillissement);
- familie (bedreiging van de familie, uitputting van de sociale steun en/of het gezin, ontzetting uit de ouderlijke macht);
- agressie jegens anderen (impulsief) agressief gedrag (stalken of telefonisch terroriseren van hulpverlening), verbale agressie jegens burens of anderen;
- zelfverwaarlozing door uitputting en verhongering en uitdroging , (seksueel) ontremd gedrag of anderszins gevaarlijk gedrag (verstard op kruispunt blijven staan);
- weigeren van hulp: zorgwekkende zorgmijding, ook wordt het ontbreken van ziekte-inzicht en oordeels- en kritiekstoornis genoemd.

Een deel van de patiënten uit de cases heeft problemen op meerdere van de genoemde gebieden. Een psychiater noemt daarnaast ook intern gevaar als agressie op de afdeling en gevaar voor zichzelf in de vorm van suicidaliteit.

Vormen van dwangbehandeling

Alle respondenten noemen medicatie als de vorm van dwangbehandeling die zij in het kader van de verruiming per 1 juni 2008 toepassen. Meest voorkomend is een depot antipsychoticum. Het toepassen van dwangmedicatie is volgens een geneesheer directeur logisch omdat er immers geen gevaar is op de afdeling dus geen enkele reden tot andere maatregelen zoals fixeren of separatie.

Door 5 respondenten wordt in aanvulling hierop gesteld dat tegelijk met de medicatie, soms ook separatie wordt uitgevoerd voor een korte periode, waarbij drie van hen aangeven separatie niet als verruimde dwangbehandeling te zien maar als een tijdelijke noodmaatregel (ofwel het bieden van een prikkelarme omgeving voor manische patiënten of in een geval als een maatregel die soms op eigen verzoek van de patiënt wordt uitgevoerd). Naast separatie komt in 4 interviews en cases ook ECT voor als vorm van dwangbehandeling. Eenmaal wordt ook sondevoeding genoemd, voorafgaand aan de dwangmedicatie.

Invulling van de open normen

Zicht op de invulling van de open normen is verkregen door de criteria doelmatigheid, subsidiariteit en proportionaliteit voor te leggen in zowel het algemene deel van de vragenlijst als in de cases.

Onder doelmatigheid is verstaan wat de meest effectieve behandeling voor deze patiënten is. Subsidiariteit betreft de vraag of eerst minder ingrijpende alternatieven zijn geprobeerd, en proportionaliteit is de vraag of het middel in verhouding staat tot het doel.

In het navolgende gaan we nader in op de afzonderlijke criteria:

Doelmatig

In het meldingsformulier dwangbehandeling wordt de behandelaar gevraagd vooraf de effectiviteit van de behandeling in te schatten. Voor een groot deel van de cliënten opgenomen in de cases blijkt sprake te zijn van een lange voorgeschiedenis. In bijna een derde van de cases stelt de psychiater dat zij vooraf wisten dat bepaalde medicatie effectief zou zijn omdat dat in het verleden van de patiënt al is gebleken bijvoorbeeld omdat: al eerder dwangmedicatie is toegepast, of omdat de cliënt eerder orale medicatie nam die goed aansloeg, of bij toeval toen een noodmaatregel werd ingezet die in de vorm van medicatie die effectief bleek. In veel gesprekken wordt daarnaast (impliciet) verwezen naar evidence based werken: deze medicatie (veelal depot antipsychotica) werkt bij psychotische stoornissen en is zo ongeveer de enige adequate behandeloptie voor deze groep. Een geneesheer - directeur: 'het is een groep waarbij je bijna niet anders kunt, terwijl ik niet zo op medicatie ben. Je ziet soms de waanstoornis wegsmelten als sneeuw voor de zon'....

Als de vraag naar de effectiviteit van de dwangbehandeling in zijn algemeenheid wordt gesteld, komt een zeer positief beeld naar voren. Driekwart van de geïnterviewden zegt dat het doel van de dwangbehandeling (verbleken van de psychose, terugkeer realiteitszin, maken van contact met de behandelaar, werken aan de resocialisatie, een verkorting van de duur van de opname) wordt behaald, twee geïnterviewden tonen zich wat voorzichtiger ('soms wel soms niet, vaak stijgt wel de kwaliteit van leven' of: ...'voor sommigen wel maar doorvoor is het nog te vroeg en moeten we nog wat langer door met de wet').

Twee geïnterviewden stellen dat 'ze er altijd beter uit gaan dan ze binnen kwamen'. Een van hen uit zich echter bezorgd over het blijvend resultaat:...'Maar hoe lang dat beklijft en of de ambulante mogelijkheden afdoende zijn ? Vaak is dat niet het geval. Dat is het enige positieve van de nieuwe Wet Verplichte GGZ dat ambulante dwang mogelijk wordt'....

Vanuit de cases komt een iets genuanceerder beeld naar voren. Genoemde doelen van de behandeling zijn daar overwegend het laten verbleken van de psychose, het verkrijgen van realiteitszin en aanspreekbaarheid, gericht op resocialisatie en terugkeer naar huis ofwel overplaatsing naar een lichtere vorm van verblijf in de instelling. Afhankelijk van de doelstelling per cliënt en de norm die de psychiater voor het welslagen aanlegt, is in iets minder dan de helft van de cases volgens de psychiaters het doel bereikt en in de helft van de cases het doel deels bereikt. Aanleiding hiervoor is dat de feitelijke terugkeer naar huis nog op zich laat wachten, ofwel (voorlopig) is ingewisseld voor een lichtere vorm van hulpverlening, ofwel in een case dat de patiënt nog wel in de instelling verblijft maar inmiddels vrijwillig medicatie inneemt. Voor een deel van deze groep geldt overigens dat de verruimde dwangbehandeling nog maar kort geleden is ingezet en op het moment van interviewen nog loopt.

In het merendeel van de cases wordt (voorzichtige) vooruitgang op vaak meer dan een leefgebied gerapporteerd (minder psychotisch, rustiger, meer ruimte voor gesprek, meer zelfzorg) waarbij het vertrek naar een lichtere vorm van hulp binnen de instelling door meerdere psychiaters als het bereiken van het doel van de dwangbehandeling wordt aangemerkt. Voor enkele patiënten geldt dat er nog maar kleine stappen zijn gemaakt.

Subsidiair

Gevraagd is in de interviews en in de cases of eerst minder ingrijpende maatregelen zijn geprobeerd. Als de vraag in algemene zin wordt gesteld wordt vooral het oraal aanbieden van de medicatie op vrijwillige basis genoemd. Drie kwart van de geïnterviewden beschrijft hier een vast model dat wordt doorlopen startend vanuit motiveren, naar voorzichtige drang naar steeds steviger vormen van drang die tenslotte kan eindigen in dwangbehandeling. Aanvankelijk wordt volgens alle respondenten getracht middels motiverende gesprekken en psycho-educatie de patiënt en zonodig ook diens familie te overtuigen van het belang van medicatie. Getracht wordt een vertrouwensrelatie op te bouwen en de bezwaren tegen medicatie zo goed mogelijk in kaart te brengen. Soms hebben patiënten bepaalde voorkeuren voor een medicijn of verkiezen in een enkel geval bijvoorbeeld separatie boven medicatie waar soms - vanuit het creëren van een relatie - op ingegaan wordt, of daar nu door de behandelaar veel of weinig van verwacht wordt. Ook wordt wel met een lagere dosering gestart als de patiënt dat wil. Langzaam wordt dan de druk opgevoerd van motiveren, overtuigen en verleiden naar onderhandelen (als je dit neemt krijg je meer vrijheden, of je gaat eerder met ontslag als je deze medicatie neemt, tot ook waarschuwingen om vrijheden in te trekken zoals geen zakgeld) tot en met 'slikken of prikken' waarna - als niet geslikt wordt - dwangbehandeling volgt.

Net als in de algemene vragenlijst, wordt ook bij de casuïstiek orale medicatie op vrijwillige basis vaak genoemd als minder ingrijpend alternatief. Uit de cases komt merendeels duidelijk naar voren de vaak lange voorgeschiedenis van de patiënt waarin meestal al (diverse) minder ingrijpende alternatieven zijn geprobeerd. Het blijkt dat in veel gevallen voorafgaand aan de dwangbehandeling er lichtere vormen van hulp zijn geboden (ambulant, ACT Assertive Community Treatment, vrijwillige opname) of op verzoek van de patiënt een minder ingrijpend medicatieaanbod is gedaan (lagere dosering, afbouw), soms ondanks het feit dat de psychiater daar geen heil in ziet. In diverse cases wordt veel energie gestoken in de omgeving van de patiënt (familie maar ook bijvoorbeeld instanties waar problemen zijn zoals woningbouwvereniging).

In de cases zijn de volgende minder ingrijpende alternatieven naar voren gekomen:

- (in meerdere cases) vaak is meer dan een vrijwillige opname aan deze dwangmedicatie voorafgegaan of is de patiënt vrijwillige opname(s) aangeboden;
- (in meerdere cases) bij meerdere cliënten zijn voorafgaand aan deze dwangmedicatie ambulante depots aangeboden en/of uitgevoerd;
- een cliënt heeft 2 jaar inzet van ambulante psychiatrische hulpverlening ontvangen;
- bij een psychotische depressie die uiteindelijk effectief behandeld is met ECT, zijn aanvankelijk alle antidepressiva geprobeerd;
- bij een patiënt is voorafgaand aan de dwangmedicatie de keuze voorgelegd: separatie of een depot;
- (in meerdere cases) de familie is betrokken en – als de familie geen voorstander blijkt van medicatie – door de behandelaar getracht te overreden dat medicatie perspectief biedt voor de patiënt;
- in een case is door de behandelaar een bemiddelende rol gespeeld tussen patiënt en woningcorporatie;
- in een case is gestart met een hele lage dosering conform wensen van de patiënt terwijl behandelaar daar geen heil in zag, vervolgens is alsnog dwangmedicatie ingezet toen een ander verkeer liep;
- in een case is op de wens van de patiënt ingegaan de medicatie af te bouwen terwijl behandelaar daar geen heil in zag, vervolgens is alsnog dwangmedicatie ingezet toen de cliënt psychotisch werd;
- in een case is voorafgaand aan deze dwangbehandeling getracht op een open afdeling te starten terwijl behandelaar daar grote twijfels bij had;
- in een case is voorafgaand aan deze dwangbehandeling, de patiënt veel structuur aangeboden door het reguleren van het dag/nacht ritme, door intensieve verpleegkundige ondersteuning, door het vinden van regelmaat.

In 3 cases blijkt dat geen alternatieven zijn aangeboden.

Proportioneel

De behandelaars en geneesheren - directeurs is de vraag voorgelegd of zij dwangbehandeling in verhouding vinden staan tot het benoemde doel. Met uitzondering van 1 psychiater¹² zijn alle psychiaters en geneesheren - directeurs van oordeel dat de dwangbehandeling in verhouding staat tot het doel daarvan. In veel interviews wordt gesteld dat separeren veel ernstiger is dan dwangmedicatie, en dat langere tijd in Nederland de integriteit van het lichaam te veel voorop heeft gestaan. Wel wordt door de verschillende geïnterviewden spontaan voorwaarden/waarschuwingen of contra indicaties genoemd alvorens tot verruimde dwangbehandeling over te gaan. In willekeurige volgorde zijn achtereenvolgens hierbij genoemd:

- Pas verruimde dwangbehandeling alleen toe als ultimum remedium. In een van de instellingen gaan op instigatie van de geneesheer directeur alle casuïstiek verruimde dwangbehandeling langs de klachtencommissie om daarmee uitspraken te verkrijgen over de nog open normen. Ook een andere geneesheer directeur geeft aan de uitspraken van de klachtencommissie bij wijze van jurisprudentie te gebruiken;
- Pas verruimde dwangbehandeling niet toe bij chronisch psychotici die wel in staat zijn hun leven vorm te geven;
- Maak een goede inschatting van het te verwachten effect; maak onderscheid naar nieuwe cliënten en oude/bekende cliënten; bij de laatste groep is de inschatting beter te maken;

¹² die blijkbaar proportioneel op de eigen inspanningen ten opzichte van het resultaat betreft, omdat hij als antwoord geeft dat de bureaucratie van dwangbehandeling niet opweegt tegen het resultaat

- Beperk de doelgroep van verruimde dwangbehandeling tot psychotische stoornissen. Pas op voor 'off label behandeling' die te weinig evidence based is. Blijf waken voor een goede diagnostiek. Niet 'maar eens proberen met antipsychotica' bij een zich verwaarlozende dakloze;
- (twee keer genoemd) De verruimde dwangbehandeling is proportioneel op een acute afdeling. Op een gesloten niet-acute afdeling is dat nog maar de vraag;
- Houd de literatuur goed bij en blijf de patiënt checken om te weten dat het toegediende depot juiste medicatie en interventie is;
- Weet ook weer te stoppen: Als dwangbehandeling na 2 maanden niet werkt, dat wil zeggen het oorspronkelijk doel van toepassen verruimde dwangbehandeling nog steeds niet bereikt is (in deze case een HIV patiënt die medicatie niet meer inneemt, ook niet na dwangbehandeling) dan moet je stoppen. Dus per persoon goed kijken hoe lang je doorgaat en wanneer je je verlies neemt.

Een psychiater stelt geen voorwaarden en wil het omdraaien;..' In zekere zin zou elke psychotische cliënt die moet worden opgenomen en behandeling weigert een keer dwangbehandeling toegepast moeten hebben gekregen om te bekijken of het positief effect heeft geresulteerd. Dus je moet het omdraaien: je moet sterke argumenten hebben als iemand behandeling weigert die sterk psychotisch is om geen dwangbehandeling toe te passen'....

Tot slot wordt nog gesteld dat de vraag naar proportionaliteit feitelijk aan de patiënt ter beoordeling is, hetgeen pas achteraf kan. Deze psychiater stelt dat dit expliciet zou moeten worden getoetst bij de patiënt. In de interviews is dit een punt dat met enige regelmaat spontaan wordt ingebracht. De schattingen die respondenten maken van het percentage patiënten dat achteraf tevreden is/alsnog instemt met de dwangmedicatie variëren echter van 100% tevredenheid, tot 80, 50 en 0.

Redelijke termijn

De wetgever spreekt over een toepasbare mogelijkheid voor dwangbehandeling als *het aan-nemelijk is dat zonder toepassing van dwangbehandeling het gevaar niet binnen een redelijke termijn kan worden weggenomen zodat verblijf buiten de inrichting mogelijk is*.

De wettekst suggereert alternatieven in te zetten alvorens dwangbehandeling alvorens dwangbehandeling mag toegepast. In de interviews wordt de 'redelijke termijn' door behandelaren en geneesheren - directeurs vooral uitgelegd als de termijn die in acht moet worden genomen alvorens met dwangbehandeling zou kunnen worden gestart.

In de circulaire van VWS over wetswijzigingen in de BOPZ geeft als invulling van dit criterium de volgende tekst:

Het nieuwe criterium 'redelijke termijn' biedt ruimte voor een op maat gesneden aanpak. Het ziektebeeld, de beschikbare behandelingsmethoden, de houding van de patiënt tegenover behandeling en de verwachte duur van de gedwongen opnemingen zijn factoren die de behandelaren moet meewegen bij zijn afweging of dwangbehandeling aangewezen is. Deze factoren bepalen per geval wat de redelijke termijn is waarbinnen het gevaar kan worden weggenomen.

De tekst van VWS legt het accent op de redelijke termijn waarbinnen het gevaar kan worden afgewend. Hoewel wettekst en VWS tekst elkaar niet uitsluiten, geeft dit in praktijk kennelijk interpretatieverschillen.

Verreweg de meeste respondenten in het onderzoek vatten de vraag op als 'wat is de termijn die in acht moet worden genomen alvorens met dwangbehandeling te starten'. In praktijk blijkt dat er zeer wisselend wordt omgegaan met de tijd die men de patiënt geeft voor de minder ingrijpende alternatieven om het externe gevaar af te wenden.

Met name afhankelijk van de voorgeschiedenis van de cliënt, en daarnaast ook afhankelijk van het type afdeling (verblijf of opname of gesloten) en de kenmerken van de cliënt wordt een periode variërende van 5 dagen, 3 tot 6 weken en 3 maanden genoemd. In een instelling is dit afgesproken beleid (3 weken). Zijn patiënten al lang bekend, dan zijn alternatieven vaak ook al geprobeerd. Zijn patiënten nieuw en betreft de afdeling niet een opname afdeling dan wordt 3 maanden een redelijke termijn genoemd. Een psychiater:...'dan heeft iemand de tijd gekregen, heeft ook andere patiënten gezien die met medicatie zijn opgeknapt. Ook is 3 maanden een soort moment dat juist deze patiënten zich gaan settelen op de afdeling, en dat moment willen we voor zijn'...

Als gevraagd wordt naar een redelijke termijn waarop de beoogde dwangbehandeling gevaar kan wegnemen is een tweedeling in de groep respondenten waarneembaar. De eerste groep geïnterviewden stelt dat de 3 tot 6 maanden zoals maximaal mogelijk is volgens de wetswijziging (ruim) voldoende is om de juiste medicatie te achterhalen en in te stellen. Een psychiater:...'de duur van dit type verruimde dwangbehandeling is 3 maanden; gemiddeld zijn 6 weken nodig om te weten of de medicatie echt werkt. Dit kun je binnen 3 maanden met twee verschillende typen medicatie proberen, dat is wel voldoende. Criteria zijn de ernst van de psychose en hoe iemand zich handhaaft op de afdeling, hoe zelfstandig iemand is. Dus de huidige termijn is een juiste. Het feit dat dit na 3 maanden verlengd moet worden is prima omdat toetsing daardoor belangrijk is. Dit is terecht omdat het erg ingrijpend is. In de praktijk is nog geen last ondervonden van de maximum termijn van 6 maanden'...

De tweede groep, een ruime meerderheid van de geïnterviewden, is van oordeel dat de termijn veel te kort is omdat cliënten vaak de rest van hun leven medicatie moeten innemen. Daarmee zou ook de dwangbehandeling veel langer moeten duren: 'hij kan niet meer zonder', 'ik zou hem het liefst levenslang de dwangbehandeling geven maar de wet houdt dat tegen', 'de inschatting van de termijn voor de ze patiënt is eeuwig, deze patiënt kan niet meer zonder medicatie', jarenlange dwangmedicatie is niet vreemd voor zorgwekkende zorgmijders'....Ook twee geneesheren - directeurs stellen dat dwangbehandeling langer dan 6 maanden zou moeten kunnen duren; als patiënten dan niet alsnog vrijwillig aan de medicatie gaan vallen ze alsnog terugvallen in het externe gevaar en dat is onwenselijk.

De tweedeling laat het verschil in interpretatie van het criterium redelijke termijn zien. De tweede groep geeft feitelijk antwoord op de vraag naar blijvend resultaat; hoe lang is nodig om blijvend het externe gevaar af te wenden.

De eerste groep respondenten geeft feitelijk antwoord op de vraag of 3 tot 6 maanden afdoende is om het gevaar weg te nemen (niet per se blijvend).

In de cases is het antwoord op de vraag: wat is/was de verwachte duur van de dwangbehandeling, dan ook zeer uiteenlopend en laat zien dat een aantal behandelaars niet op de hoogte is van de maximale termijn:

- 1 Case : dat is vooraf niet te zeggen
- 1 case : een paar weken
- 5 cases : binnen 3 maanden
- 4 cases : binnen 6 maanden
- 3 cases : binnen de wettelijke termijn maar de patiënt kan niet meer zonder
- 5 cases : binnen een jaar
- 4 cases : levenslang

Uit de cases blijkt dat in maar liefst 4 cases de maximale termijn van de verruimde dwangbehandeling reeds (fors) overschreden is. Achtereenvolgens blijken patiënten 7, 8, 9 en 11 maanden dwangbehandeling te ontvangen. De betreffende behandelaren (3) blijken niet op de hoogte te zijn van de maximale termijn van 3 maanden die nog eenmaal met 3 maanden verlengd kan. De overige dwangbehandelingen zijn kortgeleden ingezet en lopen nog of zijn verlengd. In drie gevallen is de dwangmedicatie omgezet naar vrijwillige medicatie inname. In twee interviews wordt door geneesheer directeuren in dit verband aangegeven dat er behoefte is aan een signaal als de 3 maanden om zijn. Dat is nu niet geregeld in de instellingen.

Andere overwegingen

In zowel de algemene vragenlijst als bij de cases is aan de geneesheren - directeuren en psychiaters de vraag voorgelegd of nog andere dan al genoemde overwegingen een rol spelen bij de keuze om verruimde dwangbehandeling toe te passen. Doel van deze vraag was te kijken of de rol van de familie, druk vanuit de verpleging, en opnamecapaciteit factoren zijn die (ook) meespelen. De open vraag of nog andere factoren meespelen leverde doorgaans weinig op. Als er expliciet naar gevraagd wordt, blijkt dat de betrokkenheid en uitputting van het sociale netwerk (familie) als een belangrijk element in de beslissing wordt meegenomen, ook met het oog op een voorspoedige terugkeer in het sociale netwerk. Desgevraagd blijkt ook de (beperkte) opnamecapaciteit een factor te zijn die meespeelt in de duur van de dwangbehandeling: Twee psychiaters geven aan dat het werkzaam zijn op een opnameafdeling met een relatief korte gemiddelde verblijfsduur wel maakt dat niet eindeloos gewacht wordt met de start van dwangbehandeling; die start na 4 tot 6 weken. Een enkele behandelaar stelt dat alle druk meespeelt. Vanuit de verpleging wordt eveneens soms druk uitgeoefend op de psychiater om actie te ondernemen.

Noodmedicatie, dwangmedicatie en bijwerkingen

De motie-Voordewind c.s.¹³ over dwangmedicatie versus noodmedicatie in relatie tot bijwerkingen was een van de aanleidingen tot deze Quick Scan. De motie luidt: "De Kamer verzoekt de regering onderzoek te doen naar de noodzaak van de lengte van dwangmedicatie versus noodmedicatie in relatie tot bijwerkingen" en verwijst kennelijk naar een afweging die de behandelaar zou maken om ofwel tot langdurige dwangbehandeling over te gaan ofwel eerst noodmedicatie in te zetten die maximaal 7 dagen duurt. Achterliggende gedachte lijkt te zijn dat dwangmedicatie zo kort mogelijk moet duren. In het debat heeft Voordewind aangegeven 3 maanden zeer lang te vinden en mogelijkheden te zien eerste noodmedicatie toe te passen, mede gezien de bijwerkingen van medicatie.

De inhoud van de motie wekt verwarring op, zowel in de interviews onder de geneesheren - directeuren en psychiaters als voorafgaand daaraan in het groepsgesprek en in telefonische interviews. Vaak wordt gesteld dat noodmedicatie en langdurende dwangmedicatie een geheel andere oorsprong hebben en ook een ander doel dienen. Bij noodmedicatie gaat het om een acute noodsituatie, dan zijn bijwerkingen secundair. Bij dwangbehandeling hoeft er geen sprake te zijn van een dergelijke acute noodsituatie, dus ook niet van noodmedicatie. Bovendien geldt bij noodmedicatie alleen het interne gevaarscriterium. In het onderzoek is de motie voorgelegd en is gevraagd of het vermijden van bijwerkingen een rol speelt bij de keuze van kortwerkende of langwerkende dwangmedicatie.

¹³ TK vergaderjaar 2006-2007, 30492, nr. 25

Rol van het vermijden van bijwerkingen bij de keuze van korte of langdurende dwangmedicatie

Alle respondenten is gevraagd of het vermijden van bijwerkingen een rol speelt bij de keuze tussen kort- of langwerkende dwangbehandeling. Dit punt blijkt niet specifiek ten aanzien van de verruimde dwangbehandeling een item te zijn, maar volgens respondenten wel een tweede natuur van behandelaars om bijwerkingen zo veel als mogelijk is verkleinen of te vermijden. Dat is logisch volgens hen omdat het doel van de verruimde dwangbehandeling is om de patiënten vrijwillig aan de medicatie te krijgen. Als veel bijwerkingen optreden is de kans erg klein dat patiënten medicatie vrijwillig accepteren. Verder wordt vaak genoemd dat de meeste patiënten in deze groep een lange voorgeschiedenis hebben waardoor al bekend is hoe zij reageren op medicatie. Als patiënten onbekend zijn wordt volgens een deel van de behandelaars zoveel mogelijk kortdurend gewerkt om bijwerkingen te toetsen, ook wordt om dezelfde reden vaak op een lage dosering gestart om zicht te krijgen op eventuele bijwerkingen. Ook bij de keuze van medicatie bij cliënten die nieuw zijn wordt veelal de moderne, tweede generatie medicatie toegediend omdat deze de minste bijwerkingen geeft.

Gaat aan dwangmedicatie vaak noodmedicatie vooraf? Zo ja hoe vaak?

Als de vraag in zijn algemeenheid wordt gesteld zegt meer dan driekwart van de geïnterviewden nooit eerst noodmedicatie te verstrekken en dan langdurende medicatie met als oogmerk de bijwerkingen te testen. Zoals in de inleiding vermeld, stellen de meeste respondenten dat noodmedicatie en langdurende dwangmedicatie twee verschillende zaken zijn. Noodmedicatie heeft betrekking op het interne gevaarscriterium en is gericht op sederen, langdurende medicatie heeft betrekking op behandelen. De veelvuldig toegepaste antipsychotica heeft 3 weken de tijd nodig om effecten (en bijwerkingen) te laten zien. Ook zou de doelgroep belang hebben bij een langdurend depot omdat dagelijks onder dwang medicatie innemen zeer belastend is (voor alle betrokkenen). Tegenstrijdige opmerkingen zijn er over de middelen die tot noodmedicatie behoren en tot langerdurende dwangmedicatie: enerzijds zouden dit verschillende middelen zijn en/of niet beschikbaar in tablet dan wel intramusculair. Anderzijds wordt gemeld dat dit dezelfde medicatie betreft. Ten aanzien van bijwerkingen wordt door enkele behandelaars gesteld dat er altijd bijwerkingen zijn. Dit wordt weer tegengesproken door anderen. Drie geïnterviewden geven aan soms even noodmedicatie in te zetten omdat daarna de patiënt soms alsnog akkoord gaat met medicatie, ofwel er sprake is van agressie van de patiënt. Een geïnterviewde stelt dat bij nieuwe patiënten het 3-daags depot wordt ingezet om de reactie daarop te kunnen testen.

Als de cases worden geanalyseerd op de vraag of eerst noodmedicatie is verstrekt blijkt dat in een derde van de cases voorafgaande aan de verruimde dwangbehandeling, noodmedicatie is toegepast. In geen van deze gevallen is dat met het oogmerk bijwerkingen terug te dringen. De redenen zijn dat sederen nodig was omdat ...'cliënt erg opgefokt was na de uitspraak van de rechter dat de klacht ongegrond was'..., of in verband met mogelijke suïcidaliteit. Daarnaast is noodmedicatie toegepast omdat het depot niet gelijk werkt en om te kijken of de patiënt iets toegankelijker werd om alsnog vrijwillig medicatie in te nemen.

In tweederde van de cases is noodmedicatie niet overwogen omdat er volgens behandelaars geen nood was, geen intern gevaar, geen agressie. Geen enkele keer is hierbij middellang of kortwerkende medicatie verstrekt (zoals 3 daags depot), in verreweg de meeste gevallen omdat de patiënt al veel langer bekend was en de behandelaar goed wist hoe de patiënt reageerde op bijwerkingen. Andere overwegingen zijn dat het beschikbare middel dan dagelijks geïnjecteerd diende te worden hetgeen zeer belastend is voor een patiënt en betrokken hulpverlener.

Ook het feit dat er geen medicatie met korte termijn werking beschikbaar is wordt als argument genoemd, en ook wordt meermalen genoemd dat het kortdurende alternatief veel meer bijwerkingen heeft. In enkele gevallen is het depot gestart met lage doseringen om de bijwerkingen te toetsen.

4.3. Instellingsbeleid

Met name de motie Bouwmeester gaat in op de wenselijkheid dat er zoveel mogelijk eenheid van behandeling zou moeten zijn bij de invulling van de open normen. Vanuit het Ministerie is benadrukt dat het veld tot een invulling van die normen moet komen, in overleg met IGZ. In de instellingen is dan ook uitvoerig met vooral de geneesheren - directeuren ingegaan op de vraag of de instelling onderling heeft afgesproken hoe om te gaan met de verruimde dwangbehandeling, of lokaal/regionaal/landelijk afstemming wordt gezocht over de invulling van de open normen, wat de rol van de GD is binnen de betreffende instelling en hoe kwaliteit bewaakt wordt. Ook is in de interviews met psychiaters summier de vraag naar instellingsbeleid aan de orde gekomen. In het navolgende wordt allereerst ingegaan op eventuele stijgingen of dalingen van het aantal dwangbehandelingen en de relatie met het landelijke beeld. Vervolgens wordt ingegaan op de eventuele instellingsafspraken en consensusvorming intern en extern. Tot slot komen de rol van de GD, van VWS en IGZ aan de orde.

Stijging/daling DB in de instelling in relatie tot landelijk beeld

In elk interview met de geneesheer directeur is gevraagd hoe zij eventuele toe/afname van dwangbehandeling in hun instelling verklaren. Daarbij valt op de eerste plaats op dat er een grote discrepantie bestaat tussen Bopzis aantallen en de getallen (maar vaker ook perceptie van aantallen) en ontwikkeling van het afgelopen jaar zoals bekend bij de geneesheren - directeuren. Enkele geneesheren - directeuren van instellingen waar volgens het Bopzis een relatieve toename van het aantal dwangbehandelingen per 1 juni 2008 bestaat, herkennen noch de aantallen noch de toename, komen ofwel met hele andere (veel lagere) aantallen ofwel hebben geen cijfers paraat maar spreken over hun indrukken. Het overall beeld is dat er geen toename is van het aantal dwangbehandelingen, ofwel omdat de instelling hierop een terughoudend beleid voert ofwel omdat er simpelweg niet zoveel mensen in aanmerking komen voor een dwangbehandeling omdat het probleem in kwantitatieve termen niet heel groot is. Dit geldt zowel twee perifeer werkzame instellingen als een grote stadsinstelling. Eventuele toename in het Bopzis wordt desgevraagd verklaard uit fusies, betere registraties en de tendens van een verschuiving van M&M naar dwangbehandeling. Een geneesheer directeur ziet wel meer dwangbehandelingen na 1 juni en denkt dat dat te maken heeft met de invoering van de verruimde dwangbehandeling maar kan dit niet nader onderbouwen.

Instellingsafspraken over de omgang met DB

Alle geneesheren - directeuren is gevraagd of binnen de instelling is afgesproken hoe wordt omgegaan met de verruimde dwangbehandeling, en als dit het geval is of deze nadere invulling van de wet ook op schrift is gesteld. Achtergrond van deze vraag is te kijken of al een begin van richtlijnontwikkeling vanuit het veld zelf zichtbaar is. Dat blijkt in die zin nog niet het geval. In alle instellingen heeft (soms beperkt) communicatie over de wetswijziging plaatsgevonden, maar deze beperkt zich tot het doorgeven - zonder nadere invulling van de open normen -, van de wetswijzigingen (doorsturen van de circulaire van VWS).

Via de geëigende kanalen binnen de instellingen, zoals het Bopz overleg, via opname van de wetswijzigingen in het beleidsplan, via presentaties en via communicatie over bijvoorbeeld over de email, intranet, en stafoverleg zijn de wijzigingen onder de aandacht gebracht. Men vindt het daarnaast ook de plicht van de behandelaren zelf om op de hoogte te zijn.

Een geneesheer directeur stelt dat de wet ook helder is, en niet vanuit de directie nadere toelichting behoeft maar vanuit jurisprudentie nader invulling zou moeten krijgen. In deze instelling fungeert vooralsnog de klachtencommissie als zodanig. Ook een andere geneesheer directeur geeft aan veel te hebben aan de klachtencommissie en die als jurisprudentie te zien waarmee de criteria worden aangescherpt.

Bekendheid psychiaters met de wet

De geneesheren - directeuren denken allen dat de psychiaters voor wie de verruimde dwangbehandeling relevant is, op de hoogte zijn van de wet. Wel denkt een geneesheer directeur dat het oude gevaarscriterium nog sterk tussen de oren zit. Een andere collega denkt dat er wel iets pro -actiever met de verruimde dwangbehandeling zou kunnen worden omgegaan. Of een ieder dezelfde invulling geeft aan de wet vindt men in het algemeen moeilijk te zeggen, hetgeen door 3 geneesheren - directeuren verklaard wordt uit het feit dat de verruimde dwangbehandeling nog maar weinig voorkomt. Een geneesheer directeur:'er is niet veel discussie over, het leeft eigenlijk niet zo. Ik had veel meer psychiaters aan de lijn verwacht na 1 juni maar het bleef opmerkelijk stil'... Een andere geneesheer - directeur ziet wel verschil in de omgang met verruimde dwangbehandeling tussen jongere en oudere psychiaters. Jonge psychiaters zouden sneller de beslissing nemen om tot dwangbehandeling over te gaan dan oudere psychiaters, en zouden er beter aan doen soms iets langer te wachten. De verklaring hiervoor zoekt deze geneesheer directeur in het feit dat jongere psychiaters wat meer biologisch psychiatrisch georiënteerd zijn en meer vertrouwen zouden hebben in medicatie dan oudere psychiaters die vaak een meer wat psycho - analytischer insteek hanteren.

Afstemming zoeken op lokaal/regionaal/landelijk niveau

Voor de helft van de geneesheren - directeuren geldt dat zij afstemming zoeken over de invulling van de open normen op instellingsoverstijgend niveau. Dat doen zij in de vereniging Geneesheren Directeuren waar zij lid (van het bestuur) zijn en waar verruimde dwangbehandeling aan de orde komt. Daar is ook een website in ontwikkeling waar ondermeer op dwangbehandeling wordt ingegaan. Een van hen maakt eveneens deel uit van het eerste geneeskundigenoverleg op stedelijk niveau en daar is het punt eveneens aan de orde geweest. De andere helft van de geneesheren - directeuren (waarvan 1 stads GGZ instelling) zoekt geen afstemming buiten de instelling over de invulling van verruimde dwangbehandeling. Op de vraag waarom dit niet het geval is, wordt in het algemeen gesteld dat het niet een issue is. Een van hen:... Nee, het leeft helemaal niet, er is geen levendige discussie over, geen hot issue, ik krijg ook niet de indruk van collega instituten dat ze veel doen met de verruimde dwangbehandeling'...

Rol van de GD en VWS/IGZ

Alle geneesheren - directeuren zien de eigen rol als die van informatieverstrekker, toetser, vraagbaak en bewaker van de invulling van het criterium. In twee instellingen moeten psychiaters intern de second opinion van een andere psychiater vragen bij alle voorgenomen dwangbehandeling. In een van de twee instellingen wordt deze vervolgens door de geneesheer directeur telefonisch getoetst. In beide instellingen waar de second opinion nodig is, vervult de geneesheer directeur die rol als sprake is van complexe zaken. In een instelling lopen alle nieuwe aanvragen verruimde dwangbehandeling via de klachtencommissie om daarmee 'jurisprudentie' te ontwikkelen.

In ieder geval wordt de geneesheer directeur overal ingeschakeld als de klachtencommissie aan de orde is. In een instelling ziet de geneesheer directeur ook de bewaking van de duur van dwangbehandeling als zijn rol.

Ten aanzien van VWS of IGZ wordt geen aanvullende taken verwacht. Wel is er van een instelling de klacht dat de circulaire van VWS juridische fouten bevatte, deze instelling heeft inmiddels zelf met de jurist van de instelling een eigen brochure gemaakt. Ook is er de klacht dat de circulaire veel te laat, want pas 7 maanden na de invoering van de wetswijziging verscheen.

Ten aanzien van de IGZ wordt gesteld dat deze vaak achter de feiten aanholt, en de instellingen opzadelt met registraties waar men de zin niet van ziet. Een geneesheer directeur suggereert dat andere partijen bij preventie van dwang betrokken zouden moeten worden, zoals bijvoorbeeld de gemeente, het welzijnswerk en de woningbouw. De GGZ zou daarin meer regie en bevoegdheden moeten worden gegeven om met deze partijen afspraken te maken.

Op de vraag of er nog overige dilemma's of knelpunten bestaan, komen enkele zaken naar voren die al in het voorgaande zijn beschreven (de termijn 3 tot maximaal 6 maanden in relatie tot de voorwaardelijke machtiging en de noodzaak van ambulante dwangbehandeling; het ontbreken van intern signaleringssysteem bij het bereiken van maximale termijnen van dwangbehandeling).

5. Conclusies en aanbevelingen

5.1. Inleiding

Per 1 juni 2008 is de wijziging van de Wet bopz voor de toepassing van dwangbehandeling in werking getreden. Met deze wetswijziging is een verruiming van de mogelijkheden voor dwangbehandeling gecreëerd waarbij nog open normen bestaan die volgens de Minister van VWS primair door het veld in samenspraak met IGZ nader ingevuld moeten worden. Tijdens de behandeling van de wetswijziging in de Tweede Kamer zijn twee moties¹⁴ aangenomen waarin wordt gevraagd binnen een jaar na inwerkingtreding van de wetswijziging inzicht te geven in de invulling van de nieuwe open norm voor dwangbehandeling in de praktijk en in het verlengde daarvan inzicht in de afwegingen die in praktijk worden gemaakt rond de duur van dwangbehandeling.

In deze Quick Scan naar de praktijk van dwangbehandeling is in 2,5 maand tijd zowel uit de beschikbare gegevens uit kwantitatieve bronnen (Bopzis/steekproef meldingsformulieren en behandelplannen) als uit kwalitatieve bron (groepsgebesprek, interviews in instellingen) getracht antwoord te krijgen op de volgende 3 hoofdvragen van het onderzoek:

1. op welke wijze wordt sinds juni 2008 inhoud gegeven aan de open norm voor dwangbehandeling?;
2. wat is de afweging rond langdurige dwangbehandeling in relatie tot noodmedicatie?;
3. waarover is overeenstemming en waarover bestaat verschil van invulling?

5.2. Registraties en praktijk

Een eerste algemene conclusie uit het onderzoek is dat er een groot verschil bestaat tussen resultaten uit administratieve bronnen en de resultaten uit het veld. Administratief is de wetswijziging nog niet tot nauwelijks doorgedrongen. Het Bopzis is nog gebaseerd op de oude meldingsformulieren dwangbehandeling, de meeste instellingen gebruiken nog oude meldingsformulieren dwangbehandeling en behandelplannen zijn niet afgestemd op de regeling voor verruimde dwangbehandeling¹⁵. Uit die bronnen is dan ook geen inzicht verkregen in de invulling van de open normen. Toch laten de aantallen en de soorten van toepassing in het Bopzis trends zien die ook in het kwalitatieve deel van het onderzoek terugkeren: een toename van het aantal meldingen dwangbehandeling in het laatste jaar, een toename van het gebruik van medicatie, een afname van separaties en een afname van de duur van dwangbehandeling. Een eenduidig causaal verband met de wetswijziging is echter niet te leggen. De trends worden namelijk ook beïnvloed door andere factoren.

¹⁴ De motie Bouwmeester c.s. (Tk vergaderjaar 2006-2007; 30492, nr. 22) over de invulling van de nieuwe norm voor dwangbehandeling. De motie Voordewind c.s. (Tk vergaderjaar 2006-2007, 30492, nr. 25) over dwangmedicatie versus noodmedicatie in relatie tot bijwerkingen.

¹⁵ Behandelplannen zijn sowieso zeer algemeen van opzet. GGZ NL werkt aan een nieuw model behandelplan.

Het groepsgesprek en de interviews in 6 instellingen met geneesheren - directeuren en psychiaters laat een ander beeld zien. De verruiming van de mogelijkheden voor dwangbehandeling die per 1 juni 2008 kan worden toegepast is in het veld grotendeels goed bekend, wordt toegepast en behandelaren en geneesheren - directeuren tonen zich positief over deze nieuwe mogelijkheid. Het feit dat een groep patiënten voor wie in het verleden behandeling niet mogelijk was, nu wel behandeld kan worden wordt als een welkome aanvulling in de behandel mogelijkheden ervaren. Hoewel in kwantitatieve termen het niet om een grote groep lijkt te gaan, wordt alom in kwalitatieve termen de 'lijdensdruk' van deze groep groot genoemd, en de verruiming van de wet als een verbetering.

De interviews met 6 geneesheren - directeuren, 12 psychiaters en de 23 meest recente cases waarin dwangbehandeling is toegepast op basis van de verruimde regelgeving, geven een overwegend overeenkomstig beeld van de toepassing van de dwangbehandeling zoals die per 1 juni 2008 mogelijk is.

In het navolgende bespreken we de belangrijkste conclusies uit het onderzoek. Allereerst gaan we in op de open normen in de verruiming van de dwangbehandeling. Vervolgens komen de afwegingen tussen dwangbehandeling en noodmedicatie en de overeenstemming en verschil van invulling aan de orde.

5.3. Open norm in de praktijk

Ad 1 op welke wijze wordt in de huidige praktijk sinds juni 2008 inhoud gegeven aan de open norm voor dwangbehandeling?

Bekendheid met de wetswijziging

Vrijwel alle respondenten blijken goed bekend te zijn met de mogelijkheid tot verruimde dwangbehandeling. Verschillende elementen keren in de diverse beschrijvingen terug: het nu kunnen behandelen van mensen bij wie - eenmaal op de afdeling opgenomen - het externe gevaar geweken is, maar waar bij ontslag dat gevaar opnieuw aan de orde zou zijn. Vaak beschrijven respondenten dat deze patiënten geen intern gevaar opleveren, behandeling weigeren, ziekte-inzicht ontberen en zonder behandeling uitzichtloos op de afdeling zouden verblijven. Voorheen stond de behandelaar machteloos terwijl er nu behandeld kan worden.

Als doel van de verruimde dwangbehandeling wordt veelal een complex van factoren genoemd waaronder verminderen van het lijden, behandelen van de stoornis, het aanpakken van het externe gevaar, verkorting van de opnameduur, vrijwillige inname van medicatie, het herwinnen van de autonomie van de patiënt, symptoomreductie, verbeteren van de kwaliteit van leven.

Onbekendheid

Enkele zaken blijken minder bekend.

- Een aantal psychiaters kent de maximale termijnen van de verruimde dwangbehandeling niet. Dat blijkt eveneens uit enkele cases waar deze termijn (fors) wordt overschreden;
- Een psychiater is in de veronderstelling dat nog altijd ook sprake moet zijn van intern gevaar en dat voor de dwangbehandeling die voor 1 juni 2008 reeds van kracht was nu ook de nieuwe maximale termijnen gelden;
- Een klachtencommissie zou nog uitgaan van het oude gevaarscriterium;
- Een enkele keer is er onduidelijkheid over de afbakening van de WGBO en de Bopz dwangbehandeling omtrent het toedienen van sondevoeding genoemd.

Het doel van de verruiming van de dwangbehandeling 'zodat verblijf buiten de inrichting mogelijk is' blijkt ruim geïnterpreteerd te worden. Ook van zwaarder naar een lichtere vorm van verblijf (bijvoorbeeld van gesloten naar open, of van open naar RIBW) wordt hieronder geschaard. Ook blijkt in een enkel geval de verruimde dwangbehandeling ingezet te worden bij patiënten die duurzaam verblijven ter verbetering van de kwaliteit van leven van het duurzaam verblijf. Hier is dus de invulling van de doelstelling van de wet 'zodat verblijf buiten de inrichting mogelijk is' zeer ruim geïnterpreteerd. Het is de vraag of de wetgever dit bedoeld heeft.

Diagnose/ziektebeelden

De verruimde dwangbehandeling wordt steeds ingezet bij ziektebeelden waar sprake is van psychose, meestal in het kader van schizofrene stoornissen.

Gevaar

Er is bij deze groep patiënten sprake van (extern) gevaar bestaande uit een complex van problemen op vrijwel alle levensterreinen, vaak voortkomend uit waandenkbeelden. Er is overwegend sprake van zelfverwaarlozing in combinatie met maatschappelijke teloorgang op de leefgebieden huisvesting, financiën, familie, overig sociaal netwerk, (weigeren van) hulpverlening. Een deel van de patiënten uit de case heeft problemen op meerdere van de genoemde gebieden.

Vormen van dwangbehandeling

De vorm van dwangbehandeling die in het kader van de verruiming per 1 juni 2008 wordt toegepast, is (bijna) altijd medicatie, in incidentele gevallen in combinatie met (korte) separatie en soms ook ECT.

Invulling van de open normen

De beslissing om tot dwangbehandeling over te gaan dient te worden getoetst aan de uitgangspunten doelmatigheid, subsidiariteit en proportionaliteit. In het onderzoek is hier uitgebreid op ingegaan. Onder doelmatigheid is verstaan wat de meest effectieve behandeling voor deze patiënten is. Subsidiariteit betreft de vraag naar de keus voor het minst ingrijpende middel, en proportionaliteit is de vraag of het middel in verhouding staat tot het doel.

Doelmatigheid

Bij een groot deel van de cliënten opgenomen in de case blijkt sprake te zijn van een lange voorgeschiedenis. Medicatie wordt voor deze groep effectief geacht omdat dit in het verleden al is gebleken. Daarnaast wordt antipsychotische medicatie genoemd als enige effectieve behandeling bij psychotische stoornissen. In het merendeel van de case wordt (voorzichtige) vooruitgang gerapporteerd (minder psychotisch, rustiger, meer ruimte voor gesprek, meer zelfzorg) waarbij het vertrek naar een lichtere vorm van hulp binnen de instelling door meerdere psychiaters als doel van de dwangbehandeling wordt aangemerkt. Voor enkele patiënten geldt dat er nog maar kleine stappen zijn gemaakt.

Subsidiar

Als minder ingrijpende maatregelen komt in de casuïstiek goed naar voren dat in de vaak lange voorgeschiedenis van de patiënt vaak al (diverse) minder ingrijpende alternatieven zijn geprobeerd.

Uit de case blijkt dat in veel gevallen er voorafgaand aan de dwangbehandeling lichtere vormen van hulp is geboden (ambulant, vrijwillige opname) of op verzoek van de patiënt een minder ingrijpend medicatieaanbod is gedaan (lagere dosering, afbouw) soms ondanks het feit dat de psychiater daar geen heil in ziet. In diverse cases wordt veel energie gestoken in de omgeving van de patiënt (familie maar ook bijvoorbeeld instanties waar problemen zijn zoals woningbouwvereniging). Daarnaast wordt veelvuldig het oraal aanbieden van de medicatie op vrijwillige basis genoemd. Ook drang wordt in dit verband veelvuldig genoemd. Drang wordt langzaam opgevoerd, aanvankelijk in de vorm van (voortdurend) aanbieden van de medicatie, het motiveren, overtuigen en verleiden naar onderhandelen ('als je dit neemt krijg je meer vrijheden'', of 'je gaat eerder met ontslag als je deze medicatie neemt', tot ook waarschuwingen om vrijheden in te trekken zoals geen zakgeld) tot en met 'slikken of prikken' waarna – als niet geslikt wordt - dwangbehandeling volgt. In 3 cases blijkt dat geen alternatieven zijn aangeboden. Vaak heeft dit een relatie met de voorgeschiedenis van de cliënt.

Proportioneel

Volgens vrijwel alle geïnterviewden staat de dwangbehandeling zoals die per 1 juni 2008 kan worden geboden in verhouding tot het doel. Wel wordt een aantal voorwaarden genoemd en begrenzingen zoals¹⁶: verruimde dwangbehandeling moet een ultimatum remedium zijn dat niet te snel toegepast mag worden bij bijvoorbeeld chronische psychotici die wel in staat zijn hun leven vorm te geven of bij een zelfverwaarlozende zwerver die zich tevreden tonen met hun bestaan. De verruimde dwangbehandeling zou beperkt moeten worden tot de psychotische stoornissen, waarbij aandacht moet zijn voor dat wat proportioneel is op een acute afdeling niet vanzelfsprekend ook het geval is op een gesloten niet-acute afdeling. Eenmaal ingezet moet verruimde dwangbehandeling nauwlettend gemonitord worden, volgens een psychiater al na 2 in plaats van 3 maanden zonder resultaat gestopt moet worden met verruimde dwangbehandeling. Een toevoeging die gemaakt wordt is daarbij is dat eigenlijk alle casesen achteraf met de patiënt zelf geëvalueerd moeten worden.

Redelijke termijn

In verband met de open geformuleerde norm 'redelijke termijn' bestaan onder de behandelaren en geneesheren – directeurs verschillende interpretaties. De wetgever spreekt over een toepasbare mogelijkheid voor dwangbehandeling als *het aannemelijk is dat zonder toepassing van die behandeling het gevaar dat uit de stoornis voortvloeit, niet binnen een redelijke termijn kan worden weggenomen zodat verblijf buiten de inrichting mogelijk is*.

In de circulaire van VWS over wetswijzigingen in de BOPZ is dit criterium nader ingevuld als: *Het nieuwe criterium 'redelijke termijn' biedt ruimte voor een op maat gesneden aanpak. Het ziektebeeld, de beschikbare behandelingsmethoden, de houding van de patiënt tegenover behandeling en de verwachte duur van de gedwongen opname zijn factoren die de behandelaar moet meewegen bij zijn afweging of dwangbehandeling aangewezen is. Deze factoren bepalen per geval wat de redelijke termijn is waarbinnen het gevaar kan worden weggenomen*.

Uit de interviews komt naar voren dat er verschillende interpretaties bestaan van het begrip 'redelijke termijn'. In de interviews wordt de 'redelijke termijn' door behandelaren en geneesheren – directeurs vooral uitgelegd als de termijn die in acht moet worden genomen alvorens met dwangbehandeling zou kunnen worden gestart. In praktijk blijkt dat er zeer wisselend wordt omgegaan met de tijd die men de patiënt geeft voor de minder ingrijpende alternatieven om het externe gevaar af te wenden.

¹⁶ De navolgende suggesties zijn door individuele geïnterviewden genoemd

Met name afhankelijk van de voorgeschiedenis van de cliënt – eerdere opnames - en daarnaast ook afhankelijk van het type afdeling (verblijf of opname of gesloten) en de kenmerken van de cliënt wordt een periode variërende van 5 dagen, 3 tot 6 weken en 3 maanden genoemd. In een instelling is dit afgesproken beleid (3 weken).

De inschatting is dus deels gebaseerd op patiëntgebonden factoren en deels op niet patiëntgebonden externe (afdeling)factoren. De voorgeschiedenis van de patiënt is de beste voorspeller voor het optreden van gevaar en voor de reactie op de behandeling.

Zijn patiënten al lang bekend, dan zijn alternatieven vaak al uitgeprobeerd. Zijn patiënten nieuw en betreft de afdeling niet een opnameafdeling dan wordt 3 maanden een redelijke termijn genoemd om alternatieven uit te proberen, om indien mogelijk alsnog tot vrijwillige medicatie over te gaan.

Naast de interpretatie van redelijke termijn als de termijn die aan alternatieven moet worden besteed, wordt de vraag naar redelijke termijn opgevat als de inschatting van de hoeveel tijd waarop redelijkerwijs resultaat van de behandeling mag worden verwacht. Als gevraagd wordt naar een redelijke termijn voor het wegnemen van het gevaar door middel van dwangbehandeling is een tweedeling in de groep respondenten waarneembaar. De eerste groep geïnterviewden stelt dat de huidige 3 tot 6 maanden die maximaal mogelijk (ruim) voldoende is om de juiste medicatie te achterhalen en in te stellen.

De tweede groep, een meerderheid van de geïnterviewden, is van oordeel dat de termijn veel te kort is omdat cliënten vaak de rest van hun leven medicatie moeten innemen. Daarmee zou ook de dwangbehandeling veel langer moeten duren. Achterliggende opvatting is kennelijk dat deze cliënten nooit vrijwillig medicatie zullen gaan nemen. Binnen deze groep respondenten wordt de ambulante dwangbehandeling in de nieuwe Wet Verplichte GGZ dan ook als een welkome aanvulling gezien.

De tweedeling laat het verschil in interpretatie van het criterium 'redelijke termijn' zien. De tweede groep geeft feitelijk antwoord op de vraag naar blijvend resultaat; hoe lang is nodig om blijvend het externe gevaar af te wenden? De eerste groep respondenten geeft feitelijk antwoord op de vraag of 3 tot 6 maanden afdoende is om het gevaar weg te nemen (niet per se blijvend). Kortom: het uitgangspunt bij het beantwoorden van deze vraag is verschillend, waaruit blijkt dat desbetreffende open norm ook anders geïnterpreteerd wordt.

5.4. Langdurige dwangbehandeling in relatie tot noodmedicatie

Ad 2. wat is de afweging rond langdurige dwangbehandeling in relatie tot noodmedicatie?

De motie-Voordewind c.s.¹⁷ over dwangmedicatie versus noodmedicatie in relatie tot bijwerkingen was een tweede aanleiding tot deze Quick Scan. De motie luidt: "De Kamer verzoekt de regering onderzoek te doen naar de noodzaak van de lengte van dwangmedicatie versus noodmedicatie in relatie tot bijwerkingen" en verwijst kennelijk naar een afweging die de behandelaar zou maken om ofwel tot langdurige dwangbehandeling over te gaan ofwel eerst noodmedicatie in te zetten die maximaal 7 dagen duurt. Achterliggende gedachte lijkt te zijn dat dwangmedicatie zo kort mogelijk moet duren. In het debat heeft Voordewind aangegeven 3 maanden zeer lang te vinden en mogelijkheden te zien eerst noodmedicatie toe te passen, mede gezien de bijwerkingen van medicatie.

¹⁷ TK vergaderjaar 2006-2007, 30492, nr. 25

De inhoud van de motie wekt verwarring op bij geïnterviewden. Gesteld wordt dat noodmedicatie en langdurende dwangmedicatie van toepassing zijn op totaal verschillende situaties en ook een ander doel dienen. Bij noodmedicatie gaat het om een acute noodsituatie, dan zijn afwegingen over risico's op bijwerkingen secundair. Het gaat dus niet om behandelen, maar hanteren van de noodsituatie. Bij dwangbehandeling hoeft er geen sprake te zijn van een dergelijke acute noodsituatie, dus ook niet van noodmedicatie. Bovendien mag noodmedicatie alleen toegepast worden bij het interne gevaarscriterium.

Het terugdringen of zo mogelijk vermijden van bijwerkingen blijkt – los van medicamenteuze dwangbehandeling – in zijn algemeenheid een tweede natuur van behandelaars om bijwerkingen zo veel als mogelijk is te verkleinen of te vermijden. Dat geeft de beste kans op het uiteindelijk vrijwillig accepteren van medicatie door patiënten. Verder wordt gesteld dat de meeste patiënten in deze groep een lange voorgeschiedenis hebben waardoor al bekend is hoe zij reageren op medicatie.

Als patiënten onbekend zijn wordt volgens een deel van de behandelaars zoveel mogelijk gewerkt met kortdurende medicatie (mits de medicatie in die vorm voorhanden is) om bijwerkingen te toetsen. Ook wordt om dezelfde reden vaak op een lage dosering gestart om zicht te krijgen op eventuele bijwerkingen of gekozen voor tweede generatie antipsychotica die minder bijwerkingen zouden hebben maar niet altijd beschikbaar zijn in (langdurige) depotvorm.

Gaat aan dwangmedicatie vaak noodmedicatie vooraf? Zo ja hoe vaak?

In zowel de algemene vragenlijst als in de case gaat noodmedicatie in een kwart tot een derde van de gevallen aan dwangmedicatie vooraf, maar nooit met als oogmerk de bijwerkingen te testen. Noodmedicatie wordt alleen verstrekt omdat er volgens behandelaars nood was, intern gevaar of agressie. Geen enkele keer is hierbij kortdurende dwangmedicatie verstrekt; in verreweg de meeste gevallen omdat de patiënt al veel langer bekend was en de behandelaar goed wist hoe de patiënt reageerde op bijwerkingen. Andere overwegingen zijn dat een kortwerkend middel dan dagelijks onder dwang geïnjecteerd moet worden, hetgeen zeer belastend is voor de patiënt en ook voor de betrokken hulpverlener. Ook wordt meermalen genoemd dat het kortdurende alternatief veel meer bijwerkingen heeft. In enkele gevallen is het depot gestart met lage doseringen om de bijwerkingen te toetsen. De veelvuldig toegepaste depot antipsychotica hebben volgens geïnterviewde 3 weken tijd nodig om effecten (en bijwerkingen) te laten zien.

5.5. Overeenstemming en verschil

Ad 3 waarover is overeenstemming en waarover bestaat verschil van invulling?

Als we kijken naar overeenstemming en verschillen in het onderzoek, zien we onder de geïnterviewden een grote mate van overeenstemming allereerst tussen geneesheren-directeuren en psychiaters. Evenmin zijn grote verschillen gevonden tussen grootstedelijke en perifere werkzame instellingen waar het de invulling van de criteria betreft. In twee van de drie grote steden lijkt men iets meer ervaring te hebben met dwangbehandeling dan in perifere werkzame ggz instellingen. Dat geldt echter niet voor de derde grote stad.

Ook over de inhoudelijke invulling van de open normen is overwegend overeenstemming te zien. De invulling van de diagnostiek komt overeen, het benoemde gevaar, de vormen van dwangbehandeling en de invulling van de criteria doelmatig, subsidiair (al worden in 3 cases geen alternatieven genoemd) en proportioneel, zij het dat bij dit laatste criterium een aantal aanvullende criteria worden benoemd die mogelijk een begin van richtlijnvorming zouden kunnen zijn. Het criterium redelijke termijn roept interpretatievragen op (gaat het om de termijn alvorens tot dwangbehandeling over te gaan of gaat het om de termijn die nodig is het gevaar af te wenden, en is de verruimde dwangbehandeling bedoeld om blijvend resultaat te boeken of volstaat tijdelijke afwending van het gevaar?)

De relatie tussen noodmedicatie en dwangmedicatie wordt door geen van de geïnterviewden herkend, en het thema bijwerkingen lijkt geen exclusief thema voor deze doelgroep psychotici als het gaat om dwangbehandeling.

De instellingen is gevraagd of zij actief werken aan consensusvorming. Met name de motie Bouwmeester gaat in op de wenselijkheid dat er zoveel mogelijk eenheid van behandeling zou moeten zijn bij de invulling van de open normen. Vanuit het Ministerie is benadrukt dat het veld tot een invulling van die normen moet komen, in overleg met IGZ. In de instellingen is dan ook uitvoerig met vooral de geneesheren - directeurs ingegaan op de vraag of de instelling onderling heeft afgesproken hoe om te gaan met de verruimde dwangbehandeling, of lokaal/regionaal/landelijk afstemming wordt gezocht over de invulling van de open normen, wat de rol van de GD is binnen de betreffende instelling en hoe kwaliteit bewaakt wordt.

Consensusvorming

Er is niet sprake van expliciete, op schrift vastgestelde richtlijnontwikkeling vanuit het veld zelf. In alle instellingen heeft communicatie over de wetswijziging plaatsgevonden, maar deze beperkt zich tot het doorgeven - zonder nadere invulling van de open normen -, van de wetswijzigingen. Men lijkt meer juridisch geïnteresseerd in eventuele jurisprudentie, en laat vooralsnog die rol min of meer door de eigen klachtencommissies vervullen.

Of iedere psychiater dezelfde invulling geeft aan de wet vinden geneesheren – directeurs in het algemeen moeilijk te zeggen hetgeen verklaard wordt uit het feit dat de verruimde dwangbehandeling nog maar weinig wordt toegepast.

De helft van de geneesheren - directeurs zoekt afstemming over de invulling van de open normen op instellingsoverstijgend niveau in de gremia die dit onderwerp agenderen (respectievelijk de vereniging geneesheren directeurs en het stedelijk eerste geneeskundigen overleg). De andere helft van de geneesheren - directeurs (waarvan 1 stads GGZ instelling) zoekt geen afstemming buiten de instelling over de invulling van verruimde dwangbehandeling en vindt het ook niet echt een hot issue.

Rol van de GD en VWS/IGZ

De geneesheren – directeurs blijken belangrijk als informatieverstrekker, toetsers, vraagbaak en bewaker van de invulling van het criterium. In drie instellingen is een intern traject afgesproken waarin psychiaters de second opinion van een andere psychiater vragen bij alle voorgenomen dwangbehandeling, en speelt de geneesheer – directeur bij elke dwangbehandeling een toetsende rol. In ieder geval wordt de geneesheer directeur overal ingeschakeld als de klachtencommissie aan de orde is. In een instelling ziet de geneesheer directeur ook de bewaking van de duur van dwangbehandeling als zijn rol.

Ten aanzien van VWS of IGZ worden geen aanvullende taken verwacht. Wel is er van een instelling de klacht dat de circulaire van VWS juridische fouten bevatte, deze instelling heeft inmiddels zelf met de jurist van de instelling een eigen brochure gemaakt.

Ook is er de klacht dat de circulaire veel te laat, want pas 7 maanden na de invoering van de wetswijziging verspreid is door VWS.

Ten aanzien van de IGZ wordt gesteld dat deze vaak achter de feiten aanloopt, en de instellingen opzadelt met registraties¹⁸ waar men de zin niet van ziet. Een geneesheer directeur suggereert dat andere partijen bij preventie van dwang betrokken zouden moeten worden, zoals bijvoorbeeld de gemeente, het welzijnswerk en de woningbouw. De GGZ zou daarin meer regie en bevoegdheden moeten worden gegeven om met deze partijen afspraken te maken.

5.6. Aanbevelingen

Op basis van het onderzoek kunnen de volgende aanbevelingen worden gedaan

Het Ministerie van VWS zou duidelijkheid moeten bieden over de interpretatie van de term 'redelijke termijn' ten aanzien van twee vragen:

- Schep meer duidelijkheid over wat de wetgevers bedoeld met de term 'redelijke termijn': gaat het om de termijn alvorens tot dwangbehandeling over te gaan of gaat het om de termijn die nodig is het gevaar af te wenden?
- Schep meer duidelijkheid over wat de wetgever bedoeld of de afwending van gevaar: volstaat de afwending van het externe gevaar of is blijvend resultaat het doel?
- Geef nogmaals voorlichting over de maximale termijn van de verruimde dwangbehandeling onder psychiaters
- Schep meer duidelijkheid over wat de wetgever als doelstelling van de verruiming bedoeld, in de wet geformuleerd als 'zodat verblijf buiten de inrichting mogelijk is'. Valt hieronder ook het creëren van verschuiving van zwaardere naar lichtere vormen van verblijf? Valt hieronder ook het verbeteren van de kwaliteit van leven van het duurzaam verblijf (dus binnen dezelfde verblijfsvorm)?

Tot slot zijn nog enkele praktische punten genoemd die wellicht extra aandacht in de voorlichting kunnen krijgen. Een belangrijke constatering voor de voorlichting is dat klachtencommissies een goed en belangrijk kanaal van voorlichting zijn. Via hen vinden wetswijzigingen hun weg in de instelling, zo blijkt uit dit onderzoek. Overige opmerkingen rond de voorlichting zijn nog dat deze voorafgaand aan de inwerkingtreding van de wet dient plaats te vinden, en ook blijkt soms de afbakening tussen de WGBO en de BOPZ waar het sondevoeding betreft voor psychiaters lastig te maken is.

De beroepsgroep psychiaters

- Gebruik de uit het onderzoek voortkomende bouwstenen voor richtlijnvorming omtrent de invulling van het criterium redelijke termijn; in welke omstandigheden voor welke patiënten moet welke minimale termijn in acht worden genomen alvorens tot dwangbehandeling over te gaan?
- Gebruik de uit het onderzoek voortkomende bouwstenen voor richtlijnvorming voor het criterium proportioneel: moet verruimde dwangbehandeling voorbehouden zijn aan psychotici? Alle psychotici of uitsluitend zij die niet in staat zijn hun leven vorm te geven? Is verruimde dwangbehandeling uitsluitend proportioneel op een acute afdeling, of past het ook binnen bijvoorbeeld duurzaam verblijf?
- Bedenk een werkwijze voor het monitoren van verruimde dwangbehandeling
- Benoem (nogmaals) expliciet dat de geneesheer directeur zorg draagt c.q. eindverantwoordelijk is voor de bewaking van de 3 maandstermijn (signaleringssysteem)

¹⁸ Dit zijn overigens wettelijk verplichte registraties.

- Met elke patiënt dient standaard geëvalueerd over de tevredenheid achteraf over de dwangbehandeling

IGZ

- Zorg voor handhaving van het gebruik door instellingen van de nieuwe meldingsformulieren.
- Onderzoek - i.v.m. de op handen zijnde wetswijziging - de directe noodzaak om Bopzis op dit punt aan te passen en kijk welke rol het veld hierin kan spelen.
- Verken nieuwe ICT mogelijkheden om Bopzis/het registratiesysteem dat onder de nieuwe wet wordt gebruikt, beter en gemakkelijker te laten functioneren.