

De effectiviteit van verplichte zorg bij een stoornis in middelengebruik

A. Neven, M.P.W. Dik, H.A. de Haan, A. Batalla

- Achtergrond** Bij een minderheid van de patiënten met een stoornis in middelengebruik is er sprake van beperkingen in de motivatie tot behandeling én ernstige schade of nadeel voor de patiënt zelf of de maatschappij. In deze situaties kan men overwegen de behandeling in verplicht kader te laten plaatsvinden. Het is echter onduidelijk of verplichte zorg daadwerkelijk bijdraagt aan het bereiken van duurzame abstinentie of vermindering van middelengebruik.
- Doel** Het beschrijven van de literatuur over het effect van verplichte zorg (in strafrechtelijk of civielrechtelijk kader) op het middelengebruik bij volwassen patiënten met een stoornis in middelengebruik.
- Methode** Literatuuronderzoek, waarbij uiteindelijk 17 artikelen werden geïncludeerd middels de PRISMA-analyse. Het risico op bias was bij de meeste studies ernstig tot kritisch.
- Resultaten** Verplichte zorg werd in 15 studies middels het strafrecht opgelegd (vergelijkbaar met een voorwaardelijke veroordeling in Nederland), in één studie ook vanuit de jeugdbescherming en in één studie vanuit civielrechtelijk kader. In zeven studies werden vergelijkbare uitkomsten gerapporteerd in beide groepen, in twee studies waren de uitkomsten beter in de verplicht behandelde groep en in vier studies waren de uitkomsten beter in de vrijwillig behandelde groep. In vier studies werd geen vergelijking tussen beide groepen beschreven.
- Conclusie** In de 17 geïncludeerde studies werden wisselende uitkomsten gevonden aangaande de effectiviteit van een verplichte behandeling bij een stoornis in middelengebruik, met daarbij een aanzienlijk risico op bias, variërend van methodologische tekortkomingen tot selectieve rapportage van resultaten. Hierdoor is het niet mogelijk om eenduidige conclusies te trekken over de effectiviteit van verplichte zorg in het bereiken van langdurig abstinentie of vermindering van middelengebruik.

Een ernstige stoornis in middelengebruik vormt in sommige gevallen een aanzienlijk maatschappelijk probleem. Alhoewel behandeling voor een stoornis in middelengebruik effectief is,^{1,2} zijn er patiënten die niet reageren op de verschillende herstelbevorderende, psychotherapeutische en medicamenteuze interventies. Langdurig middelengebruik kan gepaard gaan met schade aan de patiënt zelf of kan ernstig nadeel geven voor de maatschappij.^{3,4}

Behandeling voor een stoornis in middelengebruik gebeurt over het algemeen vrijwillig. Daarbij is het van belang dat de patiënt enige motivatie heeft om te stoppen met het verslavende middel. Bij een behandeling voor een stoornis in middelengebruik geldt vanzelfsprekend dat de patiënt in het algemeen bij voorkeur ambulantly behandeld wordt en dat de patiënt autonoom keuzes maakt.^{3,4} Bij een minderheid van de patiënten is er echter sprake van beperkingen in de motivatie tot behandeling én ernstige schade of nadeel voor de patiënt zelf of de maatschappij. In deze situaties kan overwogen worden de behandeling verplicht te laten plaatsvinden.

Bij ernstig nadeel voor de patiënt of diens omgeving kan een zorgmachtiging in het kader van de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz) worden aangevraagd. Veelal gaat het om een verplichte opname in de verslavingszorg of in een ggz-instelling, gericht in eerste instantie op detoxificatie en in tweede instantie om in abstinente toestand te bekijken of de patiënt van de behandeling gericht op terugvalpreventie kan profiteren. Ook kan men in deze abstinente fase diagnostiek verrichten en bekijken of de motivatie van de patiënt verandert. Daarnaast kan verplichte behandeling worden opgelegd door de strafrechter. Te denken valt aan een voorwaardelijke veroordeling (artikel 14a Wetboek van Strafrecht), een Maatregel Inrichting Stelselmatige Daders (ISD-maatregel), een terbeschikkingstelling (tbs) of in het verleden een Strafrechtelijke Opvang Verslaafden (SOV) en de Gedragsbeïnvloedende Maatregel (GVM). Bij deze juridische kaders vindt op verschillende manieren een vorm van dwang of drang plaats. We beschouwen ze in het kader van dit artikel als verplichte zorg.

AUTEURS

Arjen Neven, psychiater, Parnassia, Den Haag, opleider forensische psychiatrie, Fivoor en lid Landelijke Expertise- en Innovatiecentrum Dubbele Diagnose (LEDD), Trimbos-instituut.

Maarten Dik, basisarts, afd. Psychiatrie, UMC Utrecht.

Hein de Haan, psychiater/psychotherapeut, Tactus verslavingszorg, Enschede en FPA de Boog GGNet, Warnsveld.

Albert Batalla, psychiater, universitair docent, afd. Psychiatrie, UMC Utrecht.

Correspondentie

Arjen Neven (A.Neven@parnassia.nl)

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 23-5-2024.

Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2024;66(7):367-372

De vraag is echter of een verplichte behandeling van een stoornis in middelengebruik effectief is voor het verminderen van het middelengebruik. Over het algemeen wordt aangenomen dat motivatie tot verandering een belangrijke factor is in het bereiken van abstinentie. Deze motivatie is niet bij iedere patiënt aanwezig en een verplichte behandeling zou daardoor niet of minder effectief kunnen zijn of zelfs averechts kunnen werken.⁵ Daar staat tegenover dat in een gedwongen kader geregeld behandelingen toch vrijwillig plaatsvinden en dat abstinentie juist de motivatie tot behandeling kan doen toenemen.⁶ En andersom vinden geregeld behandelingen in vrijwillig kader plaats gemotiveerd door extrinsieke factoren, zoals sociale druk van de omgeving van de patiënt.⁷

Eerdere literatuur over de effectiviteit van verplichte zorg bij een stoornis in middelengebruik laat gemengde resultaten zien, met zowel positieve als negatieve effecten op middelengebruik.^{1,7,8} Sommige auteurs verdedigen dat verplichte zorg een effectieve strategie kan zijn, aangezien patiënten achteraf deze methode vaak onderschrijven of er een positief oordeel over hebben.^{6,9} Verplichte zorg kent echter ook nadelen: deze tast de autonomie van de patiënt aan en kan de behandelrelatie, het vertrouwen en de motivatie van de patiënt juist beschadigen. In eerdere overzichtsartikelen werd vooral gekeken naar de uitkomsten delictrecidive-risico of uitval van patiënten of werd de verplichting tot behandeling opgelegd door druk van een hulpverlener of werkgever.^{7,10-13} Daarnaast werden in eerdere overzichtsartikelen geen studies geïncludeerd met patiënten die vanuit het civielrecht verplichte zorg opgelegd kregen (vergelijkbaar met een zorgmachtiging in de Nederlandse situatie), maar alleen via het strafrecht.^{2,10} In dit overzichtsartikel zoeken we daarom naar literatuur waarin geanalyseerd is of verplichte zorg effect heeft op het middelengebruik bij volwassen patiënten met een stoornis in middelengebruik.

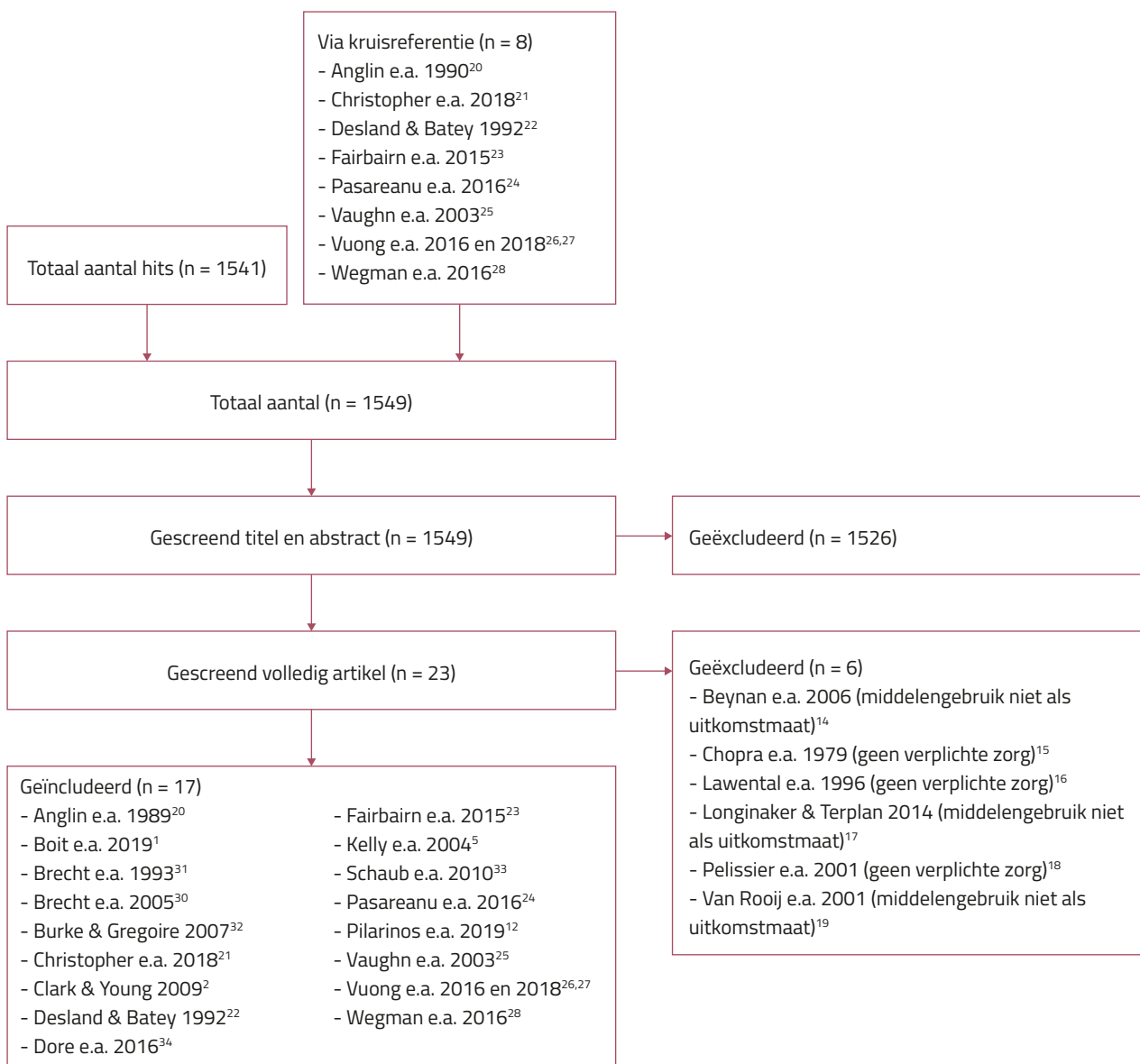
METHODE

In maart 2023 deden twee van ons (AN en MvD) een literatuurstudie volgens de PRISMA-richtlijnen naar de effectiviteit van door de rechter opgelegde verplichte zorg in de behandeling van een stoornis in middelengebruik. We includeerden alleen studies over volwassen patiënten (> 18 jaar). Effectiviteit had betrekking op de mate van abstinentie (aantal dagen tot terugval) en/of verandering in het gebruik van middelen. Alle potentiële verslavende middelen werden geïncludeerd. Zowel retrospectieve als prospectieve onderzoeken werden geïncludeerd, en ook studies waarin geen controlegroep werd opgenomen. Studies waarvan alleen een abstract beschikbaar was, werden geëxcludeerd. We zochten in Medline en PsycInfo met de zoektermen die betrekking hadden op 1. middelengebruik, 2. verplichte zorg en 3. effectiviteit (zie online **Bijlage**). Deze opdracht leverde 1541 artikelen op (zie **figuur 1**).

Allereerst bestudeerden we de titels. 1526 studies werden geëxcludeerd op basis van de genoemde in- en exclusiecriteria. Bij discrepantie tussen het oordeel van AN en MvD namen we het oordeel van medeauteur AB mee. Uiteindelijk was er consensus over de inclusie van de artikelen. Na het bestuderen van de 17 volledige artikelen vielen er nog eens 6 af,¹⁴⁻¹⁹ zodat er 11 artikelen overbleven. De redenen van exclusie van deze artikelen staan vermeld in **figuur 1**. Het nagaan van kruisreferenties van de geïncludeerde artikelen en reviews leverde 8 nieuwe artikelen op.²⁰⁻²⁸

Middels de methode ROBINS-I (*Risk Of Bias In Non-Randomized Studies – of Interventions*) werd geanalyseerd hoe groot het risico op bias was van de geïncludeerde studies (zie online **figuur 2** en online **tabel 1**). De mate van bias werd geclassificeerd als kritisch, ernstig, matig of laag.²⁹ Uit deze analyse bleek dat bij de meeste studies het risico op bias ernstig tot kritisch was.

Figuur 1. Stroomschema zoekstrategie Medline en PsycInfo



RESULTATEN

In totaal werden 17 studies geïnccludeerd. Verplichte zorg werd in 15 studies via het strafrecht opgelegd, in één studie vanuit het civielrecht,²⁴ en in één studie ook vanuit de jeugdbescherming.³⁰ In vijf studies werd gekeken naar zowel alcohol- als drugsgebruik, in zes naar alleen opiaatgebruik, in twee naar alleen alcoholgebruik, in twee alleen naar drugsgebruik, in één studie naar het injecteren van drugs en in één studie naar methamfetaminegebruik. De follow-up varieerde van 6 maanden tot 6 jaar. In **tabel 1** (online) staan de kenmerken van deze studies beschreven, in chronologische volgorde weergegeven.

Opiatengebruik

Amerikaanse onderzoekers includeerden 297 mannelijke patiënten die waren verwezen voor een methadononderhoudsbehandeling.²⁰ Ze werden gemiddeld 6,6 jaar na verwijzing geïnterviewd. In een gestructureerd interview werd onder andere het opiaatgebruik nagevraagd, hetgeen gevalideerd werd met een urinecontrole. In 97% van de gevallen kwam dit overeen met de zelfrapportage. De deelnemers werden ingedeeld in een hoge, middelmatige of lage groep, gebaseerd op de mate van justitiële dwang. Deze index was gebaseerd op drie variabelen: 1. een opgelegde straf of maatregel, 2. urinecontrole onder toezicht en 3. de door de deelnemer ervaren juridische dwang. Na gemiddeld 6,6 jaar daalde in de groep met

hoge dwang het percentage opiaatgebruik met 60% ($p < 0,001$), en in de andere twee groepen met 55% ($p < 0,001$). Er was geen verschil tussen de drie groepen. In een Australisch onderzoek includeerde men 92 patiënten (51 mannen en 41 vrouwen) die heroïne gebruikten. 47 van hen hadden een justitiële maatregel en 45 patiënten werden vrijwillig verwezen.²² Na 0, 1, 3, 6, 9 en 12 maanden werd nagevraagd of de deelnemers heroïne gebruikten. Random werd urine afgenomen. Dit gebeurde na 52% van alle interviews, waarbij in 94% van de gevallen de urinecontrole overeenkwam met het interview. Het percentage heroïnegebruik daalde in 12 maanden tijd significant in beide groepen: van 87% naar 34% ($p = 0,0004$) in de groep met de justitiële maatregel en van 91% naar 24% ($p = 0,0000002$) in de vrijwillig behandelde groep. Er was geen significant verschil tussen beide groepen.

In een Californisch onderzoek includeerde men 618 patiënten met methadonafhankelijkheid.³¹ Deze patiënten werden tweemaal gedurende de behandeling geïnterviewd in 1978-1981 en 4-6 jaar na de initiële verwijzing. Een van de uitkomstmaten was zelfgerapporteerd opiaatgebruik, wat gevalideerd werd met een vrijwillige urinecontrole. De deelnemers werden ingedeeld in een hoge, middelmatige of lage groep, gebaseerd op de mate van legale dwang, zoals bij eerder onderzoek.²⁰ Het zelfgerapporteerde percentage dagen opiaatgebruik daalde van 78, 81 en 77% naar 26, 26 en 32% in resp. de groep met lage, middelmatige en hoge dwang.

In twee onderzoeken in Vietnam includeerde men 384 patiënten met een stoornis in gebruik van heroïne die vrijwillig met methadon werden behandeld en 208 patiënten die een verplicht rehabilitatieprogramma volgden.^{26,27} De verplicht behandelde groep gebruikte bij aanvang van de studie minder vaak en minder lang heroïne. Gedurende de drie jaar follow-up gebruikte de vrijwillig behandelde groep gemiddeld 344,20 dagen minder drugs (zelf gerapporteerd) dan de verplichte groep ($p < 0,001$). 6,4-11,5% van de vrijwillig behandelde patiënten gebruikte heroïne op de verschillende meetmomenten vergeleken met 43,8-58,2% in de verplichte groep ($p < 0,0001$).

In Massachusetts onderzocht men 292 patiënten die voor een opiatendetoxicatie werden opgenomen.²¹ 78 van hen kregen deze aanvankelijk klinische behandeling als verplichte zorg opgelegd. Zelfgerapporteerde terugval in de verplicht behandelde groep was gemiddeld na 72 dagen. Terugval in de vrijwillig behandelde groep werd niet beschreven.

In Maleisië onderzocht men opiaatafhankelijke patiënten, van wie er 95 vrijwillig werden behandeld en 89 verplicht.²⁸ Deze laatste groep was twee jaar gedetineerd en werd daarna 18 maanden verplicht behandeld. De vrijwillig behandelde groep viel na gemiddeld 352 dagen terug en de verplicht behandelde groep na gemiddeld 31 dagen na detentie ($p < 0,001$). De vrijwillige patiënten hadden een 84% lagere kans op terugval (95%-betrouwbaarheidsinterval: 75-90%) ten opzichte van de verplichte groep.

Ander drugsgebruik

In Taiwan includeerde men drugsgebruikende gedetineerden en interviewde hen een jaar na de detentie.²⁵ Men vergeleek 99 personen die voor 1998 waren gedetineerd en geen behandeling kregen aangeboden met 109 personen die na 1998 wel behandeling in detentie kregen. 12 maanden na detentie bleek de behandelde groep veel meer amfetamine en heroïne te hebben gebruikt dan de niet behandelde groep. Meerdere demografische gegevens kwamen overeen tussen beide groepen, maar de behandelde groep was wel jonger en was vaker gedetineerd geweest.

In Los Angeles onderzocht men 350 patiënten met een stoornis in methamfetaminegebruik die klinisch of poliklinisch werden behandeld.³⁰ 24 maanden na de start van de behandeling werden ze geïnterviewd. Verplichte behandeling door de rechtbank of jeugdbescherming werd opgelegd bij 52% van de patiënten. 59% van de verplicht behandelde patiënten was na zes maanden teruggevallen versus 49% in de vrijwillig behandelde groep ($p = 0,08$).

In Vancouver onderzocht men 3196 personen die drugs gebruikten.¹² Het was niet duidelijk of er ook een stoornis in middelengebruik was. Door middel van zelfrapportage konden de deelnemers aangeven of ze het gevoel hadden dat ze werden gedwongen tot een behandeling door een dokter, politie of rechter, of dat ze vrijwillig behandeld werden. In zowel de verplicht behandelde als de vrijwillige groep verminderde het zelfgerapporteerde drugsgebruik niet in de zes voorgaande maanden. Ook werd er geen verschil gevonden tussen beide groepen.

In Bangkok onderzocht men 422 personen die drugs injecteerden.²³ De onderzoekers gingen onder andere na of een detentieperiode vanwege drugsgebruik volgend op een detentieperiode na een delict verband hield met zelfgerapporteerd drugsgebruik. Intraveneus drugsgebruik na zowel 3-12 maanden als na een jaar was significant geassocieerd met een verplichte detentieperiode.

Alcohol- en drugsgebruik

Amerikaanse onderzoekers includeerden 2095 mannelijke veteranen met een stoornis in middelengebruik die 3-4 weken waren opgenomen en vervolgens 5 jaar werden gevolgd.⁵ Bij 141 (7%) deelnemers werd behandeling door de rechter opgelegd. Er werd na 1 jaar en 5 jaar een vragenlijst afgenomen. Abstinentie werd gedefinieerd als geen drugs- en alcoholgebruik gedurende de drie maanden voorafgaand aan het gesprek. Remissie werd gedefinieerd als volledige abstinentie van alle drugs na resp. 1 en 5 jaar, maar alcohol mocht tot maximaal 3 eenheden per dag worden gedronken. Na 1 jaar was 52,9% van de deelnemers die behandeling opgelegd kregen abtinent tegenover 39,9% van de vrijwillig behandelde deelnemers ($p = 0,001$). Na 5 jaar was het verschil niet meer significant (39,0% versus 41,3%). Na 1 jaar was 61,0% van de deelnemers die behandeling opgelegd kregen in remissie en 43,8% van de vrijwillig

behandelde deelnemers ($p < 0,001$). Ook wat betreft remissie was het verschil na 5 jaar niet meer significant (45,4% versus 46,4%).

In Ohio includeerde men 289 patiënten die poliklinisch werden behandeld voor een stoornis in middelengebruik.³² 75% rapporteerde dat ze werden verplicht tot behandeling door een rechter. Patiënten die verplicht werden tot behandeling scoorden 6 maanden na de behandeling in een interview met de *Addiction Severity Index* lager wat betreft alcohol- en drugsgebruik. Significantie werd niet berekend.

In Florida includeerden onderzoekers 2726 vrouwen die in contact waren gekomen met justitie in verband met geweld of misbruik en die minstens één middelengerelateerde DSM-IV-classificatie en minstens één andere DSM-IV-classificatie hadden.² 963 deelnemers (35,3%) volgden de behandeling vanwege een uitspraak van de rechter. Zowel het alcohol- als drugsgebruik nam af in beide groepen na 6 en 12 maanden. De vrouwen die verplicht deelnamen aan het programma hadden een significant grotere afname in alcohol- ($p < 0,05$) en drugsgebruik ($p < 0,001$) na 6 maanden ten opzichte van de vrijwillig behandelde patiënten. Na 12 maanden toonde deze groep een grotere afname in drugsgebruik ($p < 0,001$).

In een studie uitgevoerd in het Verenigd Koninkrijk, Italië, Oostenrijk, Duitsland en Zwitserland werd bekeken wat het verschil was in middelengebruik tussen een vrijwillig behandelde groep patiënten met een stoornis in middelengebruik en een groep die een door de rechter opgelegde behandeling kregen.³³ Als patiënten uit de tweede groep geen behandeling accepteerden, konden ze alsnog gedetineerd worden. De behandeling kon bestaan uit een detoxificatie in de kliniek, psychotherapie, counselinggesprekken en medicatie. 115 deelnemers werden geïncludeerd, van wie bij 53 de behandeling werd opgelegd door de rechter (niet beschreven in welke vorm precies) en 62 deelnemers vrijwillig in behandeling waren. In de eerste groep werd bij de start van de studie een langere periode cocaïne gebruikt ten opzichte van de tweede groep, in de tweede groep werd langer alcohol gebruikt ten opzichte van de eerste groep. In beide groepen daalde het middelengebruik significant na 6 maanden en stabiliseerde dit de 12 maanden erna. In Noorwegen onderzocht men 202 patiënten met een stoornis in middelengebruik.²⁴ 137 van hen ondergingen een vrijwillige klinische behandeling en 65 een door de civiele rechter opgelegde verplichte opname. Na zes maanden was er in beide groepen minder gebruik van het aangegeven voorkeursmiddel (61% afname in de vrijwillige groep en 37% in de verplichte groep) en totale abstinentie (50% versus 24% afname). Vrijwillige behandeling was geassocieerd met abstinentie ($p = 0,011$).

Alcoholgebruik

In Sydney includeerden onderzoekers 40 patiënten met een stoornis in alcoholgebruik die met een justitiële maatregel aanvankelijk verplicht werden opgenomen.³⁴ Ze werden vervolgens na opname ambulant behandeld

met *assertive community treatment* (ACT) en na zes maanden geïnterviewd. Vier patiënten waren toen overleden (twee aan een maag-darmbloeding, één door een overdosis en één door een ongeluk). Na zes maanden waren 13 patiënten nog abstinente van alcohol en 7 patiënten gebruikten minder alcohol dan voorheen.

In Minnesota includeerden onderzoekers 60 veteranen met een stoornis in alcoholgebruik van wie behandeling door de rechter werd opgelegd en 60 veteranen die vrijwillig behandeling ondergingen.¹ Alle deelnemers startten in een klinisch rehabilitatieprogramma. Ten tijde van het interview waren de deelnemers bij wie door de rechter behandeling werd opgelegd 117,30 dagen abstinente van alcohol en de vrijwillige patiënten 100,48 dagen ($p = 0,39$).

DISCUSSIE

In dit overzichtsartikel includeerden wij 17 studies, waarin werd onderzocht wat de effectiviteit was van verplichte zorg ten opzichte van vrijwillige zorg op middelengebruik. In zeven studies werden vergelijkbare uitkomsten gerapporteerd in beide groepen,^{1,12,20,22,30,31,33} in twee studies waren de uitkomsten beter in de verplicht behandelde groep,^{2,5} en in vier studies waren de uitkomsten beter in de vrijwillig behandelde groep.²⁴⁻²⁸ In vier studies werd geen vergelijking tussen beide groepen gemaakt of werd alleen de verplicht behandelde groep beschreven.^{21,23,32,34} In de meeste studies ging het om de door een strafrechter opgelegde dwang (vergelijkbaar met een voorwaardelijke veroordeling in Nederland), maar werd niet goed omschreven welke maatregel dit precies was en hoe lang deze maatregel duurde. In twee studies werd de mate van dwang ingedeeld in drie groepen van ervaren dwang opgelegd door de rechter.^{20,31} De vraag is of het profiel van de groep verplicht behandelde patiënten en het type ingezette verplichte zorg in deze studies vergelijkbaar zijn met de groep patiënten die vrijwillig in behandeling zijn in de verslavingszorg, denk aan de ernst van de stoornis in middelengebruik, de mate van criminaliteit of aanwezigheid van psychiatrische comorbiditeit. Ondanks het beperkte aantal studies en beschikbare gegevens lieten de geïncludeerde studies verschillende profielen van patiënten zien. In één studie werd onderzocht wat het effect was van verplichte zorg in het kader van een civielrechtelijke maatregel, zoals de Nederlandse zorgmachtiging, waarbij vrijwillige zorg was geassocieerd met betere uitkomsten.²⁴ Anders dan bij een voorwaardelijke veroordeling opgelegd vanuit het strafrecht kan bij een patiënt met een zorgmachtiging direct verplichte zorg worden toegepast. Bij een voorwaardelijke veroordeling in Nederland zou een patiënt nog wel met ontslag kunnen gaan, waarbij de consequentie kan zijn dat die uiteindelijk een gevangenisstraf moet uitzitten. Bij een voorwaardelijke veroordeling kan derhalve de mate van dwang anders worden ervaren door de patiënt. Verder is de vraag hoe lang verplichte zorg zou moeten worden

ingezet. Hierover geven de geïncludeerde studies geen duidelijkheid. Wel is in alle studies gekeken naar langetermijntuitkomsten (van 6 maanden tot ruim 6 jaar).

BEPERKINGEN

In alle studies waren de uitkomsten volledig of gedeeltelijk gebaseerd op zelfrapportages. Deze zijn minder betrouwbaar dan urinecontroles, alhoewel in twee studies wel grote overeenkomst (> 95%) werd gevonden tussen de zelfrapportage en de urinecontrole.^{5,20} Het risico op bias volgens de methode ROBINS-I was matig tot kritisch (online **figuur 2**), wat de betrouwbaarheid van de onderzoeksresultaten in het geding brengt. Ook was niet altijd duidelijk in hoeverre beide groepen te vergelijken waren. Van belang is hierbij zich te realiseren dat verplichte versus vrijwillig behandelde groepen mogelijk niet goed vergelijkbaar zijn en randomisatie vanzelfsprekend niet mogelijk is. Verder is in de studies niet meegenomen hoe de motivatie van de deelnemer zich heeft ontwikkeld, hoe ernstig de stoornis in middelengebruik was en hoe de behandeling er precies heeft uitgezien. Ook was niet duidelijk hoe lang er dwang is toegepast en hoe de dwang er precies heeft uitgezien. Deze informatie zou juist kunnen helpen hoe verplichte zorg in te zetten bij een stoornis in middelengebruik.

CONCLUSIE

In de 17 geïncludeerde studies werden wisselende uitkomsten gevonden aangaande de effectiviteit van een verplichte behandeling bij een stoornis in middelengebruik, veelal vanuit strafrechtelijk kader. De kwaliteit van de studies was laag, er werd niet goed beschreven hoe de verplichte zorg en de behandelingen eruitzagen en hoe de motivatie tot behandeling zich ontwikkelde. Ook was niet altijd duidelijk of de groep die verplicht behandeld werd vergelijkbaar was met de vrijwillig behandelde groep. Hierdoor is het niet mogelijk om eenduidige conclusies te trekken over de effectiviteit van verplichte zorg in het bereiken van langdurige abstinentie of vermindering van middelengebruik. Hoopvol is echter wel dat meerdere studies vergelijkbare of zelfs betere resultaten lieten zien in de verplicht behandelde groep. Hierdoor kunnen we voorzichtig concluderen dat verplichte behandeling bij een stoornis in middelengebruik overwogen zou kunnen worden als vrijwillige zorg steeds faalt en er ernstig nadeel is voor de patiënt of de omgeving, maar dat op individueel niveau kritisch bekeken dient te worden of de verplichte zorg doelmatig is. Verder onderzoek is nodig om te bekijken bij welke patiëntengroepen welke verplichte zorg effectief zou kunnen zijn.

LITERATUUR

- 1 Boit H, Palmer GA, Olson S. A comparison between the involuntary and voluntary treatment of patients with alcohol use disorder in a residential rehabilitation treatment program. *J Addictions Nursing* 2019; 29: 57-60.
- 2 Clark C, Young MS. Outcomes of mandated treatment for women with histories of abuse and co-occurring disorders. *J Subst Abuse Treatm* 2009; 37: 346-52.
- 3 Galon PA, Liebelt RA. Involuntary treatment of substance abuse disorders. *New Directions Mental Health Serv* 1997; 75: 35-45.
- 4 Nicolini M, Vandenberghe J, Gastmans C. Substance use disorder and compulsory commitment to care: a care-ethical decision-making framework. *Scan J Caring Sciences* 2018; 32: 1237-46.
- 5 Kelly JF, Finney JW, Moos R. Substance use disorder patients who are mandated to treatment: characteristics, treatment process, and 1- and 5-year outcomes. *J Subst Abuse Treatm* 2005; 28: 213-23.
- 6 Hoppener PE, Godschalx-Dekker JA, Wetering van de BJM. Gedwongen opname bij stoornissen in of door het gebruik van middelen. *Tijdschr Psychiatr* 2013; 55: 269-77.
- 7 Klag S, O'Callaghan F, Creed P. The use of legal coercion in the treatment of substance abusers: an overview and critical analysis of thirty years of research. *Subst Use Misuse* 2005; 40: 1777-95.
- 8 Walt G, Porteny T, McGregor AJ, e.a. Clinician's experiences with involuntary commitment for substance use disorder: a qualitative study of moral distress. *Int J Drug Policy* 2022; 99: 103465.
- 9 Sullivan MA, Birkmayer F, Boyarsky BK, e.a. Uses of coercion in addiction treatment: clinical aspects. *Am J Addictions* 2008; 17: 36-47.
- 10 Voas RB, Tippetts AS, Bergen G, e.a. Mandating treatment based on interlock performance: evidence for effectiveness. *Alcohol Clin Exp Res* 2016; 40: 1953-60.
- 11 Vuong T, Gillies M, Larney S, e.a. The association between involuntary alcohol treatment and subsequent emergency department visits and hospitalizations: a Bayesian analysis of treated patients and matched controls. *Addiction* 2022; 117: 1589-97.
- 12 Pilarinos A, Barker B, Nosova E, e.a. Coercion into addiction treatment and subsequent substance use patterns among people who use illicit drugs in Vancouver, Canada. *Addiction* 2019; 115: 97-106.
- 13 Wild TC, Roberts AB, Cooper EL. Compulsory substance abuse treatment: an overview of recent findings and issues. *Eur Addict Res* 2002; 8: 84-93.
- 14 Beynon CM, Bellis MA, McVeigh J. Trends in drop out, drug free discharge and rates of re-presentation: a retrospective cohort study of drug treatment clients in North West of England. *BMC Public Health* 2006; 11: 205.
- 15 Chopra KS, Preston DA, Gerson LW. The effect of constructive coercion on the rehabilitative process. *J Occupational Med* 1979; 21: 749-52.
- 16 Lawental E, McLellan AT, Grissom GR, e.a. Coerced treatment for substance abuse problems detected through workplace urine surveillance: is it effective? *J Subst Abuse* 1996; 8: 115-28.
- 17 Longinaker N, Terplan M. Effect of criminal justice mandate on drug treatment completion in women. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2014; 40: 192-9.
- 18 Pelissier B, Wallace S, O'Neil JA, e.a. Federal prison residential drug treatment reduces substance use and arrests after release. *Am J Alcohol Abuse* 2001; 27: 315-37.
- 19 Rooij van MFAM, Vleugels CMM, Kortmann FAM, e.a. Gedwongen opname in de verslavingszorg. Onderzoek naar de toepassing van de Wet BOPZ. *Tijdschr Psychiatr* 2001; 43: 265-70.

De overige literatuurverwijzingen zijn online te raadplegen.