



**Regionale patronen van
dwangopnamen**



Februari 2009



Regionale patronen van dwangopnamen

**Regionale verschillen
in dwangopnamen
in drie regio's: Maastricht,
Groningen, en Rotterdam**

Onderzoeksgroep

Dr. A.I. Wierdsma ¹

Drs. P.D. van Marle ²

Prof. Dr. C.L. Mulder ^{1,3,4}

1 O3 – Onderzoekcentrum GGz, Erasmus MC

2 Inspectie voor de Gezondheidszorg

3 GGD Rotterdam e.o.

4 Bavo Europoort

O3 Onderzoekcentrum GGz Rijnmond

Afdeling Psychiatrie – Kamer Dp-0452

Erasmus MC

Postbus 2040

3000 CA Rotterdam

Telefoon: 010 70 32534

Fax: 010 70 33217

Website: www.O3-Onderzoekcentrumggz.nl.

Inhoudsopgave

Samenvatting

1. Inleiding

- Regionale verschillen
- Beperkingen van regionale vergelijkingen
- Registeronderzoek naar dwangopnamen
- Vraagstellingen

2. Methode

- Databonnen
- Analyse

3. Resultaten

- 3.1 Patiënt- en opnamekenmerken
- 3.2 Aantallen opnamen met IBS of RM
- 3.3 Eerste dwangopnamen en opnamepatronen
- 3.4 Redenen voor dwangopname

4. Conclusies en discussie

- 4.1 Regionale verschillen in de toepassing van dwangopnamen
- 4.2 Verklarende factoren
 - Meer psychiatrische problematiek in de grote stad
 - Grootstedelijke GGz meer gericht op langdurig zorgafhankelijke en zorgmijdende patiënten
 - Verschillen in zorgaanbod spelen een beperkte rol
 - Een voortrekkersrol van de GGz in de grote steden

4.3 BOPZ-monitoring

- Beschikbare informatie over dwangopnamen en nazorg is beperkt
- Onderzoek met psychiatrische casusregisters in Nederland
- Meerjarig onderzoeksprogramma

Literatuur

Samenvatting

Achtergrond. In Nederland is nog weinig onderzoek gedaan naar regionale verschillen in de toepassing van gedwongen opname in een psychiatrische kliniek. De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft toegezegd nader onderzoek in gang te zetten naar de oorzaken van deze verschillen. Uitgangspunt is dat specifiek lokale factoren vooral patiënt gebonden behoren te zijn en niet gerelateerd aan de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg.

Doel. Beschrijven van regionale verschillen in de aantallen, combinaties en kenmerken van opnamen op grond van een inbewaringstelling of rechterlijke machtiging. Het onderzoek werd gericht op de volgende vraagstellingen:

1. Zijn er regionale verschillen in het aantal dwangopnamen wanneer wordt gecorrigeerd voor de samenstelling van bevolking naar leeftijd en geslacht?
2. Zijn er regionale verschillen in de relatie tussen inbewaringstellingen en rechterlijke machtigingen?
3. Zijn er regionale verschillen naar inhoudelijke redenen voor toewijzing van dwangopnamen?

Methode. Gegevens over een periode van 12 maanden uit het BOPZ informatie-systeem van de Inspectie voor de Gezondheidszorg zijn verwerkt. Door de rechtbanken in Maastricht, Groningen en Rotterdam werden de geneeskundige verklaringen aangevuld die voor de rechterlijke machtigingen ontbreken. Een deel van deze dossiers zijn beoordeeld op de ernst van de maatschappelijke onrust en maatschappelijke teloorgang.

Resultaten. Regionale verschillen in de toepassing van de Wet BOPZ bleven bestaan ook na controle voor verschillen in de samenstelling van de bevolking naar leeftijd en geslacht.

Regio's verschilden in de toepassing van gedwongen opnamen vooral waar het ging om inbewaringstellingen en de aard van de problematiek. Daarbij konden twee patronen van zorg worden onderscheiden.

- Een patroon in de kleinere steden dat zich kenmerkte door bescherming van de patiënt met een focus bij inbewaringstellingen op stemmingsstoornissen en suïcidedreiging. Bij de rechterlijke machtigingen, vaker een voortgezette machtiging, ging het in de meeste gevallen om gevaar voor de betrokkene zelf en om diverse ziektebeelden, waaronder dementie.
- Daarnaast een meer grootstedelijk patroon dat werd gekenmerkt door veel inbewaringstellingen voor psychotische patiënten die een gevaar vormden voor anderen. Dwangopnamen kwamen hierbij meer voor in de combinatie van inbewaringstelling en rechterlijke machtiging. Ook herhaalde dwangopnames en voorwaardelijke machtiging kwamen in het grootstedelijke patroon meer voor.

Conclusie. De regionale verschillen in de toepassing van dwangopnamen hangen meer samen met patiëntgerelateerde factoren dan met de organisatie van de zorg. De omvang en diversiteit van de BOPZ-problematiek is het grootst in stedelijke gebieden waar zowel de problemen rondom de bescherming van de patiënt als van het openbare domein zich opstapelen. Psychiatrische problemen, in het bijzonder psychotische stoornissen, komen in de grote stad meer voor en dat richt de GGz meer op langdurig zorgafhankelijke en zorgmijdende patiënten. Door deze diversiteit heeft de grootstedelijke GGz bovendien een voortrekkersrol in de ontwikkeling en implementatie van nieuwe richtlijnen. Informatie over regionale verschillen en continuïteit van zorg, opgebouwd in een meerjarig onderzoeksprogramma, kan bijdragen aan verbetering van de toepassing van dwangopnamen.

Inleiding

In de Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (Wet BOPZ) zijn de criteria en procedures vastgelegd op grond waarvan iemand tegen zijn of haar wil kan worden opgenomen. Op hoofdlijnen kunnen twee soorten dwangopnamen worden onderscheiden: de rechterlijke machtiging en de inbewaringstelling. De rechterlijke machtiging (RM) is een verzamelnaam voor diverse soorten machtigingen (de voorlopige machtiging, de voorwaardelijke machtiging, de machtiging op eigen verzoek, en de machtiging tot voortgezet verblijf). In spoedeisende gevallen beslist de burgemeester, of een gemandateerde wethouder, op advies van een onafhankelijke psychiater of een inbewaringstelling (IBS) moet worden afgegeven.

In het BOPZ-jaarrapport over de periode 2002 tot en met 2006 constateert de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) een verdere stijging van het aantal gedwongen opnamen. Bovendien zijn er voor het eerst meer RM'en dan IBS'en afgegeven (Inspectie voor de Gezondheidszorg 2007). Het aantal psychiatrische dwangopnamen met een inbewaringstelling is in 25 jaar ruim verdubbeld van 3101 in 1979 tot 7450 in 2004. De toename van het jaarlijkse aantal versnelde significant na het invoeren van de Wet BOPZ in 1994 (Mulder, Broer et al. 2006). Zowel naar aantallen RM-en als naar aantallen IBS-en bestaan er grote regionale verschillen. In de provincies Limburg, Noord-Holland, Utrecht en Zuid-Holland zijn de laatste jaren meer mensen gedwongen opgenomen dan in de rest van Nederland. Vooral in grote steden worden er meer mensen in bewaring gesteld. Er bestaan zowel regionale verschillen, als verschillen per instelling (Inspectie voor de Gezondheidszorg 2007).

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft toegezegd nader onderzoek in gang te zetten naar de oorzaken van de verschillen tussen provincies en instellingen in gedwongen spoedopnamen, rechterlijke machtigingen en dwangtoepassingen. Dit naar aanleiding van opmerkingen in de Eerste Kamer over het wetsvoorstel 'Wijziging van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (voorwaardelijke machtiging en dwangbehandeling)'. De strekking

van die opmerkingen is dat verschillen in de toepassing van dwangmaatregelen alleen acceptabel zijn als deze patiëntgerelateerd en zorginhoudelijk van aard zijn. Regionale verschillen mogen niet ontstaan door gewoonten, voorkeuren en omstandigheden van zorgverleners en -instellingen. Door de minister zijn ter verklaring van regionale verschillen een drietal veronderstellingen aangegeven. Ten eerste kunnen de verschillen te maken hebben met de patiëntenpopulaties en de aanwezige voorzieningen. Niet in elke regio is hetzelfde zorgaanbod voorhanden. Ten tweede wordt aangenomen dat de professionele houding van hulpverleners van invloed is op het aantal dwangopnamen. Het aantal gedwongen interventies, maar ook de soort dwangmaatregelen, kan gerelateerd zijn aan de verschillen tussen hulpverleners en de bedrijfsculturen van de verschillende instellingen. Ten derde, tot slot, gaat het om een 'couleur locale' in het spanningsveld tussen zorg en repressie. De indruk bestaat dat psychiaters in toenemende mate gebruik maken van de mogelijkheden die de wet biedt. Dit kan het gevolg zijn van nieuwe mogelijkheden die de Wet BOPZ biedt, de toenemende bekendheid daarmee en de toenemende bereidheid van hulpverleners om in een vroegtijdig stadium in te grijpen. De vraag is of het bij gedwongen opname van mensen die overlast veroorzaken, gaat om hulp aan betrokkenen of om het voorkomen van openbare orde problemen (Handelingen I 2007–2008, nr. 20 – pag. 876 en 886; Kamerstuknummer: 30 492).

Regionale verschillen

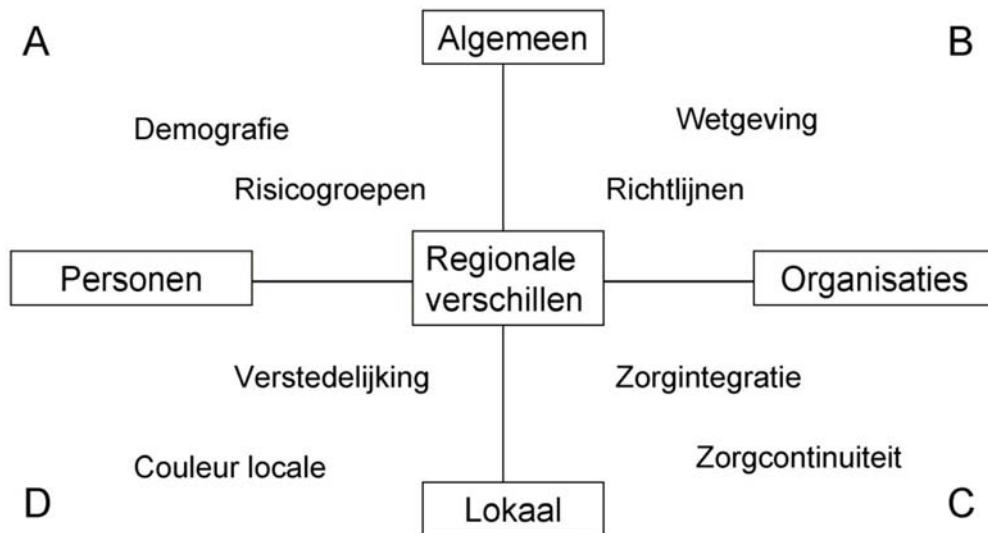
In Nederland is weinig onderzoek gedaan naar regionale verschillen in de toepassing van gedwongen opnamen. De Graaf en Dekker (1987) beschreven de ontwikkeling over de periode 1978 tot en met 1983 van het aantal IBS'en en RM'en in drie grote steden, namelijk Amsterdam, Rotterdam en Den Haag, en een plattelandsgebied, de provincie Friesland. Dat onderzoek is herhaald door Klein Ikkink, Wierdsma, en De Graaf (1991) voor de periode 1984 tot en met 1988. Het aantal dwangopnamen lag in de grote steden relatief veel hoger dan in Nederland. Ofschoon de verschillen tussen de steden wat afnamen, werden grote schommelingen gevonden zodat elke stad op enig moment wel eens het hoogste aantal

dwangopnamen per 10.000 inwoners had. Ook in het onderzoek van Van Vree et al (2002) over de periode 1997-2000 voor de zogenoemde G21 en G4 gemeenten werden duidelijke verschillen gevonden tussen de steden en tussen kleine of middelgrote steden en de grote vier. De stijging was voor de G4 ook veel sterker dan voor het land als geheel. In het BOPZ-jaarrapport over de periode 2002 tot en met 2006 worden deze uitkomsten nog eens bevestigd (Inspectie voor de Gezondheidszorg 2007). In een beschrijving van de organisatorische veranderingen binnen de spoedeisende GGz in Amsterdam, geven van Eijk en Gijsbers (2008) een overzicht over de jaren 1994-2007 van de ontwikkeling van het aantal IBS'en per 100.000 inwoners in Amsterdam, Rotterdam, Den Haag versus de rest van Nederland . Daaruit blijkt dat de versnelde toename van het aantal IBS'en na 1994 zich verhoudingsgewijs het sterkst voordoet in de grote steden.

Meerdere factoren zijn benoemd om regionale verschillen in dwangopnamen te verklaren. Daarin kunnen twee dimensies worden onderscheiden. Naast algemene factoren dragen ook specifiek regionale factoren bij aan de verschillen in de toepassing van de Wet BOPZ (van Vree, Scholten et al. 2002). Door sommige auteurs wordt meer nadruk gelegd op patiëntgebonden factoren, terwijl andere auteurs de aandacht richten op factoren die te maken hebben met de organisatie van de zorg. In figuur 1 zijn verschillende verklarende factoren voor regionale verschillen in de toepassing van BOPZ-opnamen in vier kwadranten ingedeeld.

A. In kwadrant A gaat het om de toegankelijkheid van de zorg voor verschillende bevolkingsgroepen. Demografische verschillen tussen regio's, bijvoorbeeld naar leeftijd en etniciteit, verklaren voor een deel de regionale verschillen in aantallen dwangopnamen. In de stijging van het aantal inbewaringstellingen per 100.000 inwoners in de periode 2000-2004 signaleren Mulder et al (2008) een relatief grote toename bij mannen in de leeftijd van 30 tot 50 jaar, vrouwen in de leeftijd van 50 tot 70 jaar, en zowel mannen als vrouwen van 70 jaar en ouder. Bekend is ook dat bepaalde etnische groepen, vooral patiënten van Surinaamse en Antilliaanse afkomst, een verhoogd risico hebben op gedwongen opname (Uniken Venema en Wierdsma 1993; Mulder, Koopmans et al. 2006).

Figuur 1. Schematische indeling van factoren die van invloed zijn op regionale verschillen in de toepassing van dwangopnamen



- B. Een gelijke toepassing van wettelijke regelingen staat centraal in kwadrant B. Regionale verschillen in de toepassing van dwangopnamen zijn in verband gebracht met verschillen in de uitwerking van de BOPZ-procedure en verschillen in beleidsopvattingen (Klein Ikkink, Wierdsma et al. 1991). Capaciteitsproblemen en uiteenlopende opvattingen binnen de rechterlijke macht en het GGz-veld spelen ook een rol. Bij een beperkte opnamecapaciteit kan ambulante behandeling, gesteund door een voorwaardelijke machtiging, een oplossing bieden. Vaak zal de rechter de fundamentele rechten van de patiënt voorop stellen en eerder besluiten tot een voorwaardelijke machtiging. Omgekeerd zal de betrokken psychiater bij het opstellen van de geneeskundige verklaring al rekening houden met de afwegingen die de rechter moet maken (Schuite, Slotegraaf et al. 2006).
- C. In kwadrant C is het thema de kwaliteit van de (openbare) GGz. Bij onvoldoende continuïteit van zorg kan het voorkomen dat een patiënt herhaaldelijk gedwongen wordt opgenomen (Wierdsma, van der Schee et al. 2008). Ook

organisatorische veranderingen in de spoedeisende psychiatrie worden in verband gebracht met de epidemie van dwangopnamen in de afgelopen decennia (van Ewijk en Gijsbers van Wijk 2008).

- D. In kwadrant D, tot slot, gaat het om de 'couleur locale' in de integrale aanpak van complexe problematiek die zich concentreert in stedelijke gebieden. Een hoge urbanisatiegraad van de woongemeente is een risico-indicator voor opname (Peen en Dekker 1997). Er is ook een lineair verband tussen verstedelijking en het aantal langdurig zorgafhankelijke patiënten per 1000 inwoners, gecorrigeerd voor demografische kenmerken en zorggebieden. Deze samenhang is het sterkst onder de groep patiënten die langer dan twee jaar in ambulante zorg waren en ook klinische of semi-murale zorg kregen, onder andere de groep 'draaideurpatiënten' (Dieperink, Pijl et al. 2008).

Beperkingen van regionale vergelijkingen

De verhoudingscijfers voor verschillende regio's moeten echter zeer voorzichtig worden geïnterpreteerd. Er kan op diverse manieren een vertekening optreden doordat patiëntenaantallen ten opzichte van de inwonersaantallen anders worden berekend (Wierdsma en Sytema 1996).

- In opnamecijfers worden patiënten dubbel geteld. Regionale vergelijkingen zijn veelal beperkt tot IBS of RM en combinaties of herhaalde opnamen worden niet onderscheiden. Per patiënt kunnen IBS en RM in verschillende combinaties voorkomen. De spoedprocedure wordt in bepaalde gevallen als aanzet tot de aanvraag van een RM gebruikt. Een voorlopige machtiging kan worden omgezet in een voortgezette machtiging of een voorwaardelijke machtiging. Echter, vanuit het perspectief van de patiënt is een aaneensluitende combinatie van verschillende BOPZ-maatregelen op te vatten als één interventie.
- In regionale vergelijkingen moet de onderzoeksgroep worden beperkt tot patiënten die in de betreffende regio's wonen. Soms worden dwangopnamen

van de patiënten die al in een psychiatrisch ziekenhuis zijn opgenomen, meegeteld voor de gemeente waar die instelling is gevestigd en niet voor de woonplaats van de patiënt. Daardoor kan het aantal dwangmaatregelen per gemeente samenhangen met de opnamecapaciteit van psychiatrische ziekenhuizen binnen de gemeentegrenzen.

- Dit vertekenende effect wanneer patiënten van buiten de regio worden meegeteld, wordt versterkt door verschillen in de omvang van het verantwoordelijkheidsgebied van de psychiatrische ziekenhuizen. Een groot verantwoordelijkheidsgebied kan er toe leiden dat meer dwangopnamen van patiënten van buiten de betreffende gemeente worden 'bijgeteld' (van Vree, Scholten et al. 2002).
- Bij regionale vergelijkingen moet worden gecorrigeerd voor verschillen in de bevolkingsopbouw. In de aantallen dwangopnamen per 10.000 inwoners wordt veelal geen rekening gehouden met verschillen in de bevolkingssamenstelling. Zowel tussen grotere en kleinere steden als tussen de vier grote steden onderling zijn er belangrijke verschillen onder andere in leeftijdsverdeling en etnische samenstelling.

Registeronderzoek naar dwangopnamen

In Nederland zijn psychiatrische casusregister operationeel in de Noordelijke provincies, in Maastricht e.o., en in Rijnmond (Giel en Sturmans 1996); een vierde casusregister is sinds enkele jaren actief in Utrecht. In een casusregister worden alle contacten van patiënten uit de betreffende regio met alle GGz instellingen op één centraal punt verzameld en per patiënt gekoppeld. Daardoor worden patiënten niet dubbel geteld en kunnen patronen van zorg in kaart worden gebracht. Dataverzameling en -analyse worden uitgevoerd door de het UMC Groningen (Rob Giel Onderzoekcentrum), Rijksuniversiteit Maastricht (afdeling sociale psychiatrie), UMC Utrecht (Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde), en het Erasmus MC (O3 Onderzoekcentrum GGz Rijnmond).

Door het samenwerkingsverband van de psychiatrische casusregisters zijn in de afgelopen jaren enkele onderzoekslijnen ontwikkeld. De onderwerpen worden vastgesteld in samenspraak met het Ministerie van VWS die subsidie verstrekt ten behoeve van de continuering van de casusregisters en voor gezamenlijk registeronderzoek. Eén van de onderzoeksthema's is de toepassing van dwang en drang in de GGz. Het onderzoek op dit terrein wordt geleid door het O3 Onderzoekcentrum GGz, een samenwerkingsverband van het Erasmus MC, de GGz-instellingen in Rijnmond en de GGD Rotterdam e.o. Lopend onderzoek heeft betrekking op de geografische spreiding en het verloop van de opnamen bij patiënten die zijn opgenomen met een RM of IBS. De relatie wordt onderzocht van de aard van de problematiek en de duur van de opname en de soort vervolgzorg na ontslag uit het ziekenhuis of na beëindiging van de dwangmaatregel.

Vraagstellingen

In samenhang met het registeronderzoek naar patronen van zorg rond dwangopnamen wordt in deze rapportage ingegaan op regionale verschillen in de aantallen en kenmerken van opnamen met RM of IBS. In dit deelproject gaat het om de volgende vraagstellingen.

1. Zijn er regionale verschillen in het aantal dwangopnamen? Zijn deze verschillen gebaseerd op de samenstelling in de bevolking of is er mogelijk een relatie met het zorgaanbod in de regio?
2. Zijn er regionale verschillen in de relatie tussen inbewaringstellingen en rechterlijke machtigingen? Zijn er verschillen in het aantal herhaalde dwangopnamen waarin uiteenlopende professionele inzichten tot uitdrukking komen?
3. Zijn er regionale verschillen naar inhoudelijke redenen voor toewijzing van dwangopnamen? Wat is de aard van de problematiek in termen van soort gevaar en psychiatrische diagnose? In het bijzonder gaat het om de vraag hoe

wordt omgegaan met enerzijds maatschappelijke onrust en anderzijds de problematiek van verkommerden en verloederden (maatschappelijke teloorgang en zorgwekkende zorgmijders).

2. Methode

Databronnen

Sinds de inwerkingtreding van de Wet BOPZ in 1994 beheert de Inspectie voor de Gezondheidszorg het informatiesysteem Wet BOPZ (BOPZis) waarin meldingen worden geregistreerd. In het BOPZis worden alle IBS-meldingen en de kerngegevens van de bijbehorende geneeskundige verklaringen vastgelegd. De informatie in dit systeem is voor rechterlijke machtigen echter beperkt. Volgens de Wet BOPZ zijn rechtbanken alleen verplicht afgewezen rechterlijke machtigen en de daarbij behorende geneeskundige verklaringen te melden aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Sinds 1999 heeft de inspectie wel de afspraak met de rechtbanken om de beschikkingen voor een rechterlijke machtiging, zonder de geneeskundige verklaringen, door te geven. Er is dus landelijk geen informatie beschikbaar over de aard van de psychiatrische stoornis en de gevaarscriteria waarvoor een RM is afgegeven.

Een uitbreiding van de BOPZis-dataverzameling is gerealiseerd voor een aantal arrondissementen voor een periode van twaalf maanden (van november 2005 tot en met oktober 2006). De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft de rechtbanken in Rotterdam, Groningen en Maastricht ten behoeve van onderzoek bereid gevonden aan een melding van een RM ook de geneeskundige verklaring toe te voegen. De arrondissementen stuurden de stukken naar het Registratiekantoor BOPZ van de inspectie, zodat geen nadere regelingen met betrekking tot de bescherming van persoonsgegevens nodig waren en de administratieve belasting beperkt bleef. Het BOPZ informatiesysteem is aangepast om de gegevens te verwerken en de meldingen zijn op het Registratiekantoor BOPZ geregistreerd. Voor het onderzoek is door de Inspectie een gegevensbestand uit het BOPZis gehaald. Op basis van een beperkt aantal identificatiegegevens (geboortedatum, geslacht en geboorteland) kunnen deze gegevens geanonimiseerd worden gekoppeld aan de psychiatrische casusregisters in Nederland. Hierdoor is het

mogelijk om patiënten te volgen ten behoeve van nader onderzoek betreffende de continuïteit van zorg na dwangopname. In het lopende registerproject wordt de relatie onderzocht van de aard van de problematiek en de duur van de opname en de vervolgzorg na ontslag uit het ziekenhuis of na beëindiging van de dwangmaatregel.

Niet van alle rechterlijke machtigingen zijn gegevens van de geneeskundige verklaring verkregen. Van het arrondissement Groningen ontbraken gegevens in 15% van de gevallen. Voor de arrondissementen Maastricht en Rotterdam was dit percentage respectievelijk 5% en 7%. Er zijn geen verschillen gevonden tussen al dan niet aangeleverde geneeskundige verklaringen naar soort dwangopname of patiëntkenmerken. Voor zover kon worden nagegaan, is er geen vertekening van de resultaten als gevolg van ontbrekende gegevens.

Regionale verschillen naar inhoudelijke redenen voor dwangopnamen zijn onderzocht op basis van de verdeling van psychiatrische diagnoses en de soort gevaar. Daarbij is uitgegaan van de woongemeente van patiënten, niet van het arrondissement dat het verzoek tot dwangopname heeft beoordeeld. Een gevolg daarvan is, dat voor een deel van de patiënten de RM-gegevens ontbreken omdat deze gevallen werden beoordeeld door rechters die niet in het onderzoek zijn betrokken; Groningers komen relatief vaak terecht bij het arrondissement Assen (ruim 20%) en Rotterdammers worden ook wel gezien door de rechtbank in Den Haag (3%). Niet uit te sluiten is dat het hierbij deels gaat om bijzondere patiëntgroepen, bijvoorbeeld langdurig zorgafhankelijke patiënten die in voorzieningen in Drenthe worden opgenomen of dubbele diagnose patiënten die worden verwezen naar gespecialiseerde instellingen in Den Haag.

Daarnaast is de informatie van de geneeskundige verklaringen (GV) beoordeeld met betrekking tot de ernst van de maatschappelijke onrust en maatschappelijke teloorgang. Daartoe zijn door het Registratiekantoor BOPZ per regio a-select een proportioneel aantal geneeskundige verklaringen geselecteerd (n=150). Deze selectie is beperkt tot rechterlijke machtiging omdat bij IBS er meer homogeniteit is te verwachten vanwege het spoedeisende karakter van de interventie. De beoordeling van de ernst van het gevaar in termen van maatschappelijke onrust en

teloorgang is gebaseerd op de beschrijvingen in de GV bij de vragen: “op grond van welke gedragingen van betrokkene, hebt u het ernstige vermoeden dat de stoornis van de geestvermogens een onmiddellijk dreigend gevaar oplevert?” en “waarin bestaat dit onmiddellijk dreigende gevaar?”. Door verschillende beoordelaars is op basis van consensus een categorisering aangegeven volgens een ordening waarin de gradaties van de mate van ernst nader zijn geoperationaliseerd. Op deze wijze is een onderscheid aangegeven tussen dwangopnamen waarbij het behandelmotief meer op de voorgrond staat, versus opnamen die primair zijn gericht op het afwenden van gevaar en het bewaken van de openbare orde en veiligheid.

Analyse

1. Ter beantwoording van de eerste vraagstelling naar regionale verschillen in de toepassing van de Wet BOPZ zijn aantallen opnamen gerelateerd aan de omvang en samenstelling van de bevolking. De aantallen IBS en RM zijn berekend per 10.000 inwoners in de leeftijd van 12 jaar en ouder. Ook zijn de aantallen dwangopnamen per 10.000 inwoners in de leeftijd van 20 tot en met 64 jaar berekend. Op deze wijze is gecorrigeerd voor regionale verschillen in de afstemming enerzijds tussen de GGz en de jeugdzorg en anderzijds tussen GGz en ouderenzorg. De regionale verschillen worden ondervangen in de toepassing van dwangmaatregelen in deze zorgsectoren. De Wet BOPZ betreft personen in de leeftijd vanaf 12 jaar, zodat de aard en intensiteit van de samenwerking binnen de jeugdhulpverlening zou kunnen bijdragen aan regionale verschillen in aantallen dwangopnamen bij de jongste leeftijdsgroepen. De wet omvat tevens de psychogeriatrische verpleeghuizen, maar de bekendheid binnen deze voorzieningen met de BOPZ-regelingen kan per regio verschillen. Ook voor de leeftijdscategorie van 65 jaar en ouder geldt daarom dat regionale verschillen in aantallen IBS en RM te sterk kunnen worden aangezet door een ongelijke verdeling van deze bijzondere patiëntengroep en de organisatie van de zorg binnen en aangrenzend aan de GGz. Binnen deze afbakening tot de psychiatrische zorg voor volwassenen is op basis van CBS-bevolkingsgegevens gecorrigeerd voor verschillen in de toepassing

van dwangmaatregel die het gevolg zijn van de variatie in de verdeling van de bevolking naar leeftijd en geslacht. Daartoe is gebruik gemaakt van de indirecte standaardisatie, waarbij het waargenomen aantal per 10.000 inwoners in een gebied wordt gerelateerd aan het verwachte aantal per 10.000 inwoners wanneer de verdeling naar leeftijd en geslacht gelijk zou zijn aan de referentie populatie. De referentiewaarden zijn berekend voor Nederland totaal naar geslacht in leeftijdsgroepen van vijf jaar (20-24, 25-29, en verder 65 jaar). Op deze wijze zijn de gecorrigeerde regionale verschillen in aantallen dwangopnamen uitgedrukt als Standaard Hospitalisatie Ratio's (SHR). Betrouwbaarheidsintervallen zijn geschat op basis van de poisson proces benadering (Liddell 1984).

2. De tweede onderzoeksvraag naar regionale verschillen in de relatie tussen inbewaringstellingen en rechterlijke machtigingen is onderzocht aan de hand van eerste opnamen en patronen van IBS en RM. Daartoe is het aantal eerste dwangopnamen per 1000 inwoners berekend. Patiëntidentificatie is mogelijk op basis van geboortedatum, geslacht en woongemeente. Gerelateerd aan de bevolkingsopbouw zijn de aantallen gedwongen opgenomen patiënten uitgedrukt als Standaard Mortaliteitsratio's (SMR). Patronen van dwangopnamen zijn onderzocht aan de hand van de volgende indicatoren van regionale verschillen: het percentage herhaalde IBS'en, het aandeel van patiënten dat alleen een IBS kreeg zonder RM vervolg of alleen RM, en het percentage patiënten dat een IBS kreeg als aanzet tot een RM (IBS maatregel in dezelfde maand of een maand eerder dan de RM).

3. De derde vraagstelling betreft regionale verschillen naar inhoudelijke redenen voor dwangopnamen. Dit is onderzocht op basis van de verdeling van psychiatrische diagnoses, het soort gevaar, en de overwogen alternatieven voor dwangopname. Daarbij is gekeken naar verschillen tussen de regio's voor het totaal aantal opnamen en bij de eerste interventie. Ook zijn de verschillen berekend voor IBS en RM afzonderlijk (met als kanttekening dat niet voor alle RM'en gegevens van de geneeskundige verklaring beschikbaar was). Voor een deel van de RM'en zijn regionale verschillen onderzocht naar ernst van de maatschappelijke teloorgang en maatschappelijke onrust. Voor deze analyses is de Chi-kwadraat toets gebruikt en met Cramer's V de sterkte van het verband aangegeven. Alle analyses zijn uitgevoerd met SPSS (versie 15.0).

3. Resultaten

3.1 Patiënt- en opnamekenmerken

In tabel 1 is een totaaloverzicht gegeven van de belangrijkste patiënt- en opnamekenmerken in het onderzoeksbestand. De regio's verschillen naar de verdeling van geslacht en leeftijd, wat ook samenhangt met verschillen in opnamekenmerken. Dit geeft aanleiding om de vergelijking van de regio in te perken tot de populatie in de leeftijd van 20 tot 65 jaar.

Tabel 1. Patiënt- en opnamekenmerken van gedwongen opnamen (IBS en RM samengevoegd) in een periode van 12 maanden, naar regio

	Maastricht	Groningen	Rotterdam	Totaal
N	138	257	1314	
Geslacht				
Man	54,3%	62,9%	66,0%	64,6%
Vrouw	45,7%	37,1%	34,0%	35,4%
Leeftijd – gemiddeld (95% CI)	50,3 (47,5 – 53,1)	40,8 (38,8 – 42,8)	40,8 (39,9 – 41,7)	41,6 jaar
Diagnose (belangrijkste)				
Kindertijd/adolescentie	3,3%	0,6%	0,7%	,9%
Dementie	10,8%	2,2%	4,3%	4,6%
Psycho-organische st.	5,8%	4,4%	2,0%	2,6%
Overige organische st.	3,3%	1,1%	2,0%	2,0%
St. gebruik van middelen	,8%	3,3%	3,1%	2,9%
Schizofrenie	30,0%	33,7%	41,4%	39,6%
Waanstoornissen	2,5%	2,8%	2,7%	2,7%
Overige psychotische st.	15,0%	14,9%	22,6%	21,1%
Stemmingsstoornissen	1,7%	7,7%	2,6%	3,1%
Stemmingsst. met psych.	13,3%	12,2%	5,5%	6,9%
Depressies	3,3%	5,5%	3,3%	3,6%

	Maastricht	Groningen	Rotterdam	Totaal
Depressie met psych.	2,5%	5,0%	1,8%	2,2%
Overige stemmingsst.	0,8%	3,3%	1,5%	1,7%
Overige As-1 st.	-	0,6%	0,4%	0,4%
Persoonlijkh. St.	2,5%	1,1%	2,1%	2,0%
Gedragstoornissen	2,5%	0,6%	3,1%	2,8%
Verstandelijke handicap	1,7%	1,1%	0,7%	,8%
V-codes	-	-	0,2%	0,1%

Gevaar (belangrijkste)

Gevaar dat betrokkene zich van het leven zal beroven of zich	31,4%	29,8%	22,7%	24,2%
Gevaar dat betrokkene maatschappelijk ten onder gaat	16,5%	16,0%	10,3%	11,5%
Gevaar dat betrokkene zichzelf ernstig zal verwaarlozen	29,8%	12,7%	25,2%	24,1%
Gevaar dat betrokkene, door hinderlijk gedrag, agressie van anderen oproept	4,1%	5,5%	7,8%	7,3%
Gevaar dat betrokkene een ander van het leven zal beroven	9,9%	26,0%	25,0%	24,0%
Gevaar voor de psychische gezondheid van een ander	1,7%	2,2%	1,1%	1,2%
Gevaar dat betrokkene een ander zal verwaarlozen	1,7%	1,1%	,8%	,9%
Gevaar voor de algemene veiligheid van personen of goederen	5,0%	6,6%	7,1%	6,9%

Afwenden van het gevaar

Maatsch. dienstverlening	24,4%	15,1%	16,2%	16,7%
Elders onderbrengen	11,8%	6,1%	9,8%	9,5%
Medicatie	10,9%	20,7%	19,5%	18,9%
Somatische behandeling	1,7%	1,1%	,8%	,9%
Ambulant psych. behandeling	21,8%	20,7%	15,1%	16,3%
Anders	29,4%	36,3%	38,7%	37,7%

3.2 Aantallen opnamen met IBS of RM

Tabel 2 geeft een overzicht van de aantallen inbewaringstellingen en rechterlijke machtigingen die over een periode van 12 maanden zijn afgegeven voor patiënten woonachtig in de gemeenten Maastricht, Groningen, of Rotterdam.

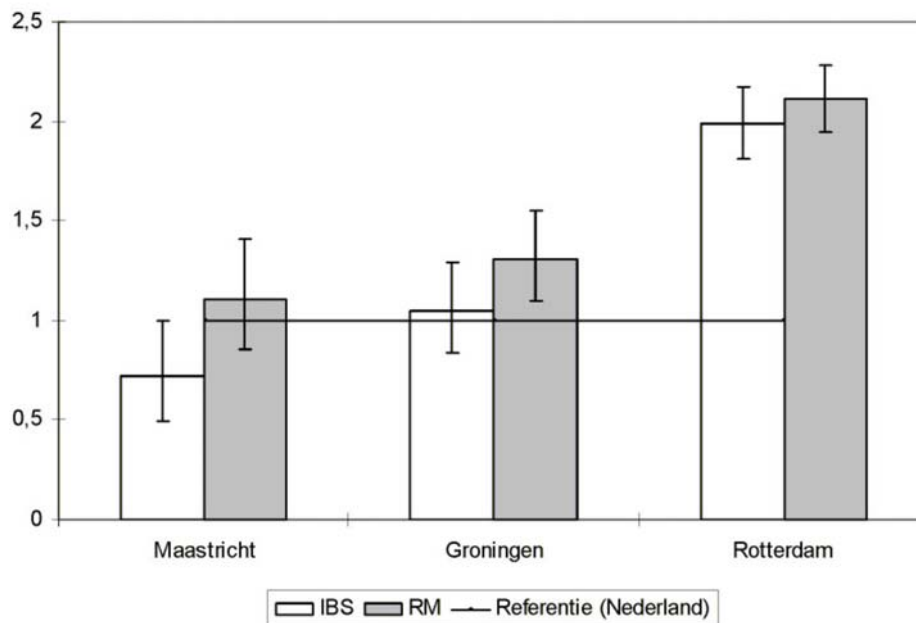
- Overeenkomstig de landelijke overzichten laat tabel 1 zien dat er meer RM'en dan IBS'en worden afgegeven. Het verschil is relatief groot in Maastricht. Wanneer de aantallen worden beperkt tot de volwassenenzorg, wordt het verschil tussen IBS en RM groter in Groningen en Rotterdam. Er worden dus relatief minder dwangopnamen onder jeugdigen en ouderen afgegeven en voor deze leeftijdscategorieën gaat het relatief vaker om een IBS.
- Het aantal dwangopnamen per 10.000 inwoners neemt toe naar mate van verstedelijking: Maastricht telt ruim 120.000 inwoners, Groningen ruim 180.000 en Rotterdam bijna 600.000. In Rotterdam is het aantal (acute) BOPZ-opnamen per 10.000 inwoners ongeveer twee keer groter dan in Maastricht of Groningen. De verschillen tussen de steden zijn groter bij IBS'en dan bij RM'en en blijven ook groot wanneer alleen wordt gekeken naar de volwassenen zorg.
- Ten opzichte van het landelijke beeld gecorrigeerd voor de regionale verdeling naar geslacht en leeftijd, is er geen verschil voor Maastricht, wel voor Groningen en Rotterdam. In Groningen ligt het aantal RM'en per 10.000 inwoners significant hoger. Rotterdam heeft ongeveer het dubbele aantal IBS'en en RM'en dan mag worden verwacht op basis van de landelijke cijfers gespecificeerd naar geslacht en leeftijd (zie figuur 2).
- De regionale verschillen betreffen vooral de gedwongen opnamen met als belangrijkste psychiatrische diagnose schizofrenie of verwante stoornis (wanen en overige psychotische stoornissen). Figuur 3 toont dat het aantal inbewaringstellingen bij psychoses in Rotterdam veel hoger is dan landelijk. Dat geldt in mindere mate voor overige diagnoses en de verschillen met de andere regio's zijn dan ook niet zo groot (referentie gegevens voor RM'en ontbreken).

Tabel 2. Regionale verschillen naar opname met IBS of RM; aantallen absoluut, per 10.000 inwoners en gestandaardiseerd naar leeftijd en geslacht (Standaard Hospitalisatie Ratio's; referentiepopulatie = Nederland totaal)

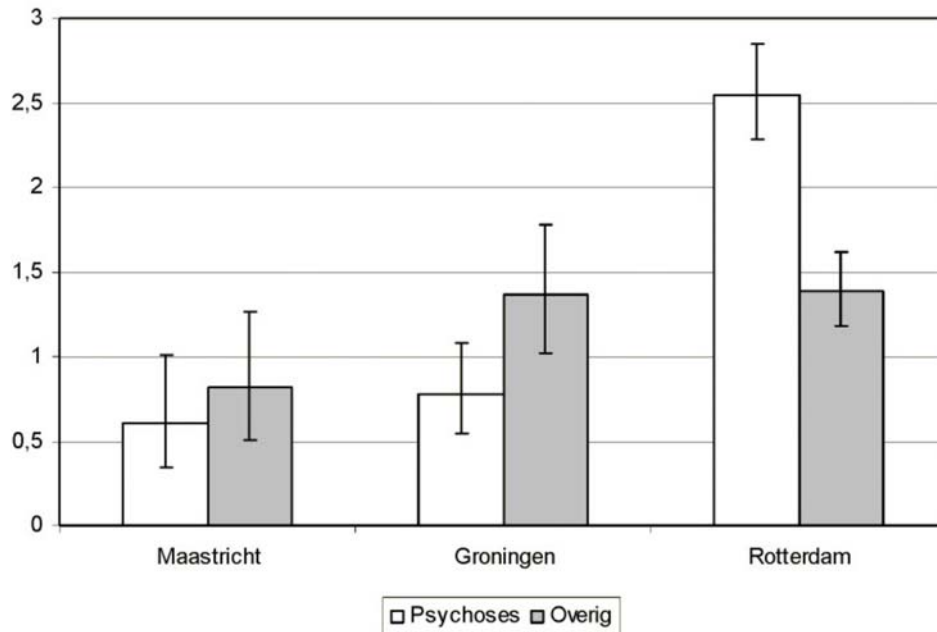
		Maastricht	Groningen	Rotterdam
12+	Aantal IBS	48 (4,5)	109 (6,8)	598 (11,8)
	Aantal RM	90 (8,4)	147 (9,1)	714 (14,0)
20-64	Aantal IBS	35 (4,6)	90 (7,2)	486 (13,2)
	Aantal RM	65 (8,6)	135 (10,8)	621 (16,9)
	SHR IBS	0,72 (0,50 – 1,00)	1,05 (0,84 – 1,29)	1,99 (1,81 – 2,17)*
	SHR RM	1,11 (0,85 – 1,41)	1,31 (1,10 – 1,55)*	2,11 (1,94 – 2,28)*
	SHR Totaal	0,93 (0,76 – 1,13)	1,19 (1,04 – 1,36)*	2,05 (1,93 – 2,18)*

* p < 0,05

Figuur 2. Opnameratio's gestandaardiseerd naar geslacht en leeftijd, met 95% betrouwbaarheidsinterval



Figuur 3. Opnameratio's van inbewaringstellingen naar belangrijkste psychiatrische diagnose, gestandaardiseerd naar geslacht en leeftijd, met 95% betrouwbaarheidsinterval



De verdeling naar soort dwangopname is voor de steden niet gelijk (Chi-2 (6)= 47,6; p=.000). Uit tabel 3 blijkt dat in Maastricht het percentage voortgezette machtigingen hoog is en het aandeel 'overig' laag. De 'overige BOPZ-maatregelen' betreffen vooral voorwaardelijke machtigingen. Rotterdam heeft het hoogste IBS-percentage.

Tabel 3. Regionale verschillen naar soort dwangopname, in percentages van patiënten in de leeftijd van 20 tot 65 jaar

	Maastricht n=100	Groningen n=225	Rotterdam n=1107
Inbewaringstelling	35,0%	40,0%	43,9%
Voorlopige machtiging	22,0%	24,0%	25,5%
Voortgezette machtiging	35,0%	16,0%	13,6%
Overig	8,0%	20,0%	17,1%

3.3 Eerste dwangopnamen en patronen van IBS en RM

Regionale verschillen naar eerste dwangopname

Tabel 4 geeft een overzicht van de aantallen eerste dwangopnamen van patiënten woonachtig in de gemeenten Maastricht, Groningen, of Rotterdam. Opvallend is dat in Rotterdam voor meer patiënten per 10.000 inwoners als eerste een IBS is afgegeven. Ten opzichte van het landelijke beeld, gecorrigeerd voor geslacht en leeftijd, is het aantal gedwongen opgenomen patiënten voor Maastricht niet afwijkend, voor Groningen is er een statistisch significant maar klein verschil, en voor Rotterdam aanzienlijk hoger. De verschillen zijn weergegeven in figuur 4.

Regionale verschillen in patronen van IBS en RM

Tabel 5 vat de vergelijkingen samen tussen de steden naar combinaties van gedwongen opnamen. Terwijl de verschillen in aantallen meer de IBS'en betreffen, variëren de patronen van gedwongen opnamen meer bij de RM'en.

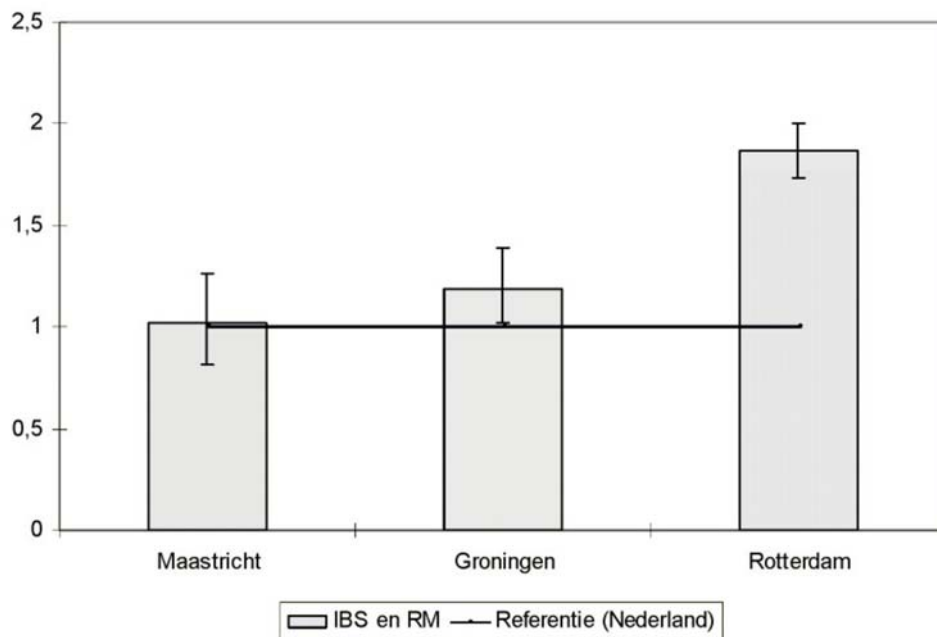
- Ofschoon in Rotterdam meer patiënten alleen IBS krijgen en ook herhaalde IBS meer voor komen, zijn de verschillen tussen de steden niet groot. De verschillen tussen Groningen en Rotterdam in IBS-patronen zijn niet meer dan enkele procenten.
- De verschillen tussen de steden naar toepassing van RM zijn groter. In Maastricht en Groningen krijgen patiënten vaker te maken met alleen een RM procedure. Vooral in Rotterdam is er significant vaker sprake van een niet-aansluitende combinatie van IBS en RM.

Tabel 4. Regionale verschillen naar eerste opname met IBS of RM; aantallen patiënten in de leeftijd van 20 tot 65 jaar absoluut, per 10.000 inwoners en gestandaardiseerd naar leeftijd en geslacht (Standaard Mortaliteitsratio's; referentiepopulatie = Nederland totaal)

	Maastricht	Groningen	Rotterdam
Aantal IBS	33 (4,3)	81 (6,5)	432 (11,7)
Aantal RM	50 (6,6)	88 (7,1)	326 (8,9)
Aantal patiënten	83 (10,9)	169 (13,6)	758 (20,6)
SMR Totaal	1,02 (0,81 – 1,26)	1,19 (1,02 – 1,39)*	1,87 (1,73 – 2,00)*

* p < 0,05

Figuur 4. Eerste opnameratio's gestandaardiseerd naar geslacht en leeftijd voor patiënten in de leeftijd van 20-64 jaar, met 95% betrouwbaarheidsinterval



Tabel 5. Regionale verschillen naar patronen van IBS en RM, patiënten in de leeftijd van 20 tot 65 jaar in percentages

	Maastricht (n = 83)	Groningen (n = 169)	Rotterdam (n = 758)	
Alleen IBS	33,7%	34,3%	37,3%	Ns
Herhaalde IBS	0%	3,6%	4,4%	Ns
IBS vóór RM	6,0%	9,5%	12,1%	Ns
Alleen RM	57,8%	51,5%	41,4%	Chi2 (df 2)=12,210 p=.002
Herhaalde RM*	10,8%	12,4%	17,0%	Ns
Overig**	2,5%	1,7%	9,2%	Chi2 (df 2)=14,496 p=.001

* Voorlopige en voortgezette machtiging of herhaalde voorlopige machtigingen

** Bijvoorbeeld een IBS die niet binnen één maand wordt gevolgd door een RM

3.4 Redenen voor dwangopname

Regionale verschillen naar diagnose

Tabel 6 toont de verdeling van patiënten uit de gemeenten Maastricht, Groningen, en Rotterdam naar belangrijkste psychiatrische diagnose die is vastgelegd bij de eerste gedwongen opname. Vooral schizofrenie, wanen of andere psychotische stoornissen worden als belangrijkste diagnoses aangegeven. De tabellen 7 en 8 beschrijven de verschillen in de verdeling naar diagnose volgens de geneeskundige verklaring bij opnamen krachtens respectievelijk IBS en RM. De percentages schizofrenie, wanen en andere psychotische stoornissen variëren van 40% bij IBS-en in Groningen tot meer dan 75% bij RM-en in Rotterdam en Groningen. Uit deze overzichten blijkt het volgende:

- De verschillen naar belangrijkste diagnose bij dwangopname zijn alleen significant bij inbewaringstellingen.
- De IBS-en zijn in Maastricht en Groningen vaker gerelateerd aan stemmingsstoornissen als één van de diagnoses, in Rotterdam gaat het meer om schizofrenie en psychotische stoornissen.
- Verslaving wordt nog zelden als psychiatrische hoofddiagnose aangegeven. In ongeveer 10% van de gevallen speelt middelenmisbruik wel een rol. De regionale verschillen zijn echter niet groot.
- In Maastricht wordt bij 51,4% van de IBS'en en 41,8% van de RM-en een overige stoornis genoemd, dat betreft vaak een dementieel syndroom. Dit verschil tussen de regio's is echter niet statistisch significant.
- Bij meer dan de helft van de IBS'en (51%) en bijna éénderde van de RM'en (32%) worden combinaties van diagnoses aangegeven. Bij de RM'en in Maastricht ligt dit percentage iets hoger (42%), maar er zijn verder geen significante verschillen tussen de regio's gevonden.

Tabel 6. Regionale verschillen naar belangrijkste diagnose bij eerste gedwongen opname (IBS of RM) van patiënten in de leeftijd van 20 tot 65 jaar

	Maastricht	Groningen	Rotterdam	Totaal
Kindertijd/adolescentie	2,6%	0,8%	0,4%	0,7%
Dementieën	2,6%	-	0,3%	0,4%
Psycho-organische st.	2,6%	3,2%	2,2%	2,4%
Overige organische st.	3,9%	1,6%	1,8%	2,0%
St. gebruik van middelen	1,3%	4,8%	3,8%	3,7%
Schizofrenie	36,8%	36,0%	39,3%	38,7%
Waanstoornissen	2,6%	3,2%	2,6%	2,7%
Overige psychotische st.	15,8%	17,6%	26,6%	24,5%
Stemmingsstoornissen	2,6%	9,6%	2,5%	3,5%
Stemmingsst. met psych.	13,2%	12,8%	6,0%	7,5%
Depressies	2,6%	4,0%	3,5%	3,5%
Depressie met psych.	2,6%	3,2%	1,8%	2,1%
Overige stemmingsst.	-	0,8%	1,8%	1,5%
Overige As-1 st.	-	-	0,4%	0,3%
Persoonlijk. St.	3,9%	1,6%	2,8%	2,7%
Gedragstoornissen	3,9%	-	3,3%	2,9%
Verstandelijke handicap	2,6%	,8%	0,6%	0,8%
V-codes	-	-	0,1%	0,1%
	76	125	717	918

Tabel 7. Diagnose naar regio, inbewaringstellingen

	Maastricht	Groningen	Rotterdam	Cramer's V
Belangrijkste diagnose				.18 (p = .000)
Schizofrenie/psychosen	42,9%	40,0%	66,3%	
Stemmingsstoornissen	40,0%	43,3%	16,7%	
Overige stoornissen	17,1%	16,7%	17,1%	
Als diagnose genoemd				
Schizofrenie/psychosen	51,4%	51,1%	73,0%	.19 (p = .000)
Stemmingsstoornissen	54,3%	44,4%	21,8%	.24 (p = .000)
Verslaving/middelenmisbruik	11,4%	8,9%	15,0%	.07 (p = .276)
Overige stoornissen	51,4%	34,4%	44,0%	.08 (p = .141)
Aantal opnamen	35	90	486	

Tabel 8. Diagnose naar regio, rechterlijke machtigingen

	Maastricht	Groningen	Rotterdam	Cramer's V
Belangrijkste diagnose				.08 (p = .098)
Schizofrenie/psychosen	65,5%	80,6%	76,1%	
Stemmingsstoornissen	10,9%	10,4%	12,3%	
Overige stoornissen	23,6%	9,0%	11,6%	
Als diagnose genoemd				
Schizofrenie/psychosen	74,5%	82,1%	80,4%	.04 (p = .535)
Stemmingsstoornissen	12,7%	13,4%	14,7%	.02 (p = .900)
Verslaving/middelenmisbruik	12,7%	7,5%	15,4%	.07 (p = .202)
Overige stoornissen	41,8%	25,4%	29,9%	.08 (p = .120)
Aantal opnamen	55	67	545	

Regionale verschillen naar soort gevaar

In tabel 9 is de verdeling beschreven van patiënten uit de gemeenten Maastricht, Groningen, en Rotterdam naar belangrijkste soort van het gevaar bij de eerste gedwongen opname. De meeste patiënten worden gedwongen opgenomen om verdere marginalisering tegen te gaan: bij ongeveer 31% beoogt de dwangopname maatschappelijk ten onder gaan of ernstige zelfverwaarlozing af te wenden. Tabellen 10 en 11 geven een overzicht van de regionale verschillen naar soort gevaar bij IBS en RM. Daaruit kan het volgende worden opgemaakt:

- Bij inbewaringstellingen gaat het in Maastricht vooral om suïcide plannen of pogingen. Maar in Groningen en Rotterdam worden IBS'en meer afgegeven omdat er gevaar dreigt voor anderen of voor de algemene veiligheid.
- In Rotterdam zijn er relatief meer acute opnamen in verband met ernstige zelfverwaarlozing of het gevaar agressie van anderen op te roepen.
- Maatschappelijke ondergang en zelfverwaarlozing vormen de belangrijkste gevaarscategorie op grond waarvan een RM wordt afgegeven. In Groningen en Rotterdam ligt dit percentage iets beneden 60%, in Maastricht nog hoger (ruim 70%).
- In bijna tweederde van de gevallen worden meer dan twee soorten gevaar aangegeven. Veel voorkomende combinaties zijn maatschappelijk ten ondergaan en zelfverwaarlozing, en gevaar voor anderen en voor de algemene veiligheid. Het gemiddelde aantal ligt bij RM iets hoger dan bij IBS omdat bij spoedopnamen vaker alleen suïciderisico aan de orde is. Er zijn geen verschillen gevonden tussen de regio's.

Tabel 9. Regionale verschillen naar belangrijkste soort gevaar bij eerste gedwongen opname (IBS of RM) van patiënten in de leeftijd van 20 tot 65 jaar

	Maastricht	Groningen	Rotterdam	Totaal
Gevaar dat betrokkene zich van het leven zal beroven of zich	38,2%	26,4%	26,0%	27,0%
Gevaar dat betrokkene maatschappelijk ten onder gaat	15,8%	16,0%	10,5%	11,7%
Gevaar dat betrokkene zichzelf ernstig zal verwaarlozen	25,0%	10,4%	19,4%	18,6%
Gevaar dat betrokkene, door hinderlijk gedrag, agressie van anderen oproept	3,9%	6,4%	8,7%	8,0%
Gevaar dat betrokkene een ander van het leven zal beroven	10,5%	28,8%	25,0%	24,3%
Gevaar voor de psychische gezondheid van een ander	1,3%	3,2%	1,3%	1,5%
Gevaar dat betrokkene een ander zal verwaarlozen	2,6%	0,8%	1,3%	1,3%
Gevaar voor de algemene veiligheid van personen of goederen	2,6%	8,0%	8,0%	7,5%
	76	125	716	917

Tabel 10. Gevaar naar regio, inbewaringstellingen

	Maastricht	Groningen	Rotterdam	Cramer's V
Belangrijkste gevaar				.12 (p = .002)
Suicide	65,7%	35,6%	34,0%	
Gevaar voor zelf	20,0%	18,9%	23,7%	
Gevaar voor anderen	14,3%	45,6%	42,4%	
Als gevaar genoemd				
Suicide	71,4%	53,3%	47,3%	.12 (p = .017)
Gevaar voor zelf	71,4%	72,2%	73,9%	.02 (p = .911)
Gevaar voor anderen	60,0%	76,7%	69,5%	.08 (p = .164)
Aantal opnamen	35	90	486	

Tabel 11. Gevaar naar regio, rechterlijke machtigingen

	Maastricht	Groningen	Rotterdam	Cramer's V
Belangrijkste gevaar				.07 (p = .295)
Suicide	12,5%	11,9%	11,4%	
Gevaar voor zelf	71,4%	56,7%	59,0%	
Gevaar voor anderen	16,1%	31,3%	29,6%	
Als gevaar genoemd				
Suicide	33,9%	32,8%	25,9%	.07 (p = .247)
Gevaar voor zelf	96,4%	88,1%	90,1%	.07 (p = .242)
Gevaar voor anderen	57,1%	79,1%	66,9%	.10 (p = .032)
Aantal opnamen	56	67	544	

Bestwilmotieven of noodzaak tot behandeling

In tabel 12 is een overzicht gegeven van de regionale verschillen naar alternatieven om het gevaar af te wenden. Omdat de geneeskundige verklaring het mogelijk maakt om allerlei combinaties en desnoods alle alternatieven aan te vinken, is hier alleen gekeken naar het belangrijkste alternatief. Opvallend met name bij de RM is het hoge percentage in de categorie 'Anders', dat onder andere somatische behandeling omvat. De regionale verschillen zijn niet statistisch significant, maar ook hier zijn de verschillen groter bij IBS dan bij RM.

Voor 179 voorlopige machtigingen zijn de GV'en beoordeeld op de wens of noodzaak tot behandeling en de ernst van het gevaar. In ruim 13 % van alle GV'en die zijn gescoord, is er niet duidelijk sprake van een behandelwens. Uit de omschrijvingen blijkt niet dat de psychiater behandeling van betrokkene wenselijk of noodzakelijk achtte. Bij 41% van de voorlopige machtigingen werd wel een duidelijke wens of noodzaak tot behandeling opgetekend, ook al was de ernst van het gevaar beperkt en de kans klein dat het gevaar zich ook werkelijk zou voordoen. Er is gering gevaar gescoord wanneer volgens de beschrijvingen in de GV de problematiek beperkt was tot bijvoorbeeld schulden, verlies van contacten, niet afmaken van school, matige zelfverzorging, ruzie met anderen, of de kans op ernstiger vormen van gevaar zeer klein werd geacht. Deze combinatie van behandelwens en gering gevaar past bij het bestwil principe. In bijna de helft van de gevallen (46%) wordt behandeling noodzakelijk geacht en is er sprake van ernstig gevaar, zoals dreiging met suicide, iemand letsel toebrengen, ernstige zelfverwaarlozing of ernstige maatschappelijk teloorgang. Bij 50% van de gedwongen opnamen werden beschrijvingen gegeven van ernstige maatschappelijke onrust, bijvoorbeeld wanneer buurtbewoners werden bedreigd of mishandeld.

In Rotterdam wordt vaker dan in de andere gemeenten uitgegaan van het bestwil principe (43% versus 35%) en wordt ook vaker verwezen naar grote maatschappelijke onrust (54% versus 52%), maar deze verschillen zijn niet statistisch significant. Met daarbij de aantekening dat in deze analyse een beperkt aantal dossiers kon worden betrokken (53,8% van de beoordeelde GV'en betrof patiënten in de gemeenten Maastricht, Groningen, of Rotterdam).

Tabel 12. Belangrijkste overwogen alternatief om het gevaar af te wenden naar regio, opnamen van patiënten in de leeftijd van 20-65 jaar

	Maastricht	Groningen	Rotterdam	Cramer's V
<i>Inbewaringstellingen</i>				
	35	88	486	
	2,3%	2,9%	1,4%	.10 (p = .128)
Maatsch. dienstverlening	5,7%	20,0%	13,8%	
Elders onderbrengen	34,1%	17,1%	35,0%	
Medicatie	27,3%	37,1%	28,2%	
Amb. psych. behandeling	30,7%	22,9%	21,6%	
Anders				
<i>Rechterlijke machtiging</i>				
	55	67	536	
	34,3%	34,5%	30,0%	.09 (p = .317)
Maatsch. dienstverlening	3,0%	7,3%	3,5%	
Elders onderbrengen	7,5%	9,1%	6,9%	
Medicatie	6,0%	3,6%	1,9%	
Amb. psych. behandeling	49,3%	45,5%	57,6%	
Anders				

4. Conclusies en discussie

4.1 Regionale verschillen in de toepassing van dwangopnamen

De eerste vraagstelling in dit onderzoek was of er regionale verschillen zijn in het aantal dwangopnamen in relatie tot de samenstelling in de bevolking of door het zorgaanbod in de regio. In Rotterdam is het totale aantal BOPZ-opnamen per 10.000 inwoners groter dan de aantallen in Groningen en Maastricht. Regionale verschillen in de toepassing van BOPZ-opnamen blijven groot ook wanneer voor verschillen in bevolkingsopbouw naar leeftijd en geslacht wordt gecorrigeerd en patiënten niet dubbel worden geteld. Voor verschillen in de etnische samenstelling van de bevolking kon niet worden gecorrigeerd. Er is geen effect gevonden van het voorzieningenaanbod voor jongeren en ouderen of van verschillen in de samenhang van de GGz met aanpalende zorgsectoren zoals de jeugdzorg of verpleeghuiszorg. Dergelijke effecten blijken in elk geval niet uit de inperking van de regionale vergelijking tot de volwassen populatie. Ook in de leeftijdsgroep van 15 tot 65 jaar heeft Rotterdam een relatief groot aantal gedwongen opnamen. Dit verschil is sterker bij IBS-en dan bij RM-en. Maastricht heeft naar verhouding meer voortgezette machtigingen, Groningen en Rotterdam meer IBS'en en overige dwangvarianten, zoals de voorwaardelijke machtiging.

De tweede vraagstelling betrof regionale verschillen in de relatie tussen inbewaringstellingen en rechterlijke machtigingen. De patronen van dwangopnamen verschillen minder tussen de regio's dan de aantallen per 10.000 inwoners. In Maastricht en Groningen komt het vaker voor dat patiënten alleen met een enkelvoudige RM te maken krijgen. In Rotterdam gaat het daarentegen vaker om een combinatie van IBS en RM, waarbij de dwangopnamen niet altijd direct op elkaar aansluiten.

De derde vraagstellingen was gericht op regionale verschillen naar inhoudelijke redenen voor toewijzing van dwangopnamen. De regio's verschillen in de aard van de problematiek in termen van soort gevaar en psychiatrische diagnose vooral bij

IBS'en. In Maastricht en Groningen wordt bij inbewaringstellingen vaker een stemmingsstoornis aangegeven, terwijl in Rotterdam de IBS vooral patiënten betreft met schizofrenie, wanen en psychotische stoornissen. Het onmiddellijk dreigende gevaar bij IBS in Maastricht is suïcide-dreiging en in Groningen en Rotterdam gevaar voor anderen of voor de algemene veiligheid. Er zijn verder geen significante verschillen gevonden tussen de regio's in de overwegingen tot RM, ook niet waar het gaat om achterliggende bestwilmotieven of noodzaak tot behandeling die is ingegeven door grote maatschappelijke onrust.

Samenvattend: regio's verschillen in de omvang van de BOPZ-problematiek en dan vooral waar het gaat om spoedeisende zorg. In deze uitkomsten kan een gradiënt in de toepassing van de Wet BOPZ worden onderscheiden.

- *Bescherming van de patiënt.* Hierbij is er een focus bij inbewaringstellingen op stemmingsstoornissen en suïcidedreiging. Daarnaast gaat het in dit patroon bij de rechterlijke machtigingen, vaker een voortgezette machtiging, om gevaar voor de betrokkene zelf en diverse ziektebeelden, onder andere dementie.
- *Bescherming van het openbare domein.* Dit patroon wordt gekenmerkt door veel spoedeisende zorg voor psychotische patiënten die een gevaar vormen voor anderen. Dwangopnamen komen meer voor in combinatie van inbewaringstelling en rechterlijke machtiging, herhaalde dwangopname, ook bijvoorbeeld in de ambulante vorm (voorwaardelijke machtiging).

4.2 Verklarende factoren

Regionale verschillen in dwangopnamen kunnen worden beschouwd in samenhang met een gradiënt van bescherming van de patiënt en van het openbare domein. De omvang en diversiteit van de BOPZ-problematiek is het grootst waar zowel de problemen rondom de bescherming van de patiënt als van de omgeving zich opstapelen. Diverse factoren spelen hierbij een rol. Daarbij gaat het onder

andere om de bevolkingssamenstelling, de grootstedelijk problematiek, de wijze waarop procedures worden toegepast, de omvang en kwaliteit van de ketenzorg, samenwerking tussen betrokken partijen, en persoonlijke, aan de instellingscultuur gerelateerde visies van behandelaars.

Meer psychiatrische problematiek in de grote stad

Een relatief hoog aantal dwangopnamen in de grote stad gaat samen met de omvang van de problematiek. Vooral in de grootstedelijke gebieden is er een accumulatie van algemene factoren die bijdragen aan een hoog aantal dwangopnamen. Enerzijds gaat het om concentraties van bevolkingsgroepen met een relatieve maatschappelijke achterstand (zoals allochtonen) waarin psychische en psychiatrische problematiek meer vóórkomen. Anderzijds kent de grote stad bijzondere doelgroepen op het gebied van criminaliteit, druggebruik, jeugdprostitutie, zwerfjongeren, dak- en thuisloosheid, etcetera. In deze studie kon weliswaar worden gecorrigeerd voor verschillen in de bevolkingssamenstelling naar leeftijd en geslacht, maar andere kenmerken, bijvoorbeeld sociaal economische gezondheidsverschillen en etniciteit, zijn vermoedelijk belangrijker in de verklaring van regionale verschillen in de toepassing van de Wet BOPZ. Bekend is dat het risico op psychotische stoornissen in de grote stad drie tot vier keer zo hoog is als in kleinere steden (van Os 2004) en dat schizofrenie meer voorkomt onder niet westerse allochtonen (Veling, Susser et al. 2008). Deze cumulatie van risico's op psychotische stoornissen kan ten dele verklaren dat het aantal dwangopnames in de grote steden hoger is.

Grootstedelijke GGz meer gericht op langdurig zorgafhankelijke en zorgmijdende patiënten

Differentiatie in patronen van dwangopnamen hangt samen met de aandacht van de grootstedelijke GGz voor bijzonder zware patiëntgroepen. Op grond van de concentratie van risicogroepen en bijzondere doelgroepen is in de (groot)stedelijke gebieden het grootste aantal patiënten in zorg te verwachten. Maar de verschillen in het GGz-gebruik tussen bijvoorbeeld Maastricht e.o., Drenthe en Rotter-

dam/Rijnmond lopen niet parallel aan de omvang van de problematiek. Gecorrigeerd voor verschillen in de samenstelling van de bevolking heeft de regio Maastricht een hoger zorggebruik (370 patiënten per tienduizend volwassenen) dan Drenthe en Rijnmond (respectievelijk 300 en 330 per tienduizend). Noordoost Nederland heeft een lager percentage 'nieuwe' patiënten (35% van het totaal) dan Maastricht (42%) of Rijnmond (44%) (Pijl, Driessen et al. 2005). Grootstedelijke problematiek komt dus niet noodzakelijk tot uitdrukking in algemeen hoger GGz-gebruik. Maar er is wel een lineair verband tussen verstedelijking en het aantal langdurig zorgafhankelijke patiënten per 1000 inwoners (Dieperink, Pijl et al. 2008). Ook blijkt dat het aantal eerste IBS-en in de grote stad hoger is dan in de kleinere steden, wat mogelijk duidt op een groter aantal patiënten zonder contact met de GGz vóór de IBS (Wierdsma 2006).

Verschillen in zorgaanbod spelen een beperkte rol

Regionale verschillen in de toepassing van BOPZ-maatregelen betreffen vooral de inbewaringstellingen en combinaties van dwangopnamen. Dit geeft meer uitdrukking aan de verschillen in de omvang en aard van de problematiek dan aan variaties in het zorgaanbod. In de regionale verschillen in GGz-gebruik speelt het zorgaanbod wel een rol. Noordoost Nederland heeft van oudsher een overschot aan klinische voorzieningen. In Maastricht zijn er relatief meer nieuwe voorzieningen waar het extramuraliseringsbeleid van begin af aan als richtsnoer werd gezien. De regio Rotterdam/Rijnmond neemt op dit punt een tussenpositie in (Pijl, Driessen et al. 2005). Er zijn echter geen duidelijke aanwijzingen dat de samenwerking tussen klinische en ambulante zorg, of het gebrek daaraan, een belangrijke factor is die bijdraagt aan regionale verschillen in de toepassing van dwangopnamen (Wierdsma 2008).

Een voortrekkersrol van de GGz in de grote steden

Naast de omvang van de problemen en het zorgaanbod wordt voor een verklaring van regionale verschillen door deskundigen belang gehecht aan persoonlijke visies en de afstemming rond gedwongen opnamen tussen de verschillende betrokken

disciplines uit de GGZ, algemene gezondheidszorg, het maatschappelijk werk, politie en justitiële instellingen (van Vree, Scholten et al. 2002). Door de omvang en differentiatie van de BOPZ-problematiek heeft de grootstedelijke GGz een voortrekkersrol in de ontwikkeling en implementatie van veranderende inzichten rond dwangopnamen. In Rotterdam bestaat al decennia lang een platform waarin alle betrokken partijen ervaringen uitwisselen rond de uitvoering van de Wet BOPZ. In dit overleg is ook de ontwikkeling van de zogenoemde Rotterdamse Richtlijn op de voet gevolgd. Met een consensusdocument en een richtsnoer voor de praktijk is door psychiaters van alle GGz instellingen in Rijnmond meer “eenheid van taal” gebracht in de toepassing van RM bij chronische verslaafden. Medio 2004 zijn de resultaten vastgelegd in de brochure “Verslaving en de Wet BOPZ” (uitgegeven door de GGD Rotterdam/Rijnmond). In navolging van de Rotterdamse richtlijn wordt ook in recente jurisprudentie verslaving erkend als een BOPZ-categorie. Chronische verslaving wordt beschouwd als een psychiatrisch ziektebeeld dat een gevaar voor de persoon zelf of de omgeving kan veroorzaken waardoor vrijheidsbeneming van langere duur noodzakelijk kan zijn (Hoge Raad, 23 september 2005, nr R05/076, LJN AU0372).

De regionale verschillen in de toepassing van de Wet BOPZ blijven bestaan omdat de aard en omvang van de BOPZ-problematiek niet overal gelijk is. De landelijke introductie van richtlijnen kan bijdragen aan het inperken van regionale verschillen die te maken hebben met opvattingen over de interpretatie van de Wet BOPZ. Ook informatie over zorg rond dwangopnamen kan bijdragen aan verbetering van de toepassing van de Wet BOPZ en de evaluatie van de nieuwe ‘Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg’.

4.3 BOPZ-monitoring

Regionale verschillen komen centraal te staan in de uitwerking van de ‘Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg’. Volgens het wetsvoorstel zal een commissie, bestaande uit een jurist, psychiater, en een algemeen lid, de rechter adviseren over de gewenste zorg op maat waarbij nazorg een vast onderdeel van

het programma wordt. De commissie opereert als één landelijke organisatie, maar zal wel in verschillende regio's zitting hebben. Inzicht in de regionale verschillen in de redenen en het verloop van dwangopnamen kan richting geven aan bijstelling van het beleid, bijvoorbeeld verdere intensivering van de ambulante zorg, uitbreiding van de capaciteit van voorzieningen voor gesloten langdurige zorg, of een betere samenhang tussen GGz en de maatschappelijke opvang.

Beschikbare informatie over dwangopnamen en nazorg is beperkt

De informatievoorziening rond de toepassing van dwangopnamen laat echter nog te wensen over. In de eerste versie bij de invoering van de Wet BOPZ in 1994 van het informatiesysteem (BOPZis) werd alleen informatie over de IBS-en vastgelegd. Later zijn aanvullende voorzieningen getroffen voor de registratie van dwangbehandelingen en middelen of maatregelen en voor de RM-registratie. In 2000 zijn de drie registraties samengevoegd. De opzet van het informatiesysteem is verbeterd en de mogelijkheden tot analyse zijn uitgebreid. Bij de tweede evaluatie van de Wet BOPZ in 2002 werd echter geconstateerd dat de aanlevering van de gegevens nog achterblijft (Evaluatiecommissie BOPZ 2002). Sommige gegevens worden onvolledig aangeleverd omdat het geen verplicht in te vullen velden betreft. Andere onderwerpen worden niet centraal verzameld. Voor dit onderzoek moest aanvullende informatie worden verzameld. Daarom is een belangrijke tekortkoming in deze studie de relatief korte periode waarover gegevens verzameld zijn. Dat beperkt ook de aantallen dwangopnamen in de kleinste regio, waardoor regionale verschillen moeilijker zijn aan te tonen.

Ook in andere Europese landen is de informatie over gedwongen opname niet of slechts beperkt beschikbaar (Salize en Dressing 2004). Op termijn is hierin voor Nederland verbetering te brengen omdat de technische mogelijkheden voor dataverzameling en uitwisseling sterk zijn verbeterd sinds de invoering van de Wet BOPZ in 1994, zoals al in 2002 geconcludeerd door de tweede Evaluatiecommissie Wet BOPZ. In de nieuwe wet 'Verplichte geestelijke gezondheidszorg' worden de procedures vereenvoudigd, maar zal de aandacht voor nazorg nieuwe eisen stellen aan de informatievoorziening.

Onderzoek met psychiatrische casusregisters in Nederland

Volgens de Inspectie voor de Gezondheidszorg vraagt de uitvoering van de Wet BOPZ meer aandacht voor onder andere continuïteit van zorg en preventie van gedwongen opnamen (Inspectie voor de Gezondheidszorg 2004). De psychiatrische casusregisters in Nederland (Giel en Sturmans 1996) zijn thans de enige bron van informatie waarmee de nazorg naar gedwongen opname goed in beeld kan worden gebracht. Met registergegevens kan de psychiatrische voorgeschiedenis bij gedwongen opnamen en de aard van de nazorg worden beschreven. Dat maakt evaluatieonderzoek mogelijk van zorgprojecten die gericht zijn op preventie van dwangmaatregelen (Wierdsma, Baars et al. 2006). Onderzoek is onder andere nodig naar het verband tussen 'lastig gedrag' binnen en buiten de instelling en de vroegtijdige opheffing van dwangopname. Verder onderzoek is ook nodig naar interventies in de periode voorafgaand aan de gedwongen opname. Omdat de casusregisters over een reeks van jaren informatie hebben verzameld, is een effectevaluatie mogelijk van wetswijzigingen.

Meerjarig onderzoeksprogramma

Rond de ontwikkeling van de nieuwe 'Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg' zou met de psychiatrische casusregisters een meerjarig onderzoeksprogramma kunnen worden opgezet. Daarmee ontstaat een beter zicht op landelijke en regionale ontwikkelingen in de toepassing van dwangopnamen.

Literatuur

- de Graaf, A. C. en G. V. C. Dekker (1987). "Onvrijwillige opnamen in algemeen psychiatrische ziekenhuizen en psychiatrische universiteitsklinieken: regionale verschillen en tendensen." Tijdschrift voor Psychiatrie **44**(6): 619-633.
- Dieperink, C. J., Y. J. Pijl, et al. (2008). "Langdurig zorgafhankelijke patiënten in de ggz: samenhang met verstedelijking." Tijdschrift voor Psychiatrie **50**(12): 761-769.
- Evaluatiecommissie BOPZ (2002). Evaluatie Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen – Conclusies en aanbevelingen van de begeleidingscommissie. Den Haag, ZonMw.
- Giel, R. en F. Sturmans, Eds. (1996). Psychiatrische Casus-Registers in Nederland. Groningen, Rijksuniversiteit Groningen.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg (2004). De uitvoering van de Wet Bopz vraagt meer aandacht. De resultaten van vier thematische onderzoeken op het terrein van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz). Den Haag, Inspectie voor de Gezondheidszorg.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg (2007). Tabellenboek Wet BOPZ 2002-2006. Den Haag, Staatstoezicht op de volksgezondheid.
- Klein Ikkink, C. E., A. I. Wierdsma, et al. (1991). "Regionale verschillen en tendensen in onvrijwillige opnamen in de periode 1984-1988." Tijdschrift voor Psychiatrie **33**(6): 391-406.
- Liddell, F. D. (1984). "Simple exact analysis of the standardised mortality ratio." Journal of Epidemiology en Community Health **38**: 85-88.
- Mulder, C., G. Koopmans, et al. (2006). "Emergency psychiatry, compulsory admissions en clinical presentation among immigrants to the Netherlands." Br J Psychiatry(Apr;188): 386-391.
- Mulder, C. L., J. Broer, et al. (2008). "Changing Patterns in Emergency Involuntary Admissions in The Netherlands in the Period 2000 - 2004." Intern. J. Law en Psychiatry **31**: 331-336.
- Mulder, C. L., J. Broer, et al. (2006). "Versnelde stijging van het aantal inbewaringstellingen na de invoering van de Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ)." Ned Tijdschr Geneeskd **150**: 319-322.
- Peen, J. en J. Dekker (1997). "Urbanisatiegraad als risico-indicator voor psychiatrische opname." Tijdschrift voor Psychiatrie **39**(11): 859-865.

- Pijl, Y. J., G. A. M. Driessen, et al. (2005). Evaluatie van het extramuraliseringsbeleid in de GGZ. Achtergrondstudie bij de Nationale Monitor Geestelijke Gezondheid. Utrecht, Trimbos-instituut.
- Salize, H. J. en H. Dressing (2004). "Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across the European Union." Brit J Psychiatry **184**: 163-168.
- Schuite, J., B. Slotegraaf, et al. (2006). "Rechters worstelen met instemmingsvereiste." Journaal GGz en Recht **2**(1): 6-10.
- Uniken Venema, H. P. en A. I. Wierdsma (1993). "Opnames van migranten in psychiatrische ziekenhuizen." Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg **71**: 37-43.
- van Ewijk, W. en C. Gijsbers van Wijk (2008). "Spoedeisende psychiatrie in Amsterdam: een historische gevalsbeschrijving." Tijdschrift voor Psychiatrie **50**(Jubileumnummer 1959-2008): 41-46.
- van Os, J. (2004). "Does the urban environment cause psychosis?" Br J Psychiatry **184**: 287-288.
- van Vree, F., C. Scholten, et al. (2002). Inbewaringstelling in Nederland. Verkenning van factoren die het aantal inbewaringstellingen beïnvloeden. Eindrapport Leiden, Research voor beleid.
- Veling, W., E. S. Susser, et al. (2008). "Ethnic Density of Neighborhoods en Incidence of Psychotic Disorders Among Immigrants." Am J Psychiatry **165**: 66-73.
- Wierdsma, A. I. (2008). Follow-up after Involuntary Mental Healthcare: Who cares? Psychiatry. Rotterdam, Erasmus MC: 241.
- Wierdsma, A. I., A. W. B. v. Baars, et al. (2006). "Psychiatrische voorgeschiedenis en nazorg bij dwangopneming. Zorggebruik als indicator van de kwaliteit van zorg bij inbewaringstellingen in Rotterdam." Tijdschrift voor Psychiatrie **48**(2): 81-93.
- Wierdsma, A. I. en S. Sytma (1996). Regio's vergelijkenderwijs: waarop moet worden gelet? Psychiatrische Casus-Registers in Nederland. R. Giel en F. Sturmans, RU Groningen: 41-53.
- Wierdsma, A. I., M. van der Schee, et al. (2008). "Patiënte Non Grata: een voorbeeld van gebrekkige ketenzorg in de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg." Maandblad Geestelijke volksgezondheid **63**(7/8): 587-594.