

# Regionale verschillen in nazorg bij inbewaringstelling

A. I. WIERDSMA, G. A. M. DRIESSEN, H. M. SMEETS, E. VISSER

**ACHTERGROND** In Nederland stijgt de toepassing van gedwongen opnamen, maar er zijn regionale verschillen, ook wanneer rekening wordt gehouden met de bevolkingssamenstelling.

**DOEL** Onderzoeken of er regionale verschillen zijn in de patronen van zorg rond dwangmaatregelen.

**METHODE** Gegevens werden verwerkt van de casusregisters voor de regio's Groningen, Zuid-Limburg, Utrecht en Rotterdam. Daarmee werden de voorgeschiedenis en de nazorg bij inbewaringstellingen beschreven en verschillen tussen patiënten (oude bekenden, nieuwkomers en passanten) geanalyseerd.

**RESULTATEN** Bijna 60% van de patiënten was al langere tijd bekend in de ggz. Drie maanden na opname was 85% van de patiënten nog in zorg. Ook wanneer rekening werd gehouden met patiënt- en opnamekenmerken, waren er regionale verschillen in patronen van zorg rond gedwongen opname.

**CONCLUSIE** De continuïteit van zorg rond de acute opname krachtens de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen is niet overal gelijk. Het is onduidelijk of het wetsontwerp Verplichte geestelijke gezondheidszorg daar veel aan gaat veranderen.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 54(2012)9, 777-783]

**TREFWOORDEN** dwangopnamen, nazorg, regionale verschillen, zorgpatronen

In verschillende Europese landen stijgt het aantal gedwongen psychiatrische opnamen en er zijn opvallende verschillen in de mate waarin dwang wordt toegepast (Salize & Dressing 2004). Portugal heeft met 6 per 100.000 inwoners het laagste aantal dwangopnamen en Finland met 218 relatief het hoogste aantal. Nederland en België nemen middenposities in met respectievelijk 44 en 47 dwangopnamen per 100.000 inwoners.

In Nederland steeg het aantal dwangopnamen vooral na de invoering in 1994 van de Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz): van rond 5000 tot 7450 in 2004 (Mulder e.a. 2006). Achter deze landelijke trend gaan echter regionale verschillen schuil. De aan-

tallen dwangopnamen krachtens rechterlijke machtiging (rm) en acute inbewaringstelling (ibs) liggen relatief hoger in de grote steden (Klein Ikkink e.a. 1991; van Vree e.a. 2002). Ook de toename van het aantal acute dwangopnamen per 100.000 inwoners was in Amsterdam, Den Haag, en Rotterdam groter dan in de rest van Nederland (van Ewijk & Gijsbers van Wijk 2008).

*Verklaringen regionale verschillen*

In de literatuur worden zowel patiëntgebonden als zorggerelateerde verklaringen gegeven voor regionale verschillen in de toepassing van dwang. Demografische factoren spelen een rol, maar ook

de wet- en regelgeving en de formele en informele organisatie van de zorg (Wierdsma e.a. 2010).

De toename van het aantal inbewaringstellingen betreft vooral mannen in de leeftijd van 30 tot 50 jaar en ouderen (Mulder e.a. 2008). Bij deze patiëntengroep gaat het ook om de aanpak van complexe problematiek die kenmerkend is voor de zorgwekkende zorgmijders en de zogenoemde draaideurpatiënten. Deze problematiek van langdurig zorgafhankelijke patiënten concentreert zich in de achterstandsgebieden in de grote steden (Dieperink e.a. 2008).

Daarnaast zijn regionale verschillen ook in verband gebracht met capaciteitstekorten (Klein Ikkink e.a. 1991) en uiteenlopende referentiekaders van de rechterlijke macht en de geestelijke gezondheidszorg (ggz) (Poletiek 2002).

Verder dragen organisatorische veranderingen in de spoedeisende psychiatrie bij aan de opmerkelijke toename van dwangopnamen in de afgelopen decennia (van der Post e.a. 2009; van Ewijk & Gijbers van Wijk 2008). Bij regionale verschillen in relatie tot de organisatie van de zorg lijkt het meer te gaan om operationele afstemming op de werkvloer dan om formele samenwerking door fusies van zorgvoorzieningen (Wierdsma & Mulder 2009).

### Zorgcontinuïteit

Samenhang in de organisatie van de zorg rond dwangopnamen wordt ook genoemd als een belangrijk uitgangspunt voor beleid (Gezondheidsraad 2004). De derde Evaluatiecommissie Wet Bopz heeft een verband gelegd tussen toepassen van dwang en de inspanningsverplichting om de patiënt te ondersteunen bij de re-integratie in de maatschappij. Deze zorgcontinuïteit komt in de nieuwe Wet Verplichte geestelijke gezondheidszorg, die de oude Wet Bopz moet gaan vervangen (Tweede Kamer, vergaderjaar 2009-2010, 32.399).

Continuïteit van zorg krijgt in de wetwijziging nadrukkelijk aandacht, maar er is nog weinig bekend over de zorg rond gedwongen opname. In een Amsterdams cohort is bij de 40% 'snelle ver-

trekkers' na ibs niet duidelijk of er een psychiatrische behandeling is gestart (van der Post e.a. 2004). In de regio Rijnmond komt 20% van de patiënten met een ibs langere tijd niet in zorg (Wierdsma e.a. 2006).

### Verschillen in nazorg

Nazorg komt slechts in enkele studies aan de orde en de verschillen zijn moeilijk te interpreteren omdat patiëntgroepen en uitkomstmaten niet gelijk zijn. Daarom brachten wij regionale verschillen in de zorg rond ibs in kaart met het gezamenlijke databestand van de psychiatrische casusregisters in Nederland. Verwacht werd dat regioverschillen in patronen van zorg verdwijnen wanneer rekening wordt gehouden met de patiënt- en opnamekenmerken.

## METHODE

### Casusregisters

In een casusregister worden alle ggz-contacten van patiënten uit een omschreven geografisch gebied verzameld en longitudinaal per patiënt gekoppeld. Daarmee worden dubbeltellingen voorkomen en kunnen patiënten in hun gang door verschillende instellingen worden gevolgd. In Nederland zijn casusregisters operationeel bij vier academische ziekenhuizen, in Noord-Nederland, Zuid-Limburg, Midden-Nederland en Rijnmond (Wierdsma e.a. 2007). In deze regionale informatiesystemen werd de juridische status bij opname niet altijd vastgelegd. Daarom gingen wij in dit onderzoek uit van de eerste ibs in de registratie van de Inspectie voor de Gezondheidszorg over de periode 2005-2006.

### Onderzochte groep

De onderzoeksgroep werd beperkt tot patiënten in de leeftijd van 20-65 jaar om regionale verschillen in de samenwerking van ggz en aangrenzende sectoren, zoals de jeugdzorg en de ouderen-

zorg, zoveel mogelijk uit te sluiten. Op basis van geboortedatum, geslacht, en gemeente werden de ibs-opnamen teruggezocht in de opnamegegevens van de registers.

Om de regio-indelingen van de ibs-registratie en de ggz-registers optimaal af te stemmen, werd het onderzoek verder ingeperkt tot de regio's Groningen, Zuid-Limburg, Utrecht en Rotterdam en omgeving. In ongeveer twee derde van de gevallen, variërend van 60 tot 69%, konden contactgegevens aan de ibs worden gekoppeld ( $n = 2133$ ). Daarbij werden bijvoorbeeld patiënten buiten beschouwing gelaten omdat er verschil was tussen de woongemeente van de patiënt en de gemeente waar de dwangmaatregel was afgegeven. Tussen al dan niet geïdentificeerde inbewaringstellingen vonden we geen belangrijke verschillen naar patiënt- of opnamekenmerken.

#### Patronen van zorg

Met registergegevens werd per patiënt het zorggebruik samengevat over een periode van 12 maanden vóór en na de ibs. De dwangopname bij ibs duurt maximaal 3 weken en kan eenmalig worden verlengd tot 6 weken. Op basis van de combinatie van psychiatrische voorgeschiedenis en nazorg onderscheidde wij 3 categorieën:

- 'oude bekenden': patiënten in zorg voor én na de ibs;
- 'nieuwkomers': patiënten die geen contacten met de zorg hadden in het jaar vóór de opname, maar wel nazorg kregen;
- 'passanten': patiënten die meestal geen psychiatrische voorgeschiedenis hadden en geen ggz-contacten na de ibs.

Bij deze classificatie kozen wij voor afkappunten van 3 maanden rond de opnamedatum. Bijvoorbeeld: tot de 'oude bekenden' werden patiënten gerekend die al meer dan 3 maanden vóór de ibs-datum in zorg waren en nog steeds in zorg waren na 3 maanden.

#### Statistische toetsing

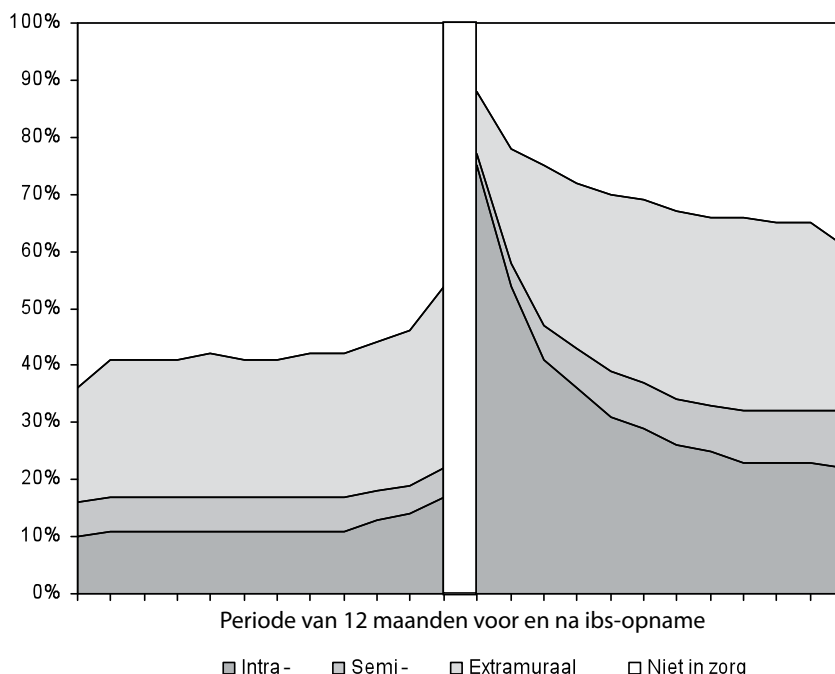
In een multinomiale logistische regressieanalyse werden 'nieuwkomers' versus 'oude bekenden' en 'passanten' versus 'oude bekenden' vergeleken. Onderzocht werd of in de verdeling van deze patiëntgroepen ook de regio een factor was naast de patiëntkenmerken geslacht en leeftijd en de Bopz-criteria. De Bopz-criteria betroffen hoofddiagnose schizofrenie/psychose of anderszins; soort gevaar (al dan niet gevaar voor anderen) en overwogen alternatief voor dwangopname (medicatie of anderszins). Voor deze analyses werd gebruikgemaakt van IBM SPSS (17.0).

#### RESULTATEN

Figuur 1 laat in de vier regio's samen de ontwikkeling zien van de voor- en nazorg rond dwangopname. Per maand werd het percentage patiënten in zorg bepaald, waarbij per patiënt werd uitgegaan van het intensiefste zorgniveau in de betreffende maand. In het jaar voorafgaand aan de ibs was per maand ruim 10% van de patiënten opgenomen en maakte ongeveer 30% van de patiënten gebruik van semimurale of ambulante zorg. In de maanden kort voor de dwangopname liepen deze percentages nog op. Drie maanden na de dwangopname was 85% van de patiënten in zorg, na één jaar nog ongeveer 60%.

Het percentage in zorg na 3 maanden bleek het hoogst in Limburg: 90%, en het was lager in Utrecht: 80%. Het aandeel van de opgenomen patiënten was in Maastricht na 12 maanden nog bijna 30%, terwijl dit percentage in de andere regio's daalde tot rond 20%. Het percentage 'oude bekenden' (totaal 57%) varieerde van 52% in Utrecht tot 68% in Limburg. Het hoogste percentage 'nieuwkomers' vonden we in Groningen (31%) en de meeste 'passanten' in de grote steden: Rotterdam (15%) en Utrecht (19%).

FIGUUR 1 Voor- en nazorg bij gedwongen opnamen: percentage patiënten in zorg per maand naar niveau van zorg



In tabel 1 worden de verschillende zorgpatronen vergeleken. Wanneer rekening werd gehouden met patiëntkenmerken en opnamecriteria bleek dat, ten opzichte van Rotterdam, relatief minder ibs'en werden afgegeven voor nieuwe patiënten in Zuid-Limburg ('nieuwkomers' plus 'passanten') en meer voor patiënten zonder voor- en nazorg ('passanten') in de regio Utrecht. Ten opzichte van

de 'oude bekenden' vormden de 'passanten' een patiëntencategorie met relatief meer mannen, patiënten zonder psychotische stoornis, en voor wie andere alternatieven voor dwangopname dan medicatie werden overwogen.

In figuur 2 zijn regioverschillen uitgedrukt in het gemiddelde aantal contacten per maand voor patiënten die zowel voor als na de ibs langere

TABEL 1 Regionale verschillen in zorgpatronen\* op basis van contacten in 12 maanden voor en na gedwongen opname (inbewaringstelling), oddsratio's (Exp(B)) en betrouwbaarheidsintervallen; n = 2133

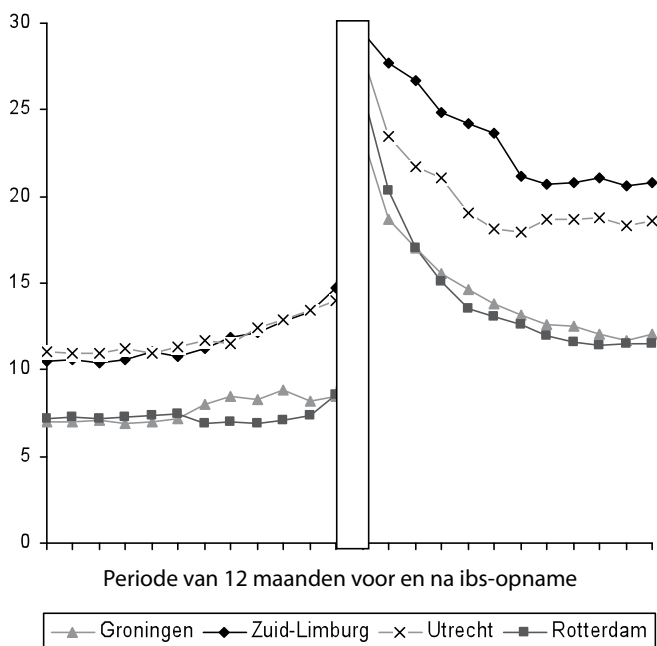
	'Nieuwkomers' versus 'oude bekenden'		'Passanten' versus 'oude bekenden'	
	Exp(B)	95%-BI	Exp(B)	95%-BI
Geslacht (man)	1,14	(0,93-1,41)	1,31**	1,00-1,71
Leeftijd (< 40 jaar)	1,04	(0,85-1,27)	0,98	0,76-1,26
Diagnose (psychose)	1,10	(0,89-1,35)	0,80***	0,61-1,04
Gevaar (voor anderen)	0,89	(0,72-1,10)	0,97	0,74-1,27
Alternatieven (medicatie)	0,92	(0,75-1,13)	0,68**	0,52-0,89
Regio				
- Groningen	1,07	(0,79-1,44)	0,71	0,47-1,10
- Zuid-Limburg	0,65**	(0,48-0,89)	0,52**	0,34-0,79
- Utrecht	1,13	(0,89-1,44)	1,40**	1,05-1,87
- Rotterdam (referentie)	1,00		1,00	

\*Multinomiale logistische regressieanalyse met 'oude bekenden' als referentiegroep; model  $\chi^2$  (df 16) = 47,563; p = 0,000; akaike-informaticriterium (AIC) = 894,6; AIC(-regio) = 913,7

\*\*p < 0,10.

\*\*\*p < 0,05.

FIGUUR 2 Regionale verschillen in aantal contacten/opnamedagen gemiddeld per maand voor patiënten met psychiatrische voorgeschiedenis en nazorg ('oude bekenden')



tijd in zorg waren ('oude bekenden'). Daaruit blijkt een intensieve begeleiding in Utrecht en vooral in Zuid-Limburg doordat veel patiënten langdurig zijn opgenomen. Relatief minder intensief contact met deze patiëntengroep vonden we in Groningen en de Rotterdamse regio.

## DISCUSSIE

Patronen van zorg rond gedwongen opnamen worden natuurlijk niet alleen door de organisatie van de ggz bepaald, maar ook door de ernst van de problematiek en mate van behandelmotivatie. Deze factoren werden in de registratiegegevens niet meegenomen. Echter, naast patiënt- en opnamekenmerken vonden wij regionale verschillen in de aard en intensiteit van de zorg rond ibs. In sommige regio's is de acute dwangopname meer gericht op patiënten die langere tijd in zorg zijn. Ook zijn er voor deze specifieke groep regionale verschillen in de intensiteit van de zorg na gedwongen opname. In de grote steden lijkt ibs meer te worden ingezet als interventie voor mensen die gewoonlijk verkeren in andere zorgcir-

cuits, bijvoorbeeld de maatschappelijke opvang. Daardoor blijft een substantieel deel van patiënten zonder nazorg, terwijl onduidelijk is in welke mate deze 'passanten' ook geen zorg meer behoeven. Routine outcome monitoring (ROM) zou meer duidelijkheid kunnen geven.

Regionale verschillen in continuïteit van zorg kregen weinig aandacht in de periodieke evaluatie van de Wet Bopz. Internationaal staat nazorg al langer op de politieke agenda: continuïteit van zorg is een 'ethisch uitgangspunt' genoemd voor de planning en evaluatie van de openbare geestelijke gezondheidszorg (Thornicroft & Tansella 1999).

Betere samenwerking en afstemming tussen de verschillende hulpverleningsinstellingen moeten voorkomen dat patiënten tussen de wal en het schip raken. Dat klinkt nu ook door in het wetsontwerp Verplichte ggz dat in juni 2010 aan de Tweede Kamer is aangeboden. Kwalitatief goede zorg omvat volgens het wetsontwerp ook het regelen van huisvesting en inkomen en het toeleiden naar vrijwillige zorg. Dat staat in de toelichting, maar in de wettekst komen nazorg en continuïteit

van zorg niet meer aan bod. Ten Horn (1982) schreef het al: nazorg geeft kopzorg.

## LITERATUUR

- Dieperink CJ, Pijl YJ, Mulder CL, van Os J, Drukker M. Langdurig zorgafhankelijke patiënten in de ggz: samenhang met verstedelijking. *Tijdschr Psychiatr* 2008; 50: 761-9.
- Ewijk W van, Gijsbers van Wijk C. Spoedeisende psychiatrie in Amsterdam: een historische gevalsbeschrijving. *Tijdschr Psychiatr* 2008; 50: 41-6.
- Gezondheidsraad. Noodgedwongen. Zorg voor niet-opgenomen acute psychiatrische patiënten. Den Haag: Gezondheidsraad; 2004.
- Horn GHMM ten. Nazorg geeft kopzorg. Een onderzoek met een register voor de geestelijke volksgezondheid (proefschrift). Groningen: Rijksuniversiteit Groningen; 1982.
- Klein Ikkinck CE, Wierdsma AI, de Graaf AC. Regionale verschillen en tendensen in onvrijwillige opnamen in de periode 1984-1988. *Tijdschr Psychiatr* 1991; 33: 391-406.
- Mulder CL, Broer J, Lendemeijer B, van Veldhuizen JR, van Tilburg W, Wierdsma AI. Changing patterns in emergency involuntary admissions in the netherlands in the period 2000-2004. *Int J Law Psychiatry* 2008; 31: 331-6.
- Mulder CL, Broer J, Uitenbroek D, van Marle P, van Hemert AM, Wierdsma AI. Versnelde stijging van het aantal inbewaringstellingen na de invoering van de Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ). *Ned Tijdschr Geneesk* 2006; 150: 319-22.
- Poletiek FH. How psychiatrists and judges assess the dangerousness of persons with mental illness: an 'expertise bias'. *Behav Sci Law* 2002; 20: 19-29.
- Post LFM van der, Dekker JJM, Jonkers JFJ, Beekman ATF, Mulder CL, de Haan L, e.a. Veranderingen in crisisinterventie en acute psychiatrie; Amsterdamse consulten in 1983 en 2005. *Tijdschr Psychiatr* 2009; 51: 139-50.
- Post LFM van der, Peen J, Schoevers RA, Dekker J. Psychiatrische behandeling na een inbewaringstelling. *Tijdschr Psychiatr* 2004; 46: 209-17.
- Salize HJ, Dressing H. Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across the European Union. *Brit J Psychiatry* 2004; 184: 163-8.
- Thornicroft G, Tansella M. *The Mental Health Matrix. A Manual to Improve Services*. Cambridge: Cambridge University Press; 1999.
- Vree F van, Scholten C, Nieuwstraten A, de Klaver P. Inbewaringstelling in Nederland. Verkenning van factoren die het aantal inbewaringstellingen beïnvloeden. Eindrapport Leiden: Research voor beleid; 2002.
- Wierdsma AI, Mulder CL. Does mental health service integration affect compulsory admissions? *Int J Integr Care* 2009; 9: e9.
- Wierdsma AI, Sytma S, van Os JJ, Mulder CL. Hebben we psychiatrische casusregisters nog nodig? *Tijdschr Psychiatr* 2007; 49: 569-73.
- Wierdsma AI, van Baars AWB, Mulder CL. Psychiatrische voorgeschiedenis en nazorg bij dwangopneming. Zorggebruik als indicator van de kwaliteit van zorg bij inbewaringstellingen in Rotterdam. *Tijdschr Psychiatr* 2006; 48: 81-93.
- Wierdsma AI, van Marle PD, Mulder CL. Aantallen en patronen van inbewaringstellingen en rechterlijke machtigingen in Maastricht, Groningen en Rotterdam. Bijdrage van stedelijke problematiek aan regionale verschillen in Bopz-maatregelen. *Tijdschr Psychiatr* 2010; 52: 143-53.

## AUTEURS

ANDRÉ WIERDSMA is socioloog/methodoloog en universitair docent, afd. Psychiatrie van het Erasmus MC, Rotterdam.

GER DRIESSEN is klinisch psycholoog en als registermedewerker werkzaam bij de Capgroep Psychiatrie en Neuropsychologie, Universiteit Maastricht.

HUGO SMEETS is arts en coördinator van het Psychiatrisch Casusregister Midden-Nederland, Julius Centrum, UMC Utrecht.

ELLEN VISSER is psycholoog en registermedewerker voor Psychiatrisch Casusregister Noord-Nederland, Rob Giel Onderzoekcentrum, RU Groningen.

Correspondentieadres: dr. André Wierdsma, Erasmus MC, afdeling Psychiatrie, Postbus 2040, 3000 CA Rotterdam.

E-mail: a.wierdsma@erasmusmc.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 8-3-2012.

## SUMMARY

Regional differences in the care and treatment of compulsory admissions in the Netherlands – A.I. Wierdsma, G.A.M. Driessen, H.M. Smeets, E. Visser –

**BACKGROUND** In the Netherlands compulsory admissions are on the increase. However, there are regional differences even when demographic factors are taken into account.

**AIM** To find out whether there are regional differences in the type and duration of care given to detainees.

**METHOD** On the basis of case-register data for Groningen, South Limburg, Utrecht and Rotterdam, we monitored the psychiatric history and aftercare that followed emergency compulsory admissions and we analysed the differences between patient groups ('old acquaintances', 'newcomers' and 'passers-by').

**RESULTS** Almost 60% of patients were well known to the mental health care service and had previously received psychiatric care. 85% of the patients were still receiving care three months after admission. Even when patient and admission characteristics were taken into account, there were still regional variations in the type and length of mental health care episodes before and after compulsory admission.

**CONCLUSION** The continuity of health care for emergency admissions in the context of the Dutch Mental Health Act varies from region to region. It remains to be seen whether the situation will change when the new Mental Health Act comes into force.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 54(2012)9, 777-783]

**KEY WORDS** aftercare, compulsory admission, patterns of care, regional differences