

Stijging van het aantal gedwongen opnames in België en Nederland: een epidemiologische analyse

K. SCHOEVAERTS, R. BRUFFAERTS, C.L. MULDER, J. VANDENBERGHE¹

ACHTERGROND Ondanks de maatschappelijke relevantie van gedwongen opname (GO), zijn Europese epidemiologische data eerder schaars en weinig betrouwbaar noch vergelijkbaar. In meerdere landen lijkt de incidentie van GO toe te nemen.

DOEL De evolutie nagaan van de incidentie van GO in België en Nederland door beschikbare epidemiologische gegevens te bundelen en te analyseren.

METHODE We voerden een systematisch literatuuronderzoek uit, met nadruk op relevante epidemiologische gegevens (witte of grijze literatuur). Alle gegevens werden (her)berekend naar incidentie van GO per 100.000 inwoners per jaar.

RESULTATEN De incidentie van GO steeg met 42% in België (1999-2008) en 25% in Nederland (2002-2009), culminerend in incidenties van 47/100.000/j (België, 2008) en 80/100.000/j (Nederland, 2009). Interlandelijke verschillen kunnen gedeeltelijk verklaard worden door verschillen in de wetgeving. Meer gedetailleerde resultaten, regionale verschillen en valkuilen bij het vergelijken van epidemiologische gegevens worden besproken.

CONCLUSIES Onze gegevens wijzen op een significante toename van de incidentie van GO in beide landen. Uniformiteit en standaardisatie in de registratie van GO zijn nodig om de vergelijkbaarheid en kwaliteit van de gegevens te verbeteren.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 55(2013)1, 45-55]

TREFWOORDEN dwangopname, gedwongen opname, registratie, wet Bopz, Wet ter bescherming van de persoon van de geesteszieke

Gedwongen opname (GO) van psychiatrische patiënten is een controversieel en maatschappelijk relevant onderwerp. Toch is er in de literatuur weinig specifieke en duidelijke informatie te vinden over de epidemiologische aspecten van GO (Riecher-Rossler & Rossler 1993; Salize & Dressing 2004). Europese data zijn vaak niet beschikbaar of weinig betrouwbaar (Salize & Dressing 2004); ook is er weinig consistentie tussen landen (De Stefano & Ducci 2008; Priebe e.a. 2005; Riecher-Rossler & Rossler 1993; Salize & Dressing 2004; Zinkler & Priebe 2002). In meerdere landen lijkt het aantal GO's toe te nemen, in sommige eerder af te nemen

(Priebe e.a. 2005; Salize & Dressing 2005; Stefano & Ducci 2008).

Wij verrichtten een literatuuronderzoek en richtten ons daarbij voornamelijk op epidemiologische aspecten van GO binnen de Belgische en Nederlandse context. Meer specifiek willen we nagaan of er een temporele trend is in de incidentie van GO in beide landen. Tevens willen we nagaan welke de valkuilen zijn bij het analyseren en vergelijken van deze data. Daarnaast zullen we socio-demografische en psychiatrische aspecten aanhalen, en de verschillende juridische kaders kort afbakenen.

METHODE

Literatuurstudie

Wij verrichtten een systematische literatuurstudie via PubMed, Web of Science en PsycINFO. Zoektermen waren: ‘involuntary admission’, ‘involuntary admission Netherlands/Belgium/Flanders’, ‘compulsory admission Netherlands/Belgium/Flanders/Flemish’. Binnen het Tijdschrift voor Psychiatrie (tijdschriftvoorpsychiatrie.nl) zochten we op de zoektermen ‘dwangopname’ en ‘gedwongen opname’. We raadpleegden relevante boeken (Benoit e.a. 2010; Rotthier 2007; van Tilburg e.a. 2008) en voerden een algemene internetsearch uit via Google, met de zoektermen ‘gedwongen opname Nederland/België/Vlaanderen’, ‘involuntary admission’, ‘compulsory admission’, ‘wet bescherming van de persoon van de geesteszieke’, ‘wet Bopz’, ‘wet bijzondere opnemings psychiatrie ziekenhuizen’, ‘collocatie’. Meerdere Belgische, Nederlandse, Europese relevante websites werden geraadpleegd (tabel 1).

Belgische epidemiologische data werden verkregen via de jaarrapporten Vlaanderen (Zorginspectie), de provinciale overlegplatformen ggz, nationale verslagen MPG's (Minimale Psychiatische Gegevens), het kabinet van de Belgische minister van Justitie, Federale Overheidsdienst (FOD) Justitie, en artikelen en boeken uit de literatuurstudie. (MPG is een verplichte registratie in alle Belgische psychiatrie ziekenhuizen (PZ) en psychiatrie afdelingen in algemene ziekenhuizen (PAAZ) sinds 1 juli 1996 en in de initiatieven beschut wonen (IBW) en de psychiatrie verzorgingstehuizen (PVT) sinds 1 september 1998.) We namen contact op met collega-onderzoekers van andere Vlaamse universiteiten en contacteerden meerdere vrederechten (vergelijkbaar met Nederlandse kantongerechten).

Nederlandse epidemiologische gegevens werden gevonden via de Inspectie voor de Gezondheidszorg, het Trimbos-instituut, het Centraal Bureau voor de Statistiek en via websites, boeken en artikelen uit de literatuurstudie.

TABEL 1 Geraadpleegde Europese, Nederlandse en Belgische websites

www.cbs.nl
www.commissieverplichteGGZ.nl
www.dwangindezorg.nl
www.europa.eu
www.geestiggezond.be
www.health.belgium.be
www.igz.nl
www.OGGPA.be
www.ombudsfunctieGGZ.be
www.op-WVL.be
www.overlegplatformsGGZ.be
www.pfcsm-opgg.be
www.pfrcc.com
www.platformepsylux.be
www.popovGGZ.be
www.research.nl
www.rijksoverheid.nl
www.spil.be
www.statbel.fgov.be
www.transversaaloverleg.be
www.trimbos.nl
www.UEMS.net
www.UEMSPsychiatry.org
www.vbs-gbs.be
www.VlaamsParlement.be
www.vlabo.be
www.wetten.nl
www.wetten.overheid.nl
www.zorgatlas.be
www.zorggegevens.nl
www.zorg-en-gezondheid.be

Statistische toetsing

Incidentiegegevens werden systematisch uitgedrukt in aantal GO's per 100.000 inwoners per gegeven jaar. Hiervoor baseerden we ons voor de Belgische bevolkingscijfers (totale bevolking van Belgische of vreemde nationaliteit) op informatie van de Algemene Directie Statistiek en Economische Informatie (ADSEI, FOD economie 2010). Voor de Nederlandse bevolkingscijfers baseerden we ons op informatie van het Centraal Bureau voor de Statistiek (2011). Omdat we wilden nagaan in welke mate er sprake was van een temporele trend in de incidentie van GO, gebruikten we, waar mogelijk, een χ^2 -trendtoets om ruwe verschillen

in incidentie ook van statistische toetsing te voorzien. Waar de χ^2 -trendtoetsen aangaven dat er sprake was van een statistisch significant lineair verband, werden trendlijnen voorzien (inclusief R^2 -waarden). We geven mediaanwaarden omtrent incidentie wanneer we verschillende bronnen combineren.

RESULTATEN

Op basis van de zoekcriteria vonden we in totaal 221 relevante publicaties. Deze werden gescreend op epidemiologische data, minimaal op provinciaal niveau. We vonden 11 relevante artikelen, 1 boek en 34 rapporten met oorspronkelijke epidemiologische data. Van de 34 rapporten bleken enkele recentere edities dezelfde informatie te vervatten als de oudere versies, waardoor we uiteindelijk 28 rapporten overhielden. We maakten een meer specifieke selectie uit de resterende 175 artikelen op basis van aansluiting bij onze onderzoeksvragen en vonden nog 17 relevante beschouwelijke artikelen.

Juridische kaders bij GO

België Het Belgische juridische kader rond GO wordt beschreven in de wet betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke (1990; minder- en meerderjarigen). Er zijn twee mogelijke beschermingsmaatregelen: de behandeling in het ziekenhuis en de verpleging in een gezin. In de praktijk wordt vrijwel alleen behandeling in het ziekenhuis toegepast. Er zijn twee mogelijke procedures: de spoedprocedure, die in Vlaanderen in meer dan 80% van de GO's wordt toegepast, en de gewone procedure (Zorginspectie 2007; 2008; 2009). Iemand kan gedwongen worden opgenomen wanneer hij of zij voldoet aan de volgende drie criteria:

- aanwezigheid van een geestesziekte;
- ernstig gevaar voor eigen gezondheid en veiligheid of ernstige bedreiging voor andermans leven of integriteit;
- geen andere geschikte behandeling voorhanden.

Wanneer de gedwongen maatregel binnen de 10 dagen wordt bevestigd door de vrederechter/jeugdrechter duurt een observatieperiode 40 dagen. Daarna kan een periode van verder verblijf worden uitgesproken van maximaal twee jaar. De vrederechter kan bij herevaluatie en vonnis hier telkens maximaal twee jaar aan toevoegen.

Nederland Het Nederlandse juridische kader betreffende GO wordt beschreven in de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Bopz 1992, van kracht sinds 1994; vanaf 12 jaar). De wet voorziet twee mogelijke vormen van GO: de inbewaringstelling (IBS) en de rechterlijke machtigingen (RM). De IBS is te vergelijken met de spoedprocedure in België. Tot IBS kan worden overgegaan wanneer voldaan wordt aan de volgende criteria:

- een onmiddellijk dreigend gevaar (bijvoorbeeld suicidegevaar) dat op geen enkele andere manier kan worden afgewend;
- een stoornis in de geestesvermogens;
- geen bereidheid van de persoon in kwestie (tot vrijwillige opname).

De rechter beslist binnen 3 dagen over de voortzetting. De geldigheidsduur van een IBS betreft 3 weken. Binnen de RM bestaan er 5 verschillende mogelijke machtigingen.

Ten eerste de voorlopige machtiging; hiertoe kan worden beslist bij aanwezigheid van vergelijkbare criteria als bij de IBS, met als verschil dat het hier niet gaat om onmiddellijk dreigend gevaar (bijvoorbeeld zelfverwaarlozing of maatschappelijke teloorgang) en de rechter 'zo spoedig mogelijk' beslist. Deze RM is te vergelijken met de gewone procedure in België. De geldigheidsduur bedraagt ten hoogste 6 maanden.

Ten tweede een machtiging van voortgezet verblijf; hiertoe kan men overgaan wanneer ook na verloop van de geldigheidsduur van de lopende machtiging nog voldaan wordt aan de criteria. De geldigheidsduur bedraagt ten hoogste 1 jaar. Deze RM is te vergelijken met het verder verblijf in België.

Ten derde de voorwaardelijke machtiging; deze is bedoeld om gevaar af te wenden door met de betrokkene afspraken te maken over behandeling en begeleiding buiten het ziekenhuis. De geldigheidsduur bedraagt ten hoogste 6 maanden en kan met periodes van 1 jaar worden verlengd. Het is een vorm van gedwongen ambulante voor- of nazorg die in België niet bestaat. In België kennen we enkel een vorm van gedwongen nazorg.

Ten vierde een machtiging op eigen verzoek. Deze wordt ingewilligd bij een persoon die bereid is tot opname, maar met een kans dat deze bereidheid verdwijnt tijdens de duur van de machtiging. De geldigheidsduur is minimaal 6 maanden en maximaal 1 jaar.

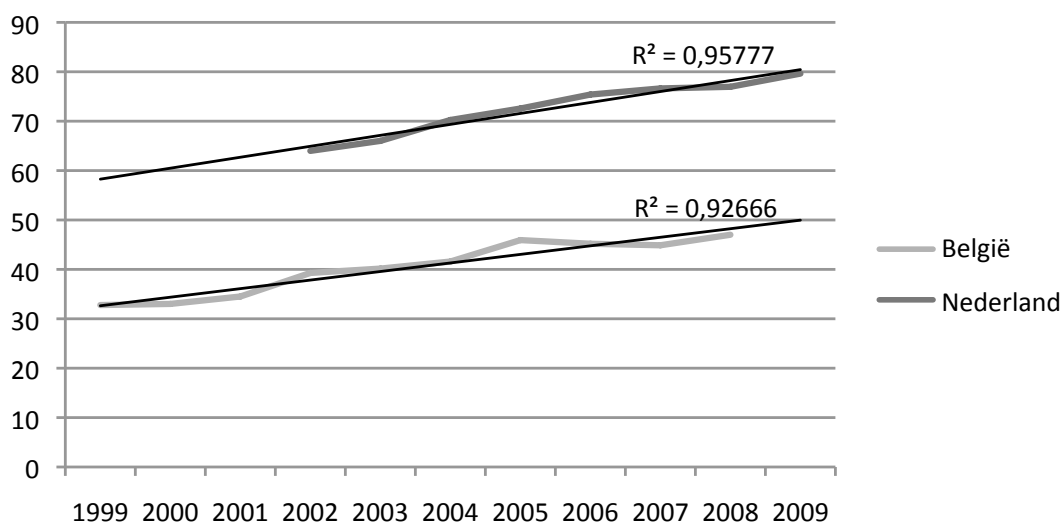
Ten vijfde een zelfbindingsmachtiging. Deze geldt voor personen van minstens 16 jaar oud. Hierbij wordt vooraf overeengekomen dat onder bepaalde voorwaarden tot opname wordt overgegaan, hoewel er geen gevaar aanwezig is. De duur van de behandeling bedraagt ten hoogste 6 weken. De geldigheidsduur van deze machtiging is 1 jaar.

De incidentie van GO in België

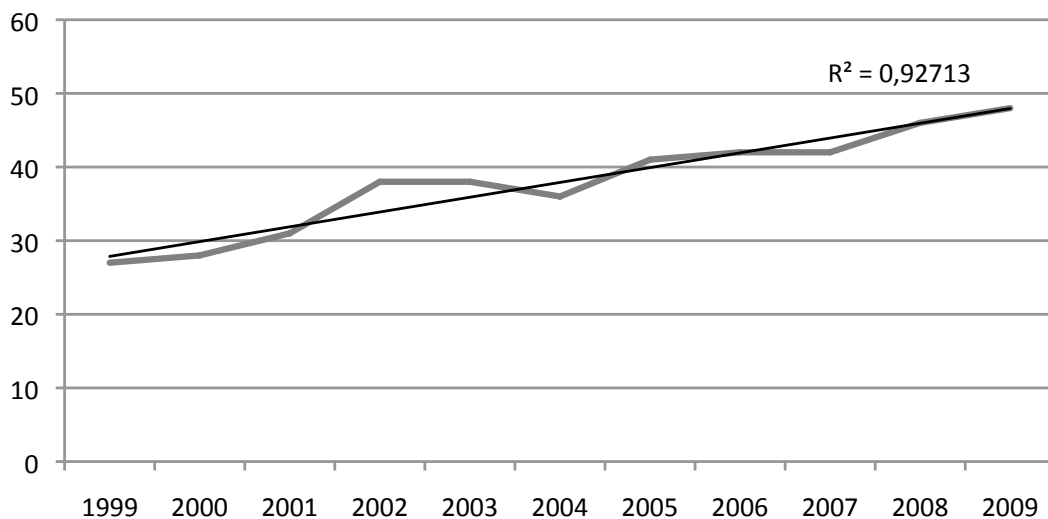
Om maximale vergelijkbaarheid te bereiken werd de Belgische incidentie van GO weergegeven als alle nieuw geïnitieerde GO's via gewone of spoedprocedure, per gegeven jaar en per 100.000 inwoners. De Nederlandse incidentie van GO werd weergegeven als alle nieuw geïnitieerde IBS'en en RM'en exclusief de voorwaardelijke machtigingen en de machtigingen van voorgezet verblijf, per gegeven jaar, per 100.000 inwoners. Gebaseerd op de Belgische MPG-data vonden we over de periode 1999-2008 een stijging van de incidentie van GO met 42% (van 33 naar 47, telkens per 100.000 inwoners per jaar) (FOD Volksgezondheid 1999-2003; 2004; 2005; 2006; 2007; 2008) (figuur 1). In diezelfde tijdspanne steeg de incidentie van GO in Vlaanderen met 74% (van 27 naar 47), in Wallonië met 30% (van 30 naar 39), en was er in Brussel een lichte daling met 3% (van 78 naar 76).

Er waren provinciale verschillen in incidentie van GO. Zo kende de provincie Limburg tussen 2001 en 2008 een toename van de incidentie van GO met 56% (van 36 naar 56), Antwerpen een toename met 52% (van 31 naar 47), West-Vlaanderen met 46% (van 26 naar 38), Oost-Vlaanderen met 30% (van 33

FIGUUR 1 België en Nederland: aantal nieuwe gedwongen opnames/100.000 inwoners/jaar; in België was er in de periode 1999-2008 een stijging met 42% ($\chi^2[1] = 461,51; p < 0,001$); in Nederland was er in de periode 2002-2009 een stijging met 25% ($\chi^2[1] = 637,22; p < 0,001$)



FIGUUR 2 Vlaanderen: aantal nieuwe gedwongen opnames/100.000 inwoners/jaar (mediaanwaarden). In de periode 1999-2009 was er een toename met 78% ($\chi^2 [1] = 708,29; p < 0,001$)



naar 43) en Vlaams-Brabant met 8% (van 37 naar 40) (OGGPA VZW, schriftelijke mededeling 2011; Op-Wvl VZW, schriftelijke mededeling 2011; PopovGGZ VZW 2007; Rotthier 2007; Vlabo vzw 2008; Zorginspectie 2008). Tussen 1995 en 2008 kende Oost-Vlaanderen een toename met 153% (van 17 naar 43); tussen 1991 en 2008 kende Limburg een toename met 460% (van 10 naar 56) (PopovGGZ VZW 2007; Rotthier 2007; Zorginspectie 2008).

Wanneer incidentiecijfers vanuit verschillende bronnen werden gecombineerd, vonden we een stijging in de mediane incidentie van GO in Vlaanderen van 78% op een periode van 10 jaar (van 27 naar 48 tussen 1999 en 2009) (FOD Volksgezondheid 1999-2003; 2004; 2005; 2006; 2007; 2008; OGGPA VZW, schriftelijke mededeling 2011; Op-Wvl vzw, schriftelijke mededeling 2011; PopovGGZ VZW 2007; Rotthier 2007; Vlabo vzw 2008; Zorginspectie 2007; 2008; 2009) (figuur 2).

De incidentie van GO in Nederland

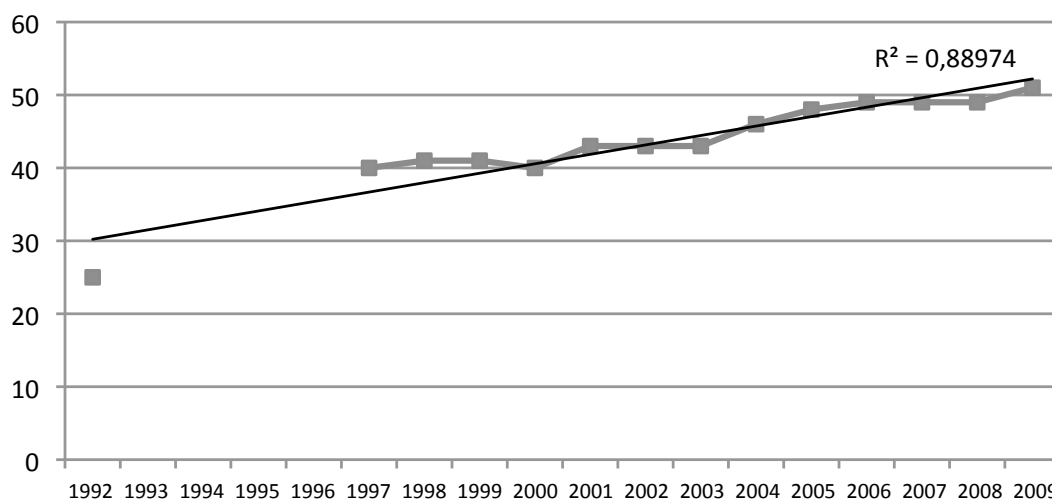
Ook in Nederland nam de incidentie van GO toe (figuur 1). Het aantal nieuwe GO's per 100.000 inwoners per jaar kende tussen 2002 en 2009 een stijging met 25% (van 64 naar 80) (Nuijen 2010).

Tussen 2002 en 2009 steeg het aantal IBs met 19% (van 43 naar 51). Het aantal RM'en exclusief de voorwaardelijke machtigingen en machtigingen voortgezet verblijf steeg met 38% (van 21 naar 29), het totale aantal RM'en met 60% (van 39 naar 62) (Nuijen 2010). Bij de RM'en komen de voorlopige machtigingen en machtigingen van voortgezet verblijf het vaakst voor (Nuijen 2010).

Net als in België waren er in Nederland regionale verschillen aanwezig. Zo bedroeg de groei van het totale aantal GO's (inclusief voorwaardelijke machtigingen en machtigingen voortgezet verblijf) tussen 2002 en 2006 voor Friesland 41% (van 59 naar 83) en voor Zuid-Holland 40% (van 90 naar 126). De toename voor Noord-Holland in die periode bedroeg 33% (van 99 naar 132), voor Drenthe 31% (van 65 naar 85), voor Noord-Brabant 31% (van 61 naar 80), voor Gelderland 30% (van 67 naar 87), voor Zeeland 27% (van 83 naar 105), voor Overijssel 24% (van 58 naar 72), voor Utrecht 17% (van 106 naar 124), voor Limburg 8% (van 116 naar 125) en voor Groningen 5% (van 61 naar 64) (Inspectie voor de Gezondheidszorg 2007).

De mediane incidentie voor Nederland van het aantal nieuwe IBs'en per 100.000 inwoners per jaar kende tussen 1992 en 2009 een toename met

FIGUUR 3 Nederland: aantal nieuwe inbewaringstellingen/100.000 inwoners/jaar (mediaanwaarden); in de periode 1992-2009 was er een toename met 104% ($\chi^2 [1] = 624,08; p < 0,001$). Het datapunt van 1992 werd niet meegenomen in de statistische χ^2 -berekening



104% (van 25 naar 51) (Inspectie voor de Gezondheidszorg 2007; Mulder e.a. 2008; Nuijen 2010; van der Post e.a. 2004; Van Vree e.a. 2002) (figuur 3).

In Nederland vormden psychose/schizofrenie (48%), stemmingsstoornis (29%) en persoonlijkheidsstoornis (6%) de meest voorkomende hoofd diagnoses tussen 2000 en 2004 (Mulder e.a. 2008).

De meest voorkomende DSM-IV-hoofddiagnose bij GO in België en Vlaanderen betrof psychose/schizofrenie (respectievelijk 39% in 1997-1998 en 25-29% in 2007-2009), middelengerelateerde stoornis (respectievelijk 25% in 1997-1998 en 20-24% in 2007-2009) en stemmingsstoornis (respectievelijk 12% in 1997-1998 en 11-12% in 2007-2009) (Keirse e.a. 2003; Zorginspectie 2007; 2008; 2009).

DISCUSSIE

Valkuilen bij het vergelijken van data over GO

Wanneer men epidemiologische gegevens uit verschillende contexten vergelijkt, is het belangrijk om de vergelijkbaarheid van data na te gaan. Hierbij bestaan verschillende valkuilen.

Een eerste belangrijke valkuil betreft onduidelijkheid omtrent het begrip 'gedwongen opname' of 'onvrijwillige opname'. Zo is voor België niet elke onvrijwillige opname een GO volgens

de wet van 1990. Salize & Dressing (2004) meldden 47 onvrijwillige opnames/100.000 inwoners in 1998 voor België. Uit nauwkeurige controle van de data waarop zij zich baseerden (Salize e.a. 2002) bleek dat de Belgische onvrijwillige opnames in deze studie echter alle opnames met wettelijke voorwaarden bevatten, inclusief de internering en andere voorwaarden. Vanzelfsprekend zijn de verschillen in terminologie en definities tussen verschillende landen nog groter, hetgeen de interlandelijke vergelijkbaarheid van data verder beperkt.

Een tweede valkuil bij het vergelijken van data is het enkel meetellen van de observaties, tegenover het meetellen van zowel observaties als voortzettingen voor België, of van IBS'en al dan niet in combinatie met (een selectie van de) RM'en voor Nederland. Een berekening op basis van de Belgische MPG-data van 1997-1998 (Keirse e.a. 2003) geeft ons een incidentie van nieuw geïnitieerde opnames met wettelijke maatregelen die vallen onder de wet van 1990 (aantal opnames ter observatie en voortzetting van gedwongen verblijf) van 38 per 100.000 inwoners per jaar. Daarentegen geeft een berekening enkel op basis van het aantal GO's ter observatie een incidentie van 31 per 100.000 inwoners per jaar.

Voor Nederland geldt de complicatie dat een groep patiënten die reeds met een IBS gedwongen opgenomen is een nieuwe maatregel (een voorlopige RM) ondergaan wanneer de gedwongen opname langer dan 3 weken moet duren. Dit leidt in deze situatie tot een dubbele telling en dus overschatting van de incidentie in Nederland, want eigenlijk betreft het dan een voortzetting van dezelfde GO. Aangezien de datasets waarover wij beschikken hierover geen gegevens bevatten, konden wij hiervoor niet corrigeren.

Een derde valkuil is het gebruik van incidentie- of prevalentiecijfers: de Belgische gegevens van 1996 (FOD Volksgezondheid 1996) betreffen de prevalentie, de data van 1997, 1998 tot 2008 de incidentie (FOD Volksgezondheid 1998, 1999-2003; 2004; 2005; 2006; 2007; 2008; Keirse e.a. 2003).

Een vierde valkuil betreft het gebrek aan uniforme registratieprocedures. Zo registreren verschillende landen en verschillende Belgische beleidsinstanties op een verschillende manier. Daarnaast is er een grote variabiliteit tussen specifieke arrondissementen wat betreft onnauwkeurigheden bij het registreren van GO's (FOD Justitie 2003-2010).

Teneinde de eenduidigheid te verhogen startte de Vlaamse Gemeenschap in 2007 een uniform registratie-instrument voor Vlaanderen (Zorginspectie 2007; 2008; 2009). Ook buiten België ontstaan initiatieven om de registratie meer uniform en gestandaardiseerd te laten verlopen.

Om de genoemde valkuilen zo veel mogelijk te vermijden baseerden we ons wat betreft incidentiegegevens voor België op de nieuwe gedwongen opnames (exclusief voortzettingen) en voor Nederland op de nieuwe gedwongen opnames, te weten de IBS en RM exclusief de voorwaardelijke machtiging en de voortgezette machtiging. Daarnaast werden incidentiecijfers systematisch omgerekend naar aantal GO's per 100.000 inwoners per gegeven jaar. Desondanks hebben verschillende valkuilen een impact op dit onderzoek. Zo kennen België en Nederland een verschillend juridisch kader. Daarnaast kennen de twee landen een verschillende registratieprocedure en kan er

niet gecontroleerd worden voor onnauwkeurigheden bij het registreren.

Stijging van de incidentie van GO

Onafhankelijk van de bron blijkt de incidentie van GO in zowel België als Nederland toe te nemen. Binnen de Europese lidstaten bestaat er een grote variabiliteit in de toepassing van dwangopnames. Zo was Finland in 2000 koploper met een incidentie van 218 GO's per 100.000 inwoners. Portugal daarentegen had toen de laagste incidentie met 6 per 100.000 inwoners (Salize & Dressing 2004). Meerdere Europese lidstaten tonen een stijging van de incidentie van het aantal GO's (Duitsland, Nederland, Engeland, België, Portugal, Oostenrijk, Finland en Frankrijk), enkele lidstaten laten een afname zien (Italië, Spanje en Zweden) (De Stefano & Ducci 2008; Priebe e.a. 2005; Salize & Dressing 2005).

De incidentiecijfers voor GO in Nederland zijn hoger dan die in België. Dit kan mogelijk worden verklaard door een bredere wettelijke formulering en interpretatie van het gevaarscriterium in Nederland in vergelijking met België (van Tilburg e.a. 2008).

Factoren die meespelen in de stijging van de incidentie van GO

Volgens Nederlands onderzoek is verstedelijking een belangrijke factor bij de stijgende incidentie van GO (Van Vree e.a. 2002). Over de periode 2002-2006 kwam de groei van het aantal IBS'en voor een groot deel op het conto van de grote steden (Inspectie voor de Gezondheidszorg 2007). Met verstedelijking neemt het relatieve aantal Bopz-maatregelen toe, evenals de diversiteit van de Bopz-problematiek (Wierdsma e.a. 2010). Zo kent men in Maastricht, met 120.000 inwoners, tussen november 2005 en oktober 2006, 13,2 dwangopnames per 10.000 inwoners in de leeftijdscategorie van 20 tot 65 jaar. Voor diezelfde periode en binnen dezelfde leeftijdscategorie kent men in Groningen, met 180.000 inwoners, en Rotterdam, met 600

000 inwoners, respectievelijk 18,0 en 30,1 dwangopnames per 10.000 inwoners (Wierdsma e.a. 2010). In Brussel ligt het aantal GO's per inwonersaantal duidelijk hoger dan in Vlaanderen of Wallonië (respectievelijk 76, 47 en 39/100.000 inwoners in 2008). Het aantal vrijwillige psychiatrische opnames ligt eveneens hoger in steden dan in landelijke gebieden (Dekker e.a. 1997). Voornamelijk psychotische stoornissen komen opmerkelijk vaker voor in de stad dan op het platteland (Dekker e.a. 1997; Krabbendam & Van Os 2005).

Interessant is dat het aantal GO's en de relatieve toename ervan slechts beperkt lager zijn bij een beter geïntegreerde gezondheidszorg (Wierdsma & Mulder 2009). Mulder e.a. (2006) constateren dat de toename van het jaarlijkse aantal GO's in Nederland significant versnelde na het invoeren van de Wet Bopz in 1994. Volgens de auteurs kan dit samenhangen met de introductie van deze wet, die stelt dat een vrijwillige opname alleen kan met uitdrukkelijke toestemming van de patiënt. Dit heeft mogelijk geleid tot een toename van het aantal GO's, aangezien in twijfelgevallen over de bereidheid tot opname een juridische maatregel moest volgen.

Andere mogelijke oorzaken van de stijging van het aantal GO's zijn een verkorte opnameduur en veranderende maatschappelijke opvattingen. Uit onderzoek naar de gevaarcriteria voor IBS in Nederland blijkt bijvoorbeeld dat er in de periode 2000-2004 een verschuiving is opgetreden in de toegepaste gevaarcriteria (Mulder e.a. 2008). Het bleek onder andere dat relatief meer patiënten met een IBS werden opgenomen in verband met het gevaarcriterium 'agressie oproepen bij anderen'. Dit wijst mogelijk op een verminderde maatschappelijke tolerantie van afwijkend gedrag en sluit ook aan bij de hypothese dat de toename van het aantal GO's verband houdt met een maatschappelijke cultuur van risicovermijding die steeds meer bereid is vrijheid op te offeren om de maatschappelijke veiligheid te doen toenemen. Ook professionele risicovermijding, onder andere uit medisch-juridische overwegingen, kan bijdragen aan een toename van het aantal GO's.

Een Nederlands overheidsonderzoek brengt het aantal IBS'en in verband met algemeen geldende en lokale factoren. Algemene factoren waren: algemene maatschappelijke ontwikkelingen, ontwikkelingen in wet- en regelgeving en jurisprudentie. Als lokale factoren noemde men: onderlinge afstemming tussen verschillende disciplines, kwaliteit van ggz, persoonlijke visie van betrokkenen, urbanisatiegraad, opnamecapaciteit ggz, outreachende en preventieve hulpverlening, incidenten in het verleden en politieke *couleur locale* (Van Vree e.a. 2002). Salize en Dressing (2004) stellen dat de toename van het aantal GO's per bevolkingsaantal mogelijk een veranderende psychiatrische zorg weerspiegelt, die neigt naar een kortere opnameduur en frequentere heropnames. Voor België vonden we geen specifieke onderzoeken terug naar redenen van gestegen incidentie van GO.

Naast een globale stijging van het aantal GO's wordt binnen bepaalde subgroepen een snellere toename van het aantal GO's gezien in de tijd. Zo beschrijven Lelliott en Audini (2003) binnen een Engelse populatie een snellere toename van het aantal GO's bij jongere mannen, bij bepaalde etnische minderheden en bij personen met dementie. De auteurs verbinden deze toename met factoren binnen de zorgsector (voornamelijk reductie van het aantal bedden), een cultuur van risicovermijding en verandering van het effect van middelenmisbruik op de presentatie van mentale stoornissen (Lelliott & Audini 2003).

Mulder e.a. (2008) onderzochten of dit ook voor een Nederlandse populatie gold en vonden een toename van IBS tussen 2000 en 2004 binnen de subgroep van patiënten ouder dan 50 jaar (toename met 25-40%), de subgroep van patiënten met dementie (toename met 59%), met andere organische mentale aandoeningen (toename met 40%), en met middelenabusus (toename met 36%).

Diagnose bij GO

De meest voorkomende diagnose bij gedwongen opname in België en Nederland blijkt psy-

choso/schizofrenie. Ook in internationale literatuur wordt voornamelijk de diagnose van schizofrenie (Cougnaud e.a. 2004; Fennig e.a. 1999; Riecher e.a. 1991; Salize & Dressing 2004; Sanguineti e.a. 1996) / andere psychose (Fennig e.a. 1999; Riecher e.a. 1991; Salize & Dressing 2004), maar ook persoonlijkheidsstoornissen, verslaving, dementie, seniele psychose of manie in verband gebracht met GO (Riecher e.a. 1991; Salize & Dressing 2004). Verassend is dat middelenabusus in België in de top 3 van hoofddiagnoses bij GO staat, maar dat dit niet zo is in Nederland. Hoewel de verklaring vermoedelijk niet eenduidig is, kan mogelijk het op zichzelf staande en uitgebouwde drughulpverleningsnetwerk in Nederland hier een rol in spelen. Binnen Europa varieert het aandeel van middelenabusus als hoofddiagnose bij GO dan weer aanzienlijk (Salize & Dressing 2004).

CONCLUSIE

De valkuilen bij het onderzoek naar de epidemiologie van GO leiden ertoe dat de gepresenteerde gegevens met enige voorzichtigheid dienen te worden geïnterpreteerd. Het globale patroon laat echter duidelijk zien dat we het laatste decennium te maken hebben met een stijging van het aantal GO's, vooral in stedelijke gebieden en dat we moeten denken aan maatregelen ter preventie van GO om deze trend te keren. Daarnaast is uniformiteit en standaardisatie in de registratie van GO nodig om de vergelijkbaarheid en kwaliteit van de gegevens te verbeteren.

NOOT

1 Namens de Stuurgroep Gedwongen Opname, waarvan behalve de auteurs deel uitmaakten: Bart Goossens (Broeders van Liefde), Kurt Lievens (provinciaal overlegplatform Oost-Vlaanderen *POPOV*), Kristiaan Rotthier (vrederechter), dr. Marc Servaes (toenmalig inspecteur Zorginspectie), Lieve Van Segbroeck (Zorginspectie), Karine Moykens (Kabinetschef minister Vandeurzen), prof. dr. Bernard Sabbe (Universiteit Antwerpen/*CAPRI*), Stef Van Eekert (Zorginspectie), Kathleen Verreth (Departement Welzijn, Volksgezondheid & Gezin, Vlaamse Overheid).

LITERATUUR

- ADSEI, FOD economie, K.M.O., middenstand en energie. Bevolking van Belgische en vreemde nationaliteit naar geslacht, de oppervlakte van de administratieve eenheid en bevolkingsdichtheid 1989-2009. Brussel: ADSEI; 2010.
- Benoit G, De Fruyt J, Nys H, Rommel G, Steegen G, Van Peteghem P, e.a., red. De bescherming van de persoon van de geesteszieke. Brugge: Die Keure; 2010.
- Centraal Bureau voor de Statistiek. Totale Nederlandse bevolking 1990-2010. 2011. <http://www.cbs.nl>
- Cougnaud A, Kalmi E, Desage A, Misdrahi D, Abalan F, Brun-Rousseau H, e.a. Factors influencing compulsory admission in first-admitted subjects with psychosis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004; 39: 804-9.
- De Stefano A, Ducci G. Involuntary admission and compulsory treatment in Europe. *Int J Ment Health* 2008; 37: 10-21.
- Dekker J, Peen J, Gardien R, de Jonghe F, Wijdenes W. Urbanisation and psychiatric admission rate in the Netherlands. *Int J Soc Psychiatry* 1997; 43: 235-46.
- Dressing H, Salize HJ. Is there an increase in the number of compulsory admissions of mentally ill patients in European Union member states? *Gesundheitswesen* 2004; 66: 240-5.
- Fennig S, Rabinowitz J, Fennig S. Involuntary first admission of patients with schizophrenia as a predictor of future admissions. *Psychiatr Serv* 1999; 50: 1049-52.
- FOD Volksgezondheid. Nationaal Verslag MPG 1996; 1998; 1999-2003; 2004; 2005; 2006; 2007; 2008.
- FOD Justitie. De jaarlijkse statistieken van de hoven en de rechtbanken - gegevens 2002; 2003; 2004; 2005; 2006; 2007; 2008; 2009 - vredegerichten. 2003; 2004; 2005; 2006; 2007; 2008; 2009; 2010. <http://www.just.fgov.be>
- Hattori I, Higashi T. Socioeconomic and familial factors in the involuntary hospitalization of patients with schizophrenia. *Psychiatry clinical neurosci* 2004; 58: 8-15.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg. Tabellenboek Wet Bopz 2002-2006. Den Haag: IGZ; 2007. <http://www.igz.nl/actueel/nieuws/bopzverschillentussenregiosenzorginstellingen.aspx>
- Keirse W, Bruffaerts R, Igodt P, Van Daele B, Demyttenaere K. Evaluatie van de wet op de gedwongen opname - Rapport Beleidsondersteunend Onderzoek. Leuven: KULeuven; 2003.
- Krabbendam L, van Os J. Schizophrenia and urbanicity: a major environmental influence - conditional on genetic risk. *Schizoph Bull* 2005; 31: 795-9.

- Lecompte D. The paradoxical increase in involuntary admission after revision of the civil commitment law in Belgium. *Med Law* 1995; 14: 53-7.
- Lelliott P, Audini B. Trends in the use of Part II of the Mental Health Act 1983 in seven English local authority areas. *Br J Psychiatry* 2003; 182: 68-70.
- Lorant V, Depuydt C, Gillain B, Guillet A, Dubois V. Involuntary commitment in psychiatric care: what drives the decision? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2007; 42: 360-5.
- Mihai A, Allen MH, Beezhold J, Rosu C, Nirestean A, Damsa C. Are female psychiatry residents better to propose in emergency a voluntary admission? *Psychiatr Q* 2009; 80: 233-9.
- Morgan C, Mallett R, Hutchinson G, Bagalkote H, Morgan K, Fearon P, e.a. Pathways to care and ethnicity. 1: Sample characteristics and compulsory admission. Report from the AESOP study. *Br J Psychiatry* 2005; 186: 281-9.
- Mulder CL, Broer J, Uitenbroek D, van Marle P, van Hemerten 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.
- Mulder CL, Koopmans GT, Lyons JS. Determinants of indicated versus actual level of care in psychiatric emergency services. *Psychiatr Serv* 2005; 56: 452-7.
- Mulder CL, Uitenbroek D, Broer J, Lendemeijer B, van Veldhuizen JR, van Tilburg W, e.a. Changing patterns in emergency involuntary admissions in the Netherlands in the period 2000-2004. *Int J Law Psychiatry* 2008; 31: 331-6.
- Nuijen J. Trendrapportage GGZ 2010. Deel 2 Toegang en zorggebruik. Utrecht: Trimbos-instituut; 2010. p. 115-22.
- PopovGGZ vzw. Overzicht gegevens gedwongen opname Oost-Vlaanderen 1995-2006. Gent: 2007. <http://www.popovggz.be/?action=onderdeel&onderdeel=215&titel=documenten>
- Post L van der, Mulder CL, Bernardt CML, Schoevers RA, Beekman ATF, Dekker J. Involuntary admission of emergency psychiatric patients: report from the Amsterdam Study of Acute Psychiatry. *Psychiatr Serv* 2009; 60: 1543-6.
- Post L van der, Peen J, Schoevers RA, Dekker J. Psychiatrische behandeling na een inbewaringstelling. *Tijdschr Psychiatr* 2004; 46: 209-17.
- Priebe S, Badeconyi A, Fioretti A, Hansson L, Killian R, Torres-Gonzales F, e.a. Reinstitutionalisation in mental health care: comparison of data on service provision from six European countries. *BMJ* 2005; 123-6.
- Riecher A, Rössler W, Löffler W, Fatkenheuer B. Factors Influencing Compulsory Admission of Psychiatric-Patients. *Psychol Med* 1991; 21: 197-208.
- Riecher-Rössler A, Rössler W. Compulsory admission of psychiatric patients - An international comparison. *Acta Psychiatr Scand* 1993; 87: 231-6.
- Rotthier K. Gedwongen opname. De rechtsbescherming van de psychiatrische patiënt. Brugge: Die Keure; 2007.
- Salize HJ, Dressing H, Peitz M. Compulsory admission and involuntary treatment of mentally ill patients. Legislation and practice in EU-member states. European Commission Research Project. Mannheim: CIMH: 2002. <http://s395229360.onlinelibrary.com/onlinehome.us/Countries/EU/fp—promotion—2000—frep—08—en.pdf>
- Salize HJ, Dressing H. Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across the European Union. *Br J Psychiatry* 2004; 184: 163-8.
- Salize HJ, Dressing H. Coercion, involuntary treatment and quality of mental health care: is there any link? *Curr Opin Psychiatry* 2005; 18: 576-84.
- Sanguineti VR, Samuel SE, Schwartz SL, Robeson MR. Retrospective study of 2200 involuntary psychiatric admissions and readmissions. *Am J Psychiatry* 1996; 153: 392-6.
- Segal SP, Laurie TA, Segal MJ. Factors in the use of coercive retention in civil commitment evaluations in psychiatric emergency services. *Psychiatr Serv* 2001; 52: 514-20.
- Tilburg W van, van Veldhuizen JR, Beijaert EW, van de Ven-Dijkman MV, Mulder CL, Schulte PFF, e.a., red. Richtlijn besluitvorming dwang: opname en behandeling. Utrecht: De Tijdstroom; 2008. <http://www.nvvp.net/publicaties/richtlijnen/>
- Vlabo vzw. Gedwongen opnamen in Vlaams-Brabant - bespreking cijfergegevens 2001-2007. 2008.
- Vree F van, Scholten C, Nieuwstraten A, de Klaver P. Inbewaringstelling in Nederland. Verkenning van factoren die het aantal inbewaringstellingen beïnvloeden. Leiden: Research voor Beleid; 2002.
- Wet van 26 juni 1990 betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke. *Belgisch Staatsblad* 1990.
- Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen. *Nederlands Staatsblad* 1992.
- Wierdsma AI, van Marle PD, Mulder CL. Aantallen en patronen van inbewaringstellingen en rechterlijke machtigingen in Maastricht, Groningen en Rotterdam. *Tijdschr Psychiatr* 2010; 52: 143-53.

Wierdsma AI, Mulder CL. Does mental health service integration affect compulsory admissions? *Int J Integr Care* 2009; 9; e90.

Zinkler M, Priebe S. Detention of the mentally ill in Europe - a review. *Acta Psychiatr Scand* 2002; 106: 3-8.

Zorginspectie (Vlaamse Gemeenschap). Jaarverslag Gedwongen Opname. Brussel: 2007; 2008; 2009.

AUTEURS

KATRIEN SCOEVAERTS, arts in opleiding tot psychiater en wetenschappelijk medewerker, UPC-KU Leuven, campus Gasthuisberg, Leuven.

RONNY BRUFFAERTS, licentiaat Psychologie, dr. Medische Wetenschappen en hoofddocent Psychiatrie, UPC-KU Leuven, campus Gasthuisberg, Leuven.

CORNELIS L. MULDER, psychiater en bijzonder hoogleraar Openbare ggz, Onderzoekscentrum O3 (thans: Epidemiologisch en Sociaal Psychiatrisch Research instituut), afd. Psychiatrie, Erasmus MC, Rotterdam.

JORIS VANDENBERGHE, psychiater en docent, UPC-KU Leuven, campus Gasthuisberg, Leuven, en CGG Vlaams-Brabant Oost, Leuven.

Correspondentieadres: prof. dr. Joris Vandenberghe, UPC-KUL, campus Gasthuisberg, Herestraat 49, B-3000 Leuven, België.

E-mail: Joris.vandenberghe@med.kuleuven.be.

Geen strijdige belangen meegegeed.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 4 juni 2012.

SUMMARY

An increase of compulsory admissions in Belgium and the Netherlands: an epidemiological exploration – K. Schoevaerts, R. Bruffaerts, C.L. Mulder, J. Vandenberghe –

BACKGROUND Although compulsory admission (CA) is highly relevant to society, epidemiological data for European countries are scarce and of limited reliability and comparability. In several European countries the incidence of CA seems to be increasing.

AIM To estimate the incidence and evolution of CA in Belgium and the Netherlands by pooling and analysing available epidemiological data.

METHOD We reviewed the literature systematically, paying particular attention to relevant epidemiological data (in published articles and in grey literature). All data were (re)calculated into yearly incidence rates of CA per 100,000 inhabitants.

RESULTS The incidence of CA increased by 42% in Belgium (1999–2008) and by 25% in the Netherlands (2002–2009), culminating in incidence rates of 47/100,000/y (Belgium, 2008) and 80/100,000/y (Netherlands, 2009). Between-country differences can be attributed partly to differences in the legal systems. More detailed results, regional differences, and problems with the comparison of epidemiological data on CA are discussed.

CONCLUSIONS Our data point to a significant increase of the incidence of CA in both Belgium and the Netherlands. To improve the comparability and quality of the data on CA, European countries will need to strive for greater uniformity and standardisation in the way these data are registered.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 55(2013)1, 45-55]

KEY WORDS civil commitment registration, compulsory admission, coercion