

Stijgende trend in dwangtoepassing onder de Wet Bopz zet door; implicaties voor de nieuwe Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg

J. BROER, H. KOETSIER, C.L. MULDER

- ACHTERGROND** Het gebruik van dwang in de geestelijke gezondheidszorg is na de introductie van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz) doorlopend toegenomen. Uit de derde evaluatie van deze opnamewet in 2002 bleek dat de Wet Bopz niet meer aansluit bij de hedendaagse opvattingen. Er wordt gewerkt aan een nieuwe Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (WVGZ). Een van de doelstellingen van de nieuwe wet is het verminderen van het aantal dwangopnames, o.a. door het meer inzetten van ambulante dwang.
- DOEL** Beschrijven van trendcijfers van Bopz-aanvragen over de periode 2003-2013. Formuleren van aandachtspunten voor toekomstige monitoring van dwang in de zorg.
- METHODE** Analyse van cijfers over Bopz-aanvragen op basis van de cijfers van de Raad voor de Rechtspraak.
- RESULTATEN** Het aantal absolute inbewaringstellingen (IBS) was van 2003 tot en met 2013 met 15% toegenomen en gecorrigeerd voor bevolkingsomvang nam het toe van 43 tot 47 per 100.000 inwoners. Het aantal rechterlijke machtigingen verdubbelde van 44 per 100.000 in 2003 tot 89 per 100.000 inwoners in 2013. Hoewel de grootste toename zich voordeed bij de voorwaardelijke machtigingen, nam ook het aantal dwangopnames met een voorlopige machtiging in deze periode toe. Meer gedetailleerde studies, naar kenmerken van patiënten die dwang ondergaan, waren niet mogelijk vanwege gebrekkige registratiesystemen.
- CONCLUSIE** Het gebruik van ambulante dwang en dwangopnames in de ggz in Nederland neemt toe. Er is dringend behoefte aan meer gedetailleerde registratie van de aard en duur van dwangmaatregelen in de psychiatrie en aan behandelvormen die het toepassen van dwang in de ggz kunnen voorkomen.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 57(2015)4, 240-247

TREFWOORDEN dwangopname, registratie, voorwaardelijke machtiging, Wet Bopz, Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg



ARTIKEL



Het aantal onvrijwillige opnames is sinds het in werking treden van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz) in januari 1994 doorlopend gestegen (Giesbers & Broer 2011; Mulder e.a. 2006). Uit de derde evaluatie van de Wet Bopz bleek dat deze wet te ingewikkeld was geworden en niet meer past bij de opvatting en de werkwijze van de geestelijke gezondheidszorg

(Evaluatiecommissie Bopz 2002). De afgelopen jaren is er veel aandacht geweest om het gebruik van intramurale dwang te verminderen (Voskes e.a. 2011). Mede door de toename van het aantal toegekende Bopz-maatregelen is de inzet van patiëntenverenigingen, beleidsmakers en zorginstanties om het aantal onvrijwillige opnames te verminderen. Mede om dit te realiseren zijn in 2003 de

voorwaardelijke machtiging (vw) en de machtiging op eigen verzoek (MEV) geïntroduceerd, waarbij verplichte behandeling onder voorwaarden buiten ggz-instellingen gegeven kon worden. Hiermee werd ook tegemoetgekomen aan de wens van de evaluatiecommissie om de koppeling tussen behandeling en gedwongen opname los te laten. Een ander belangrijk motief voor de introductie van de voorwaardelijke machtiging was de aanname dat hiermee dwangopnames voorkomen zou kunnen worden (Burns 2013).

Hoewel de voorwaardelijke machtiging in een duidelijke behoefte lijkt te voorzien is er brede steun om de Wet Bopz (opnamewet) te vervangen door een behandelwet, de nieuwe Wvggz. In de Wvggz ligt de nadruk op het toepassen van vrijwillig alternatieven en op het leveren van verplichte zorg als ultimum remedium in de vorm van (vooral ambulante) zorg op maat met als uiterste vorm een dwangopname.

In de Wvggz worden de volgende doelen geambieerd: 1. versterken rechtspositie van de cliënt, 2. getrapte zorg door vroegere signalering van problematiek waarbij het netwerk rondom de cliënt wordt ingezet, 3. meer drang en – als laatste middel – pas dwang en het verminderen van dwangopnames, 4. verbeteren van de kwaliteit van zorg door bewust rekening te houden met de wensen van de cliënt, 5. gestructureerde behandelplannen, en 6. ambulante zorg op maat door maatschappelijke randvoorwaarden te creëren (wonen, inkomen, participatie).

Verplichte zorg is een laatste redmiddel en dient gepaard te gaan met waarborgen. De criteria voor verplichte zorg in de Wvggz zijn de aanwezigheid van een psychische stoornis (vastgesteld door een onafhankelijk psychiater), het gedrag dat veroorzaakt wordt door deze stoornis leidt tot een (onmiddellijk en) aanzienlijk risico op ernstige schade voor betrokkene zelf of voor andere personen in zijn of haar omgeving. Deze schade kan alleen afgewend worden door het verlenen van verplichte zorg. Deze zorg dient, veel meer dan nu het geval is, ook buiten instellingen te worden toegepast.

Om in de toekomst het effect van deze wet op de frequentie van toepassing van ambulante dwang en ook het aantal dwangopnames goed te kunnen vergelijken met de huidige frequentie van deze dwangtoepassingen is het wenselijk om de huidige trends goed in kaart te brengen. Eerder werd in dit tijdschrift de toename van het totaal aantal dwangopnames in Nederland, vergeleken met België, beschreven over de periode 1999-2009 (Schoevaerts e.a. 2013). In dit artikel schetsen wij de ontwikkelingen van het aantal Bopz-toepassingen, uitgesplitst naar 1BS'en en soorten RM's over de periode 2003-2013 en wat deze ontwikkelingen betekenen in het licht van de nieuwe Wvggz.

AUTEURS

JAN BROER, epidemioloog en forensisch arts, GGD Groningen.

HUGO KOETSIER, geneesheer-directeur, GGZ Noord-Holland-Noord, Heiloo.

NIELS MULDER, bijzonder hoogleraar Openbare Geestelijke Gezondheidszorg, Epidemiologisch en Sociaal Psychiatrisch Research Instituut, Erasmus MC, Rotterdam.

CORRESPONDENTIEADRES

Dr. J. Broer, afd. Advies & Beleid publieke gezondheidszorg, GGD Groningen, Postbus 584, 9700 AN Groningen.

E-mail: jan.broer@ggd.groningen.nl

BIJDRAGE AAN DIT ARTIKEL

JAN BROER: opzet, opvragen, bewerken brongegevens, interpretatie en schrijven artikel.

HUGO KOETSIER: regionale ervaringen en inbreng in de discussie van het artikel.

NIELS MULDER: opzet, interpretatie en schrijven artikel.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 13-10-2014.

METHODE

Registratie van Bopz-aanvragen gebeurt bij diverse instanties die een rol hebben in dit werkproces. Dat zijn achtereenvolgens: gemeenten, Openbaar Ministerie (OM), rechtbank/Raad voor de Rechtspraak en de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Tot en met 2009 hield de IGZ, via het Bopz-zorginformatiesysteem (Bopzis), het aantal Bopz-aanvragen bij. Daarbij werden kenmerken van de patiënt, type machtiging en de beslissing van de Bopz-rechter vastgelegd. Hierover werden incidenteel rapportages opgesteld en op verzoek voor wetenschappelijk onderzoek beschikbaar gesteld (Inspectie voor de Gezondheidszorg 2007). In 2010 is IGZ gestopt met het beschikbaar stellen van geaggregeerde Bopzis-gegevens omdat zij deze registratie niet meer als haar primaire taak zag. Daarom vroegen wij bij de Raad voor de Rechtspraak om het aantal Bopz-aanvragen voor de periode 2003-2013. De aantallen 1BS'en en RM's per kalenderjaar werden berekend per 100.000 inwoners. Voor de bevolkingsomvang maakten wij gebruik van gegevens van het Centraal Bureau voor de Statistiek op 1 januari van ieder kalenderjaar (Centraal Bureau voor de Statistiek 2014).

RESULTATEN

Het absolute aantal IBS'en nam toe van 6923 in 2003 tot 7964 in het jaar 2013 (een toename van 15%; **TABEL 1**). Echter, na correctie voor de bevolkingsomvang bleek het aantal IBS'en in de periode 2003-2013 te variëren tussen 40 tot 47 per 100.000 inwoners (**FIGUUR 1**). Er was geen lineaire toename. In de cijfers van de Raad voor de Rechtspraak was het aantal IBS'en in 2008 beduidend lager dan in voorgaande jaren; dit was mogelijk een artefact (**TABEL 1** en **FIGUUR 1**). Gezien het aantal IBS'en in de voorafgaande en volgende jaren was een eenmalige daling met 18% onwaarschijnlijk. Het aantal machtigingen tot voortzetting IBS in de cijfers van de Raad voor de Rechtspraak was 1% lager dan die bij IGZ. Dit was een klein verschil, dat vermoedelijk verklaard kan worden door andere administratieve procedures.

Het absolute aantal RM's, inclusief het aantal voorwaardelijke machtigingen, was van 2003 tot 2013 verdubbeld: van 7371 tot 14902 (**FIGUUR 2 EN 3**).

In **FIGUUR 3** is een onderscheid gemaakt naar type RM. Het aantal voorlopige machtigingen (duur opname tot een half jaar) nam in de periode 2003-2013 met 55% toe. De toename was sterker vanaf 2007. De toename van de machtigingen voortgezet verblijf (22% in de afgelopen 10 jaar) deed zich vooral voor vanaf 2009. De grootste toename in het gebruik van dwang deed zich voor in het aantal voorwaardelijke machtigingen: van 57 in 2003 tot 4699 in

kalenderjaar 2013. Na een snelle toename stabiliseerde het aantal voorwaardelijke machtigingen van 2006-2008. In de periode 2008-2013 was er weer een sterke stijging (de stijging in deze periode was gemiddeld 15% per jaar).

DISCUSSIE

Toename aantal dwangmaatregelen

Het aantal dwangopnames is de afgelopen jaren gestegen, vooral de voorlopige en voortgezette machtigingen. Ook het aantal ambulante voorwaardelijke machtigingen is fors gestegen. Het aantal machtigingen tot voortzetting IBS is wel toegenomen, echter minder uitgesproken.

De stijging in deze dwangmaatregelen was al in gang gezet voor de introductie van de Wet Bopz (Mulder e.a. 2006; Schoevaerts e.a. 2013). Voor de IBS'en is bekend dat deze stijging zich na de introductie van de Wet Bopz versneld heeft doorgezet. Na het van kracht worden van de Wet Bopz konden patiënten niet meer zonder uitdrukkelijke instemming vrijwillig opgenomen zijn. In geval van twijfel werd het noodzakelijk om een juridische maatregel te nemen (Mulder e.a. 2006).

Relevante factoren

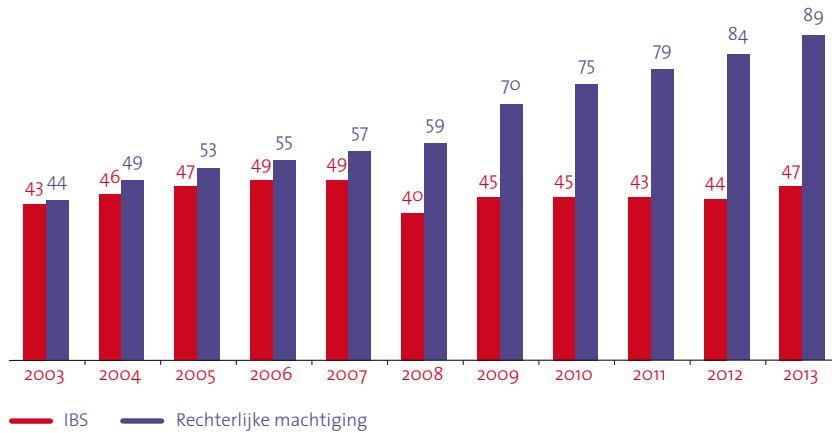
Een aantal factoren kan hebben bijgedragen aan de toename van Bopz-maatregelen:

TABEL 1 Bopz-aanvragen in Nederland 2003-2013 (bron cijfers Raad voor de Rechtspraak)

Type Bopz-aanvraag	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	verhouding 2013 vs. 2003
IBS	6923	7402	7700	8002	8031	6610	7340	7422	7458	7377	7964	115%
RM	7371	8010	8600	8931	9381	9703	11558	12500	13235	13979	14902	202%
Type RM												
- VM	3979	3916	4064	4163	4395	4712	5495	5690	5837	5937	6163	155%
- MVV	3249	3133	3212	2678	2796	2712	3195	3455	3620	3705	3966	122%
- VW	57	860	1256	1960	2081	2187	2755	3272	3689	4244	4699	-
- Eigen Verzoek	86	101	68	78	72	63	112	77	86	92	65	76%
- Observatie	0	0	0	52	37	29	1	1	0	0	0	-
- Zelfbinding	0	0	0	0	0	0	0	5	3	1	9	-
Totaal onvrijwillige opnames	14294	15412	16300	16933	17412	16313	18898	19922	20693	21356	22866	160%
Verhoudingsgetal t.o.v. 2003	100	108	114	118	122	114	132	139	145	149	160	

IBS: inbewaringstelling; RM: rechterlijke machtiging; VM: voorlopige machtiging; MVV: machtiging voortgezet verblijf; VW: voorwaardelijke machtiging.

FIGUUR 1 Door Bopz-rechter behandelde aanvragen in Nederland 2003-2013 (aantal per 100.000 inwoners)



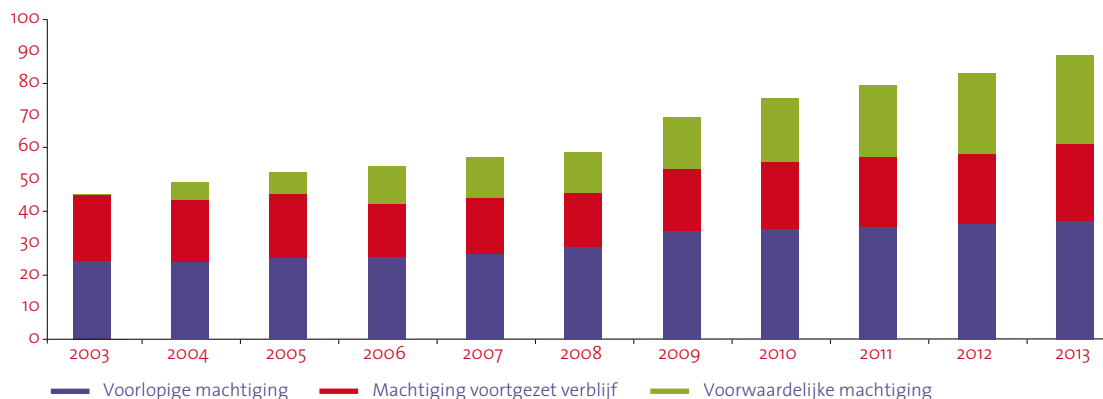
- Leeftijdsofbouw van de bevolking. Bopz-maatregelen worden verhoudingsgewijs vaker voorgeschreven bij jongvolwassenen (Broer 2008). De leeftijdscategorie 20-40-jarigen nam tussen 1970 en 1990 sterk toe (+34%) vergeleken met de totale bevolking (+14%) (CBS Statline 2014), hetgeen zich weerspiegelt in hogere aantallen Bopz-maatregelen enkele decennia later. In dit artikel konden wij niet corrigeren voor verschillen per leeftijdscategorie.
- Een afname van het aantal klinische opnamedagen van 40% in 2007 ten opzicht van 1995 (Eysink e.a. 2010), waardoor patiënten eerder worden ontslagen en hierdoor misschien vaker (onder dwang) worden heropgenomen.
- Toename van ambulante contacten (Van Dijk e.a. 2009) waardoor patiënten ‘dichter op de huid’ gezeten worden en gevaar eerder wordt gesignaleerd.
- Meer verstedelijking (Dekker e.a. 1997; Krabbendam & Van Os 2005).

- Verminderde maatschappelijke tolerantie van afwijkend gedrag, zich bijvoorbeeld uitend in een frequenter gebruik van maatschappelijke teloorgang als reden voor het toekennen van een RM (Mulder & Broer 2008).
- Meer aandacht voor een rationele toepassing van de Wet Bopz door psychiaters bij chronisch verslaafde patiënten met comorbiditeit (Van de Berg e.a. 2004).
- Een cultuur van risicovermijding waarbij persoonlijke vrijheden beperkt worden om de maatschappelijke veiligheid te doen toenemen (Schoevaerts e.a. 2013).
- Een (mede door maatschappelijke druk) veranderde houding bij de artsen die moeten beoordelen of een geneeskundige verklaring wordt opgemaakt.

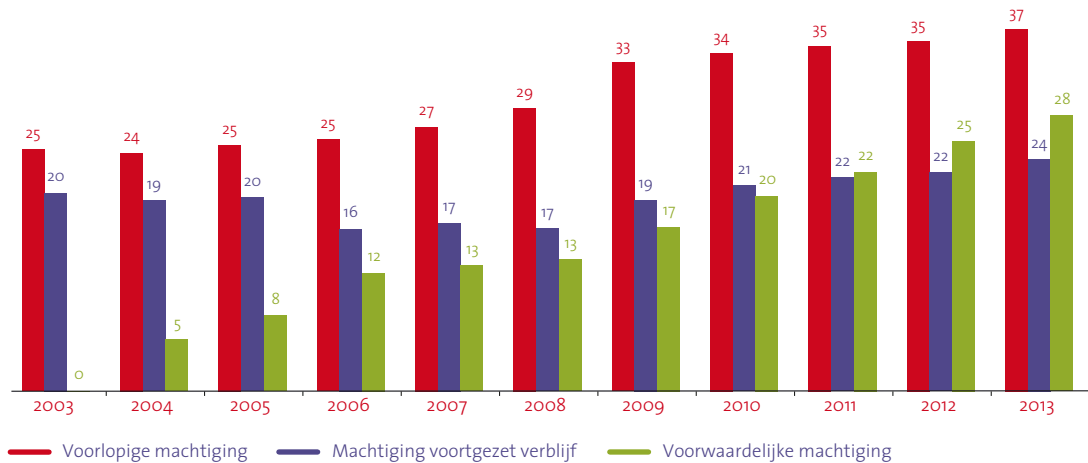
Teloorgang en overlast verminderen zonder dwangopname?

Al tien jaar geleden werd erop gewezen dat de Wet Bopz qua opzet en uitgangspunten achterhaald is, dat er te veel aandacht wordt gegeven aan gevaar en dat het voorkómen

FIGUUR 2 Aanvragen rechterlijke machtiging (RM) naar type in Nederland 2003-2013 (aantal per 100.000 inwoners)



FIGUUR 3 Aanvragen rechterlijke machtiging (RM) naar type in Nederland per jaar (aantal per 100.000 inwoners)



van nadelen voor de gezondheid van de patiënt méér aandacht verdient (Legemate 2004). Ook wij vinden het een goede ontwikkeling dat personen die maatschappelijk teloorgaan ten gevolge van ernstige psychiatrische problemen en/of ernstige verslaving, nadat met bemoeizorg is geprobeerd hen in zorg en/of gediagnosticeerd te krijgen, als laatste redmiddel met dwang bejegend worden. Dit getuigt van goed hulpverlenerschap. Daarbij gaat het er primair niet om dolende patiënten die overlast veroorzaken van de straat te halen. Bij het brede publiek en professionals uit de zorgverlening (onder wie ook politiemedewerkers) is er regelmatig onbegrip hoeveel teloorgang er gedoogd wordt bij zieke mensen met ernstige psychische en/of verslavingsproblemen.

Het maatschappelijk belang van het beperken van overlast is legitiem binnen de grenzen van proportionaliteit, subsidiariteit, doelmatigheid en veiligheid van de geldende wetgeving. De Gezondheidsraad (2004) wees ook op de noodzaak van betere samenwerking tussen hulpverleners van de ggz en verslavingszorg (zorgcoördinatie) en het belang van maatschappelijke omstandigheden. Overlast kan aanleiding zijn om goede diagnostiek en passende zorg aan te bieden. De komst van de kliniek Duurzaam Verblijf in Beilen voor verkommerde patiënten met een dubbele diagnose (afkomstig uit Amsterdam, Groningen en Rotterdam) heeft een bijdrage geleverd aan een betere kwaliteit van leven van deze groep patiënten. Ook elders in het land zijn verkommerde patiënten vaker met dwang in zorg gekomen en dit wordt weerspiegeld in de stijgende trend aan dwangopnames.

De toename van Bopz-maatregelen heeft zich vooral voorgedaan onder het aantal voorwaardelijke machtigingen. Een voorwaardelijke machtiging is bedoeld om patiënten ambulantly goed te kunnen behandelen, waarbij de patiënt zich aan een aantal vooraf afgesproken voorwaar-

des houdt. Dit zou moeten leiden tot minder kans op terugval en daarmee ook tot minder kans op een (her-)opname onder dwang. Uit de cijfers blijkt dit niet. We weten echter niet wat er met het aantal dwangopnames zou zijn gebeurd wanneer de voorwaardelijke machtiging er niet zou zijn geweest.

Ook uit buitenlands onderzoek blijkt dat de *community treatment order* (CTO), de Angelsaksische variant van de voorwaardelijke machtiging, niet leidt tot minder dwangopname (Burns e.a. 2013; Steadman e.a. 2001; Swarz & Swanson 1999). Uit een cochraneanalyse over de Amerikaanse data wordt geconcludeerd dat voorwaardelijke machtigingen geen effect hebben op ambulantly zorggebruik, sociaal functioneren of kwaliteit van leven in vergelijking met de controlegroep (Kisely e.a. 2011). In een systematische review (over de periode 2006-2013) wordt geconcludeerd dat voorwaardelijke machtigingen geen effect hebben op heropnames en de duur van zorggebruik (Maughan e.a. 2014). Het is daarom opvallend dat men zo veel invloed verwacht van de WvGGZ, die vooral inzet op ambulantly onder dwang behandelen, op het voorkomen van dwangopnames.

Zijn dwangopnames op een andere manier te voorkomen?

Opvallend is dat er zeer weinig ander onderzoek is waaruit blijkt dat dwangopnames kunnen worden voorkomen. Bijvoorbeeld interventies ter verbetering van de therapietrouw of het toepassen van crisis- of signaleringsplannen. Tot nu toe zijn de effecten daarvan teleurstellend. Soms lukt het om therapietrouw te verbeteren, maar er zijn vrijwel nooit effecten op klinische symptomen of voorkomen van (dwang)opnames (Staring e.a. 2013).

Wij kennen vier gerandomiseerde onderzoeken naar de effecten van crisissignaleringsplannen. Uit twee onderzoe-

ken (Henderson e.a. 2002; Ruchlewska e.a. 2014) bleek dat het toepassen ervan dwangopnames kon voorkomen. Ander onderzoek liet echter geen effecten van crisissignaleringsplannen zien (Papageorgiou e.a. 2004; Thornicroft e.a. 2013). Er zijn verschillen in type en in de mate van implementatie in de praktijk van de crisisplannen in deze studies. Dit verklaart mogelijk de gevonden verschillen. Misschien dat een betere toepassing van de crisissignaleringsplannen (als een van de modelgetrouwheidscriteria van de FACT-teams) de stijgende trend van meer dwangopnames kan helpen keren.

Intensieve ambulante behandeling

Gericht beleid op regio- en instellingsniveau waar het de beoordeling voor een geneeskundige verklaring betreft, kan het aantal dwangtoepassingen mogelijk terugdringen door altijd serieus te onderzoeken en vast te leggen welke vrijwillige alternatieven overwogen zijn. Intensieve ambulante behandeling zoals ACT en FACT (Mulder & Kroon 2009; Veldhuizen e.a. 2008) heeft mede als doel om (dwang-) opnames te voorkomen. In Nederland bestaan grote regionale verschillen in gebruik van de Wet Bopz (Giesbers & Broer 2011). Bij GGZ Noord-Holland-Noord (een regio met 600.000 inwoners) waar FACT, in combinatie met ambulante behandeling (Johnson e.a. 2008), reeds langere tijd geïmplementeerd is, zijn de IBS'en met 37% afgenomen, van 267 naar 194 in de periode 2009-2013 (33 per 100.000 inwoners in 2013). Het totaal RM's is constant gebleven in deze periode. In Noord-Holland-Noord wordt 8% (HK) van de verzoeken om een IBS of RM door de onafhankelijk psychiater niet gehonoreerd doordat er na overleg geen geneeskundige verklaring geschreven wordt. Ook in de provincie Groningen is het aantal IBS'en en RM's beduidend lager dan landelijk (Broer 2011).

Deze cijfers zijn een aanwijzing dat assertieve ambulante zorg (FACT), *intensive home treatment* (IHT) en beleid hoe om te gaan met een verzoek om een geneeskundige verklaring, mogelijk leiden tot een beperking van het aantal dwangopnames. In Noord-Holland-Noord is één Spoedeisende psychiatrische hulp (SEPH) voor de hele regio georganiseerd samen met alle ketenpartners en aanbieders van spoed psychiatrische hulp. De SEPH hangt samen met de IHT. Dit speelt waarschijnlijk ook een rol bij het lagere aantal IBS'en dan landelijk.

Gaat de nieuwe wet uitkomst bieden?

De intenties van de Wvvgz zijn ambitieus, maar of een afname van dwang in de zorg in het verschiet ligt, is de vraag. Het criterium 'risico op ernstige schade' in de Wvvgz is mogelijk lichter dan het gevaarcriterium in de Wet Bopz. Ook wordt de drempel voor verplichte zorg mogelijk lager als in de wet blijft staan dat een ieder een verzoek voor een

crisismaatregel kan indienen. Over 'schade' en of 'een ieder' in de Wvvgz wordt door de wetgever nog overlegd. We spreken de verwachting uit dat niet alleen de frequentie van ambulante dwang, maar ook die van dwangopnames, zullen toenemen als niet bredere maatregelen worden doorgevoerd dan alleen een nieuwe wet.

Registratie van frequentie, duur en achtergrond van dwangtoepassing

De forse toename van Bopz-toepassingen betreft het aantal maatregelen. Het is onduidelijk of de tijdsperiode dat dwang van toepassing is ook is toegenomen. Ook weten we weinig over patiëntkenmerken en de redenen van dwangtoepassingen. Om beleidsevaluatie mogelijk te maken zal een nieuwe registratiesystematiek ontworpen dienen te worden. Hier ligt een uitdaging voor de beleidsmakers van de Wvvgz om regelgeving te maken waarmee het toepassen van dwang in de zorg specifiekere gemeten kan worden dan nu het geval is. Onder de Wvvgz is digitale registratie beoogd, ook van besluiten die niet leiden tot dwangtoepassing. Regio's zullen deze registraties afgestemd moeten uitvoeren omdat verplichte zorg voor één patiënt zich niet hoeft te beperken tot uitvoering door één zorgaanbieder. Beleidsmakers hebben de eisen en de randvoorwaarden van deze registratie nog niet geformuleerd.

Ten eerste dient dwang, op individueel niveau, anoniem inzichtelijk gemaakt te worden. Hiermee kan op geaggregeerd niveau naar kenmerken (leeftijd, regio, belangrijkste ziekte die schade veroorzaakt, type gevaar, e.d.) geëvalueerd worden. Daarbij dient een onderscheid mogelijk te zijn om eerste en herhaald gebruik van dwangmaatregel te onderscheiden. Daarmee kunnen incidentie en prevalentie van dwang berekend worden. In de beschikbare data over Bopz kan geen onderscheid gemaakt worden in vervolgmachtiging na een eerdere dwangmaatregel.

Ten tweede dient de gemiddelde duur van dwang per maatregel gespecificeerd te worden en patiëntkenmerken en de redenen van de dwang (welke criteria voor gevaar of risico op ernstige schade waren aanleiding tot de dwang) dienen verzameld te worden. Daarmee kan vervolgens nauwkeuriger berekend worden of dwang in de zorg toedan wel afneemt, bij wie en waarom.

Ten derde dient bij trendanalyses over langere perioden gestandaardiseerd te worden voor leeftijdsopbouw.

Ten vierde is het dringend noodzakelijk om bestaande interventies, zoals FACT en SEPH/IHT, maar ook nieuw te ontwikkelen en meer specifieke interventies, programma-tisch te toetsen op hun vermogen om dwang te voorkomen. Ten vijfde is registratie van besluiten om niet tot dwang over te gaan met inhoudelijke motivatie noodzakelijk. Daarbij moet ook worden vastgelegd welke alternatieven het mogelijk maakten om van dwang af te zien.

LITERATUUR

- Berg I van den, Mulder CL, Olivier E, e.a. Rotterdamse richtlijn voor de beoordeling van chronisch verslaafde patiënten met psychische co-morbiditeit in verband met de rechterlijke machtiging. Rotterdams P5-overleg, Rotterdam; 2004.
- Broer J. Trend in Bopz-maatregelen 1995-2007. Werkconferentie ontwikkelingen wet Bopz. Groningen: UMCG; 2008.
- Broer J. Trend in toename van Bopz-maatregelen in de provincie Groningen 1995-2010. Rapportage overleg justitie politie en psychiatrie. Groningen: GGD Groningen; 2011.
- Burns T, Rugkåsa J, Molodynski A, Dawson J, Yeeles K, Vazquez-Montes M, e.a. Community treatment orders for patients with psychosis (OCTET): a randomised controlled trial. *Lancet* 2013; 381: 1627-33.
- Centraal Bureau voor de Statistiek. Totale Nederlandse bevolking 2003-2013 en 1970-1900 naar leeftijdsgroep. <http://www.cbs.nl>.
- Dijk S van, Knispel A, Nuijen J. GGZ in tabellen 2009. Utrecht: Trimbos-instituut; 2010.
- Evaluatiecommissie BOPZ. Derde evaluatie Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen. Conclusies en aanbevelingen van de begeleidingscommissie. Den Haag: ZonMw; 2002.
- Eysink PED, van Wieren S, Poos MJJC. Schizofrenie: welke zorg gebruiken patiënten en wat zijn de kosten. Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM; 2010.
- Gezondheidsraad. Noodgedwongen (commissie voor niet opgenomen acute psychiatrische patiënten). Den Haag; Gezondheidsraad; 2004.
- Giesbers H, Broer J. Toegekende Rechterlijke Machtiging per gemeente 2005-2009. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationale Atlas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, 9 september 2011. <http://www.zorgatlas.nl/zorg/geestelijke-gezondheidszorg/gebruik/afgegeven-last-tot-inbewaringstelling-per-gemeente/>
- Henderson C, Flood C, Leese M, Thornicroft G, Sutherby K, Szmukler G. Effect of joint crisis plans on use of compulsory treatment in psychiatry: single blind randomized controlled trial. *BMJ* 2004; 329: 136-8.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg. Tabellenboek Wet Bopz 2002-2006. De belangrijkste kwantitatieve ontwikkelingen Wet Bopz in beeld gebracht. Den Haag: IGZ; 2007.
- Johnson S, Needle J, Bindman JP, Thornicroft G. Crisis resolution and home treatment in mental health. Cambridge: Cambridge Medicine; 2008.
- Kisely S, Campbell LA, Preston NJ. Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane Database Syst Rev* 2011; 3: CD004408.
- Krabbendam L, van Os J. Schizophrenia and urbanicity: a major environmental influence – conditional on genetic risk. *Schizophr Bull* 2005; 31: 795-9.
- Legemate J. Betere behandeling van zorgmijdende psychiatrische patiënten: discussie over de wetgeving niet isoleren van andere factoren en overwegingen. *Ned Tijdschr Geneeskd* 2004; 148: 1130-1.
- Maughan D, Molodynski A, Rugkåsa J, Burns T. A systematic review of the effect of community treatment orders on service use. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2014; 49: 651-63.
- Mulder CL, Broer J, Uitenbroek D, van Marle P, van Hemert, Wierdsma AI. Versnelde stijging van het aantal inbewaringstellingen na de invoering van de Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ). *Ned Tijdschr Geneeskd* 2006; 150: 319-22.
- Mulder CL, Kroon H. Assertive Community Treatment. Bemoeizorg voor patiënten met complexe problemen. Amsterdam: Boom; 2009.
- Papageorgiou A, King M, Janmohamed A, Davidson O, Dawson J. Advance directives for patients compulsorily admitted to hospital with serious mental illness. *Br J Psychiatry* 2002; 181: 513-9.
- Ruchlewska A, Wierdsma AI, Kamperman AM, van der Gaag M, Smulders R, Roosenschoon BJ, e.a. Effect of crisis plans and emergency visits: a randomised controlled trial. *PLOS One* 2014; 9: e91882.
- Schoevaerts K, Bruffaerts B, Mulder CL, van den Berghe J. Stijging van het aantal gedwongen opnames in België en Nederland: een epidemiologische analyse. *Tijdschr Psychiatr* 2013; 55: 45-55.
- Staring ABP, Mulder CL, Gaag M van der. Schizophrenia and antipsychotic medication – better adherence, better outcomes? *Schizophr Res* 2013; 151: 296-7.
- Steadman HJ, Gounis K, Dennis D, Hopper K, Roche B, Swartz M, e.a. Assessing the New York City Involuntary Outpatient Commitment Pilot Program. *Psychiatr Serv* 2001; 52: 330-6.
- Swartz MS, Swanson JW, Wagner HR, Burns BJ, Hiday VA, Borum R, e.a. Can involuntary outpatient commitment reduce hospital recidivism? Findings from a randomized trial with severely mentally ill individuals. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 1968-75.
- Swartz MS, Wilder CM, Swanson JW, Van Dorn RA, Robbins PC, Steadman HJ, e.a. Assessing outcomes for consumers in New York's assisted outpatient treatment program. *Psychiatr Serv* 2010; 61: 976-81.
- Thornicroft G, Farrelly S, Szmukler G, Birchwood M, Waheed W, Flach C, e.a. Clinical outcomes of joint crisis plans to reduce compulsory treatment for people with psychosis: a randomised controlled trial. *Lancet* 2013; 381: 1634-41.
- Veldhuizen R van, Bähler M, Polhuis D, van Os J. Handboek FACT. Utrecht: De Tijdstroom; 2008.
- Voskes Y, Theunissen J, Widdershoven G. Best practices rondom de dwangreductie in de GGZ. Amsterdam: GGZ Nederland; 2011.
- 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.

SUMMARY

The number of compulsory admissions continues to rise: Implications for the new Dutch law on obligatory mental health care

J. BROER, H. KOETSIER, C.L. MULDER

BACKGROUND Since the introduction of the new Dutch law on compulsory mental health care, the Bopz, there has been a marked increase in the number of compulsory admissions in mental health care in the Netherlands. When the new law underwent its third evaluation in 2002, it was decided that the law no longer reflected current views on the admission policy in mental health care. The draft on a new law on compulsory admissions to mental health care has already been published. One of the goals of the new law is to reduce the number of compulsory hospital admissions and to ensure that patients with mental health problems receive compulsory community care and outpatient care.

AIM To describe and analyse the use of compulsory admissions and community treatment orders (CTOs), and to make recommendations.

METHOD We analyse the number of CTOs and court-ordered admissions in the Netherlands between 2003 and 2013 on the basis of figures supplied by the Council for the Judiciary.

RESULTS In the period 2003-2013 the number of compulsory emergency admissions increased from 43 to 47 per 100,000 inhabitants. During the same period the number of court-ordered admissions rose from 44 per 100,000 inhabitants in 2003 to 89 per 100,000 in 2013. (These figures include CTOs.) We were unable to perform more detailed studies because of the lack of records giving, for instance, the characteristics of patients who have undergone compulsory admission.

CONCLUSION Emergency compulsory admissions, CTOs and court-ordered admissions to mental health care continued to rise in the period 2003-2013. There is an urgent need for more detailed registration of the type and duration of compulsory admissions to psychiatric care and for more research into the type of treatment that can prevent the use of coercion to mental health care.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 57(2015)4, 240-247

KEY WORDS compulsory admissions, court-ordered admissions, Dutch law on compulsory mental health care, new law on compulsory admissions to mental health care, registration