

Psychiatrische voorgeschiedenis en nazorg bij dwangopneming

Zorggebruik als indicator van de kwaliteit van zorg bij inbewaringstellingen in Rotterdam

A. I. WIERDSMA, A. W. B. VAN BAARS, C. L. MULDER

ACHTERGROND Bij de evaluatie van de 'Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen' is nog nauwelijks aandacht besteed aan de voor- en nazorg rond een inbewaringstelling.

DOEL Een beschrijving van patronen van zorg rond de inbewaringstellingen, waarbij deze opgevat worden als indicatoren van de kwaliteit van de geestelijke gezondheidszorg bij dwangopneming.

METHODE Van 623 patiënten in Rotterdam die voor de eerste keer in bewaring zijn gesteld, is het zorggebruik geïnventariseerd gedurende een periode van 12 maanden voor en 12 maanden na de opname. De uitkomsten zijn vergeleken van 3 patiëntengroepen: 'oude bekenden', 'nieuwkomers' en 'passanten'. Voor een vergelijking van de situatie voor en na de invoering in 1994 van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen, is het zorggebruik vergeleken van patiënten die waren opgenomen in de perioden 1992-1993 en 1996-1997.

RESULTATEN Ruim een derde van de patiënten met een inbewaringstelling verlaat binnen drie weken het psychiatrisch ziekenhuis. De gemiddelde opnameduur is ruim twee maanden en de tijd tussen ontslag uit het ziekenhuis en het begin van de nazorg is in de helft van de gevallen niet meer dan één week. Binnen één jaar na de inbewaringstelling wordt ruim een derde van de patiënten opnieuw opgenomen en na één jaar is ruim de helft nog in zorg. De intensieve nazorg is vooral gericht op de groep patiënten met een uitgebreide voorgeschiedenis in de ggz. Na de invoering van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen is het percentage suïcidereiging en zelfverwaarlozing gestegen. Ook het aantal herhaalde opnemingen is toegenomen.

CONCLUSIE De resultaten geven een positief beeld van de kwaliteit van de zorg rond acute dwangopneming. Het ontbreken van zorg voorafgaand aan de inbewaringstelling en het uitblijven van nazorg is mogelijk een teken van een tekort aan zorg, en vergt andere maatregelen, bijvoorbeeld het eerder toepassen van een voorwaardelijke machtiging of intensievere ambulante begeleiding.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 48(2006)2, 81-93]

TREFWOORDEN inbewaringstelling, Wet Bopz, zorggebruik

In Nederland zijn de procedures en de rechten van patiënten bij een onvrijwillige opname geregeld in de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz) uit 1994. De uitvoering van de Wet Bopz is periodiek geëvalueerd (Evaluatiecommissie Bopz 1996, 2002) en in verschillende themarapporten aan de orde gesteld (Inspectie voor de Gezondheidszorg 2004). Deze studies besteden echter weinig aandacht aan de zorg die voorafgaat aan de dwangopname en de nazorg die daarop aansluit. Informatie over de voor- en nazorg rond een inbewaringstelling (ibs) is relevant vanuit diverse perspectieven. Op de eerste plaats vanuit het behandelperspectief, omdat de aard van het eerste contact met de tweedelijns geestelijke gezondheidszorg (ggz) het verdere zorggebruik kan bepalen (Fennig e.a. 1999). Deze zorg heeft ook de aandacht van burgemeesters en wethouders. Gelet op de ernst van de situatie bij een ibs zullen bestuurders verwachten dat de patiënt enige tijd opgenomen blijft en nadien intensieve nazorg krijgt. Vanuit het perspectief van de betrokken ggz-instellingen is de zorg rond een ibs op te vatten als een indicator van de kwaliteit van het zorgbeleid. Als bijvoorbeeld patiënten geen nazorg krijgen na een ibs, lijkt er sprake van slechte ketenzorg. Het zorggebruik wordt hier opgevat als een uitkomstmaat, naast andere uitkomsten zoals het functioneren van patiënten en de tevredenheid met de hulpverlening (Donker 1992).

Bij de ambulancediensten moet een spoedeisende melding leiden tot een aankomst binnen 15 minuten. In de acute psychiatrie zijn indicatoren voor de kwaliteit van de zorg minder gespecificeerd. De Wet Bopz geeft voor de inbewaringstelling wel een aantal procedurele en administratieve vereisten, maar kwaliteitscriteria zijn niet vastgelegd. Wanneer bij een volgende wetswijziging een programma van eisen wordt opgesteld, zal het onder meer gaan om de volgende uitkomstmaten: opnameduur, periode tussen ontslagdatum en eerste ambulante contact en periode tot eerste heropname. Normen voor het zorggebruik rond acute dwangopnemingen kunnen worden ontleend aan onderzoek in Nederland naar de samenhang tus-

sen de klinische en ambulante hulpverlening (Brook e.a. 1988; Ten Horn 1982; Pijl e.a. 2003). Wij hebben het zorggebruik rondom inbewaringstellingen in Rotterdam vergeleken met algemene informatie over voor- en nazorg en de samenhang onderzocht met patiëntkenmerken en de criteria voor dwangopname. Gelet op de ernst van de problematiek werd verwacht dat het aandeel van kortdurende opnemingen beperkt is (minder dan 10%), met een gemiddelde opnameduur van ruim 2 maanden, en dat meer dan de helft van de patiënten na 1 maand nog steeds opgenomen is (Van der Post e.a. 2004). Ook werd aangenomen dat de mediane tijd tussen ontslag uit het ziekenhuis en het begin van de nazorg relatief kort is (minder dan 2 weken). Door intensieve nazorg zou de kans op heropnamen lager kunnen uitkomen: verwacht werd dat binnen 3 maanden minder dan een kwart en binnen 1 jaar minder dan een derde van de patiënten wordt heropgenomen. Aangezien de acute psychiatrie uiteenlopende doelgroepen kent (Mulder & Wierdsma 2002; Wolf 1990;), hebben we de verschillen in het zorggebruik van nieuwe en reeds bekende patiënten in de ggz in kaart gebracht. Ook is gekeken naar veranderingen sinds de invoering in 1994 van de nieuwe Wet Bopz omdat verschillen in de regelgeving belangrijke verschuivingen kunnen geven (Salize e.a. 2002).

METHODE

Patiënten Betreffende de periodes 1992-1993 en 1996-1997 zijn gegevens verzameld van respectievelijk 406 en 618 inbewaringstellingen. Ten behoeve van administratieve Bopz-taken wordt door de GGD Rotterdam e.o. vanaf 1994 een registratie bijgehouden. Daarin worden persoonsgegevens (leeftijd, geslacht, geboorteland), adresgegevens (postcode) en basale gegevens van de geneeskundige verklaring (psychiatrische diagnose en het gevaarscriterium) geregistreerd. Voor een indeling naar sociaal-economische verschillen is uitgegaan van de achterstandscore van de woonbuurt volgens de Jarman-index (Jarman 1984).

Van eerdere jaren zijn alleen persoonsgegevens geregistreerd. Ten behoeve van een vergelijking voor en na invoering van de Wet Bopz zijn van de inbewaringstellingen uit de periode 1992-1993 aselekt ruim 100 dossiers gecodeerd volgens de gevaars- en diagnosecategorïën die tegenwoordig worden gehanteerd.

Zorggebruik Een beschrijving van het zorggebruik is gebaseerd op het Psychiatrisch Casusregister Rotterdam-Rijnmond (Wierdsma e.a. 1999). In de gegevens van de zorginstellingen die participeren in dit casusregister, zijn de inbewaringstellingen teruggezocht op basis van een beperkt aantal identificatiegegevens (twee letters van de geboortenaam, geboortedatum, geslacht, geboorteland, postcodecijfers en opnamedatum). In het onderzoeksbestand zijn de gegevens geanonimiseerd door het weglaten van de naamletters en volledige geboortedatum. Een aantal patiënten is om verschillende redenen buiten beschouwing gelaten (tabel 1). Betreffende geslacht, leeftijd, burgerlijke staat, sociaal-economische positie, diagnose en gevaar zijn geen opvallende verschillen gevonden met de groep patiënten die buiten beschouwing is gelaten (χ^2 -toets; tweezijdig; $p < 0,05$).

Voor de uiteindelijke onderzoekspopulatie ($N = 623$) is vanaf de eerste inbewaringstelling het zorggebruik beschreven door de opnamedagen en ambulante contacten te verzamelen voor de peri-

ode van twaalf maanden voor en twaalf maanden na de datum waarop de dwangmaatregel van kracht werd. Bij vervolgonnemingen is geen nauwkeurig onderscheid te maken tussen vrijwillige en gedwongen opname omdat de zogenoemde 'omzettingen' (inbewaringstelling van eerder vrijwillig opgenomen patiënten) in de registraties niet worden aangegeven. Ambulante contacten op de dag dat de geneeskundige verklaring werd opgesteld zijn niet meegeteld omdat het dan meestal gaat om de beoordeling voor inbewaringstelling. De aard van het zorggebruik is bepaald door per maand het hoogste niveau van zorg aan te geven. Opname in een psychiatrische ziekenhuis is als hoogste niveau van zorg aangemerkt, gevolgd door een combinatie van klinische en ambulante zorg en daarna alleen ambulante hulpverlening (Sytéma 1994).

RESULTATEN

Kenmerken van de opgenomen patiënten

De inbewaringstellingen betreffen 623 unieke patiënten, van wie 70 personen (10,5%) herhaaldelijk met een ibs werden opgenomen. Herhaalde opnamen zijn alleen binnen periodes 1992-1993 en 1996-1997 aangegeven – 30 patiënten (5%) zijn in deze beide perioden opgenomen. Tabel 2 toont kenmerken van de patiënten en toetsing van de verschillen tussen patiënten die eenmalig of meer-

TABEL 1 Patiënten in Rotterdam met een inbewaringstelling in de perioden 1992-1993 en 1996-1997 die al dan niet zijn geïncludeerd in het onderzoek naar zorggebruik rondom een inbewaringstelling

Totaal aantal patiënten met een inbewaringstelling	1024
Patiënten van buiten de regio kunnen niet worden gevolgd	112
Niet getraceerd door ontbrekende persoonsgegevens	25
Onverwachte hiaten in opnamedagen en contacten*	162
Herhaalde inbewaringstellingen	102
Totaal niet-geïncludeerde patiënten	401
Uiteindelijk geïncludeerde patiënten met een eerste inbewaringstelling	623

* Door gastplaatsingen of het niet ten uitvoer leggen van de maatregel

TABEL 2		Kenmerken van patiënten in Rotterdam met een inbewaringstelling (N = 623) in de perioden 1992-1993 en 1996-1999, onderverdeeld naar eenmalige opname en herhaalde opnamen			
	Patiënten (%)	Enmalige inbewaringstelling (n = 553)	Herhaalde inbewaringstellingen (n = 70)	n	Significantie
Totaal	623 (100)				
Geslacht					$\chi^2(1) = 0,419; p = 0,517$
Man	55,1%	90,5%	10,5%	343	
Vrouw	44,9%	87,9%	12,1%	280	
Leeftijd*					$\chi^2(2) = 7,91; p = 0,019$
12-44	70,8%	88,8%	11,2%	439	
45-64	18,4%	83,3%	16,7%	114	
65 jaar en ouder	10,8%	97,0%	3,0%	67	
Burgerlijke staat*					$\chi^2(3) = 3,46; p = 0,326$
Ongehuwd	74,0%	87,5%	12,5%	449	
Gehuwd	17,8%	93,5%	6,5%	108	
Gescheiden	5,8%	88,6%	11,4%	35	
Weduwstaat	2,5%	93,3%	6,7%	15	
Geboorteland*					$\chi^2(6) = 6,57; p = 0,363$
Nederland	66,4%	89,8%	10,2%	402	
Suriname	10,6%	87,5%	10,3%	64	
Nederlandse Antillen	4,3%	80,8%	19,2%	26	
Marokko	3,0%	88,9%	11,1%	18	
Turkije	1,5%	88,9%	11,1%	9	
Overige niet-westerse landen	6,1%	78,4%	21,6%	37	
Overig	8,1%	91,8%	8,2%	49	
Socio-economische positie**					$\chi^2(1) = 5,46; p = 0,019$
Laag	46,9%	85,6%	14,4%	292	
Hoog	53,1%	91,5%	8,5%	331	
Diagnose bij eerste opname***					$\chi^2(6) = 15,07; p = 0,020$
Schizofrenie	19,4%	90,1%	9,9%	91	
Waanstoornissen	8,1%	89,5%	10,5%	38	
Overige psychosen	29,3%	88,3%	11,7%	137	
Manische stoornis/gemengde stemmingsstoornis	12,8%	75,0%	25,0%	60	
Andere stemmingsstoornissen	8,1%	94,7%	5,3%	38	
Stoornissen samenhangend met middelengebruik	4,7%	72,7%	27,3%	22	
Overig	17,5%	89,0%	11,0%	82	
Gevaar***					$\chi^2(3) = 0,535; p = 0,911$
Suïcide	34,8%	87,7%	12,3%	163	
Zelfverwaarlozing	24,1%	85,0%	15,0%	113	
Bedreiging anderen	27,4%	87,5%	12,5%	128	
Algemene veiligheid	13,7%	87,5%	12,5%	64	

χ^2 -toets; tweezijdig getoetst; $p < 0,05$

* Verschil in n-waarden ten gevolge van ontbrekende waarden

** Volgens de Jarman-index

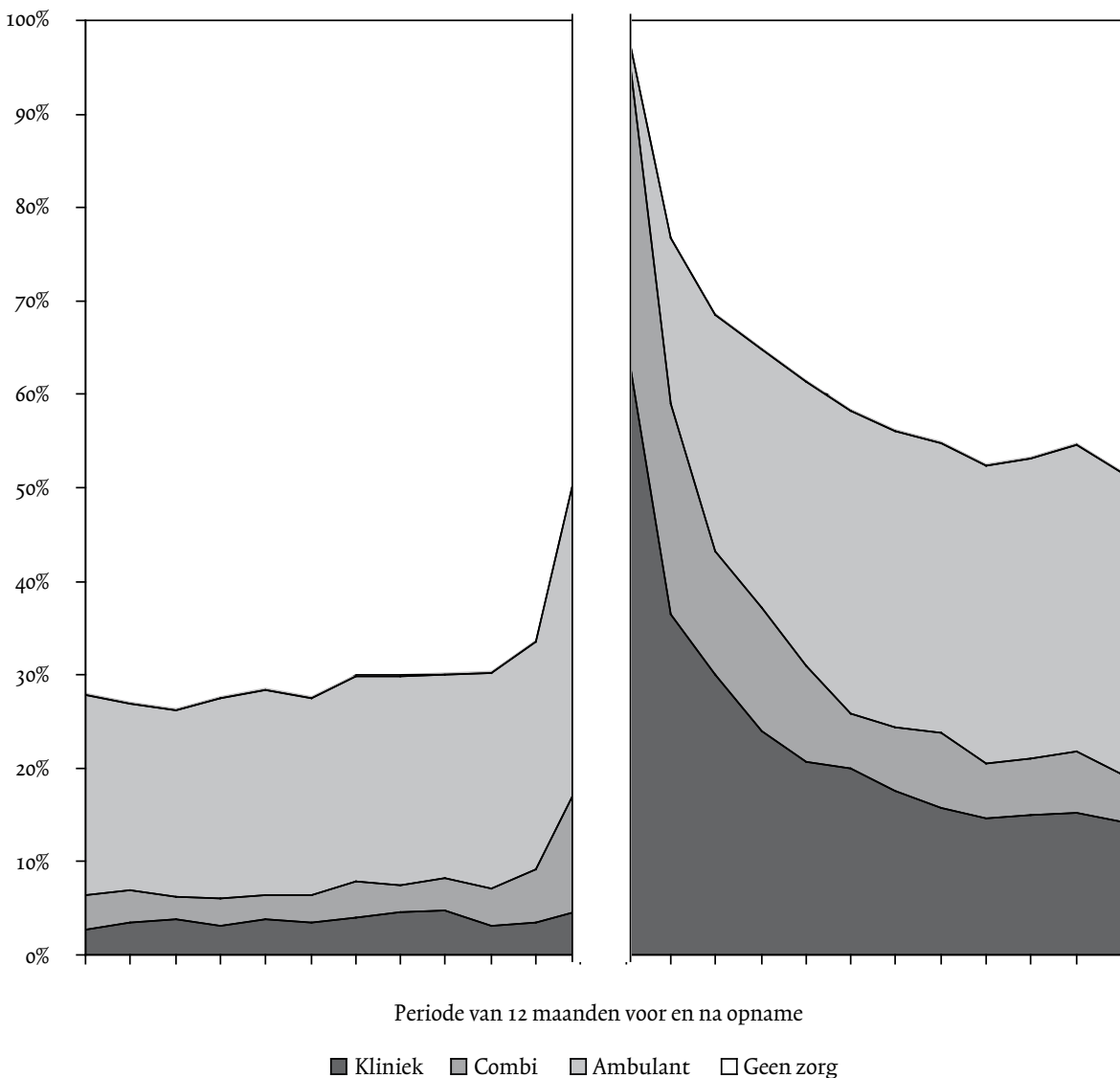
*** Gegevens van 468 patiënten omdat van 155 patiënten betreffende de jaren 1992-1993 alleen persoonsgegevens waren vastgelegd

dere keren met spoed gedwongen zijn opgenomen.

Het zijn meestal mannen (55,1%) die met een inbewaringstelling worden opgenomen, meestal personen jonger dan 45 jaar (70,8%) en meestal ongehuwden (74%). Een aanzienlijk deel van de dwangopnamen betreft patiënten die buiten Nederland zijn geboren (33,7%) en die in een sociaal-economisch zwakke omgeving wonen (46,7%). In de geneeskundige verklaring bij de eerste opname is voor 48,7% van de patiënten de diagnose schizo-

frenie of overige psychose ingevuld en in de meeste gevallen is het gevaar volgens de beoordelaar gericht op de patiënt zelf (58,9%). Herhaalde inbewaringstellingen komen meer voor in de leeftijdsgroep van 45 tot 65 jaar, bij patiënten met een lage sociaal-economische positie, en bij patiënten geboren in 'overige niet-westerse landen' (denk aan vluchtelingen en asielzoekers; $\chi^2(1) 4,25; p = 0,039$) en patiënten met de diagnose manische of gemengd-affectieve stoornis.

FIGUUR 1 Percentages patiënten die zorg hadden gedurende het jaar voor en het jaar na hun inbewaringstelling, uitgesplitst in klinische, gecombineerde of ambulante zorg



Psychiatrische voorgeschiedenis

Figuur 1 toont het verloop van het zorggebruik waarbij per maand het niveau van zorg is aangegeven in de periode voor en de periode na de ibs. Wanneer betrokkene bijvoorbeeld in de voorafgaande drie maanden vrijwillig zes weken werd opgenomen en aansluitend zes weken ambulante zorg heeft gehad, is dit meegeteld als respectievelijk klinische zorg in de derde maand vóór de ibs, een combinatie in de tweede maand en alleen ambulante zorg in de eerste maand vóór de ibs.

In totaal heeft 72% van de patiënten die worden opgenomen met een inbewaringstelling eerdere hulpverleningscontacten. Figuur 1 laat zien dat steeds ongeveer 30% van de patiënten in zorg is, waarbij het aandeel van de opnemingen rond 7% ligt. In de maand voorafgaand aan de ibs is 54% van de betrokkenen in zorg en het aandeel van de opnamen stijgt: ruim 9% in de voorlaatste en bijna 19% in de laatste maand.

Opnameduur

De inbewaringstelling kan maximaal 3 weken duren. Binnen deze periode is echter 36,4% van de dwangopnemingen beëindigd; bijna 20% duurt maximaal 1 week. Na 1 maand is nog steeds bijna de helft (47%) van de patiënten opgenomen, 13% blijft langer dan 6 maanden opgenomen en het gemiddeld aantal opnamedagen is 71. Een deel van de patiënten (39) is gedurende de observatieperiode van 12 maanden niet uit het psychiatrisch ziekenhuis ontslagen. Als deze langdurige opnamen niet worden meegerekend, is de gemiddelde opnameduur na inbewaringstelling 7 à 8 weken.

Ambulante nazorg en heropname

Na inbewaringstelling volgt meestal ambulante zorg en bij 51,4% van alle inbewaringstellingen met nazorg vindt het eerste persoonlijke contact plaats binnen 1 week na het ontslag. Eén maand na de ontslagdatum is bij 87% van de patiënten ambulante nazorg gestart. Er zijn geen significante verschillen gevonden naar patiënt-

TABEL 3 Opnameduur, ambulante nazorg en heropnames van patiëntengroepen met een inbewaringstelling

	Totaal (N = 623)	Oude bekenden (n = 376; 60,4%)	Nieuwkomers (n = 112; 18%)	Passanten (n = 135; 21,7%)	Significantie
Opnameduur					
< 3 weken	36,4%	28,2%	42,0%	60,0%	$\chi^2(2) = 43,98; p = 0,000$
> 6 maanden	13,0%	17,3%	8,9%	4,4%	$\chi^2(2) = 16,49; p = 0,000$
Gemiddeld aantal dagen	71	92	60	34	$F(2) = 18,76; p = 0,000$
Ambulante nazorg					
Binnen 1 week	51,4%	52,4%	47,8%	-	$\chi^2(2) = 0,604; p = 0,437$
Gemiddeld aantal dagen	15	15	15	-	
Heropname					
Binnen 3 maanden	17,5%	19,1%	17,9%	-	$\chi^2(1) = 0,09; p = 0,759$
Binnen 1 jaar	35,0%	40,7%	37,5%	-	$\chi^2(1) = 0,37; p = 0,545$
Nog in zorg 12 maanden na inbewaringstelling	51,7%	66,0%	55,4%	-	$\chi^2(1) = 4,19; p = 0,041$
χ^2 -toets; tweezijdig getoetst; $p < 0,05$					
Oude bekenden = patiënten met psychiatrische voorgeschiedenis en nazorg					
Nieuwkomers = patiënten met alleen nazorg					
Passanten = patiënten meestal zonder psychiatrische voorgeschiedenis en zonder verdere zorgcontacten na de inbewaringstelling					

TABEL 4 Socio-demografische en klinische kenmerken van patiëntengroepen met een inbewaringstelling

	Oude bekenden (n = 376; 60,4%)	Nieuwkomers (n = 112; 18,0%)	Passanten (n = 135; 21,7%)	Significantie
Geslacht				
Man	52,4%	58,0%	60,4%	$\chi^2(2) = 2,81; p = 0,245$
Leeftijd bij opname				
< 45 jaar	69,5%	75,9%	70,1%	$\chi^2(2) = 1,73; p = 0,421$
Gemiddelde leeftijd (jaar)	40	37	40	
Geboorteland				
Suriname/Antillen en overige niet-westerse landen	18,5%	30,4%	18,1%	$\chi^2(2) = 8,38; p = 0,015$
Burgerlijke staat				
Ongehuwd	75,5%	72,3%	62,2%	$\chi^2(2) = 8,75; p = 0,013$
Socio-economische positie				$\chi^2(2) = 2,11; p = 0,347$
Laag	46,3%	52,7%	43,7%	
Diagnose				$\chi^2(2) = 9,24; p = 0,010$
Schizofrenie	18,1%	9,8%	8,9%	
Gevaar				$\chi^2(2) = 0,63; p = 0,729$
Suicide/zelfverwaarlozing	60,3%	55,6%	58,0%	

χ^2 -toets; tweezijdig getoetst; $p < 0,05$

Oude bekenden = patiënten met psychiatrische voorgeschiedenis en nazorg

Nieuwkomers = patiënten met alleen nazorg

Passanten = patiënten meestal zonder psychiatrische voorgeschiedenis en zonder verdere zorgcontacten na de inbewaringstelling

kenmerken voor wat betreft de tijd tussen ontslag en nazorg.

Binnen 3 maanden wordt 17,5% en binnen 1 jaar 35,0% van de inbewaringstellingen gevolgd door een nieuwe opname. Uit figuur 1 blijkt dat na 2 maanden bijna een kwart (23%) van de patiënten niet meer gezien wordt in de ggz. Eén jaar na opname is ruim de helft van de patiënten (51,7%) nog in zorg en is het aandeel van de klinische zorg nog altijd rond 20% (opname of combinatie van opname en ambulante zorg).

Op basis van de combinatie van psychiatrische voorgeschiedenis en nazorg zijn een drietal groepen te onderscheiden: oude bekenden (patiënten in zorg voorafgaand én na de inbewaringstelling), nieuwkomers (geen contacten in het jaar voor de opname, wel nazorg) en passanten (meestal geen psychiatrische voorgeschiedenis en geen

ambulante contacten of opnamen na de inbewaringstelling). In tabel 3 zijn de opnamegegevens van de patiënten(groepen) samengevat en in tabel 4 zijn de patiëntkenmerken van de drie groepen beschreven.

Oude bekenden Veruit de meeste patiënten (60%) zijn in het jaar voorafgaand aan de inbewaringstelling al uitgebreid in beeld bij de ggz en blijven ook daarna in zorg. Deze groep is inclusief 34 patiënten die 12 maanden of langer opgenomen zijn. Meestal gaat het om langdurig zorgafhankelijke patiënten.

Een ongehuwde en alleenstaande man van 35 jaar. Diagnose: ernstige persoonlijkheidsstoornis en een paranoïde hallucinatoir toestandsbeeld. Gevaar: bedreiging van zichzelf en anderen. Er is sprake van

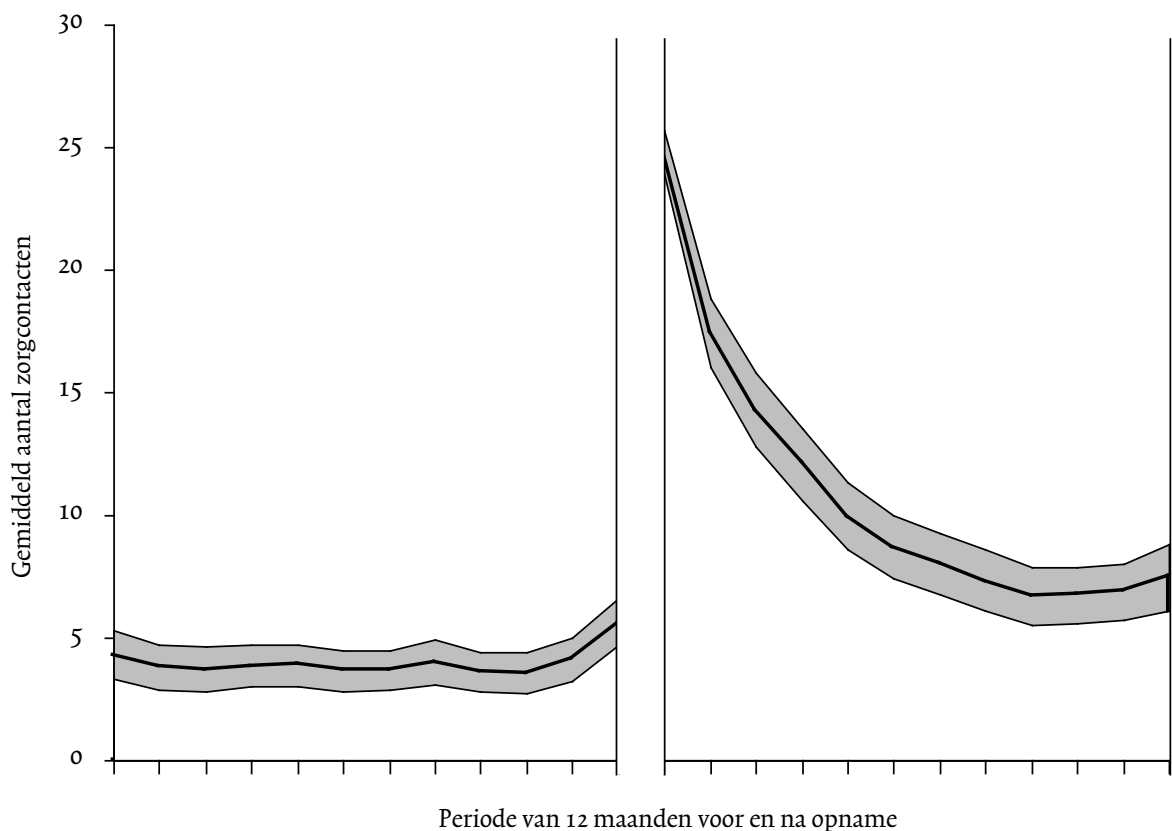
dreigende automutilatie middels een mes en het in brand steken van zichzelf; hij heeft zichzelf eerder een grote brandwond toegebracht. Voorgeschiedenis: uitgebreide psychiatrische voorgeschiedenis met meerdere opnamen. In ambulante behandeling en twee dagen voor de afgifte van de inbewaringstelling ontslagen uit een psychiatrische kliniek. Vrijwel direct daarna door de acute dienst aangemeld bij het crisiscentrum en opnieuw met ibs opgenomen.

Van deze groep 'oude bekenden' is 1 jaar na de inbewaringstelling 66% nog in zorg. In figuur 2 is het beloop van de intensiteit van de zorg in beeld gebracht. Voorafgaand aan de inbewaringstelling neemt het gemiddeld aantal ambulante contacten en opnamedagen toe van rond 4 tot meer dan zes

zorgcontacten per maand. De gemiddelde opnameduur na de inbewaringstelling ligt hoog: gemiddeld 92 dagen of rond 9 weken (opnamen van ≥ 12 maanden niet meegerekend). Na de inbewaringstelling blijven niet alleen veel patiënten lang in zorg, maar is de begeleiding ook intensief: gemiddeld zijn er 8-10 zorgcontacten per maand. Uit tabel 4 blijkt dat in deze groep relatief meer ongetrouwden en patiënten met de diagnose schizofrenie voorkomen.

Nieuwkomers Bij 18% van de inbewaringstellingen is de dwangopname de start van een zorgepisode in de ggz (inclusief 5 patiënten met een verblijfsduur van ≥ 12 maanden). Eén jaar na de inbewaringstelling is 55% nog in zorg en zijn

FIGUUR 2 Gemiddelde aantallen zorgcontacten (ambulante contacten en opnamedagen) van 'oude bekenden'* per maand 1 jaar voor en 1 jaar na inbewaringstelling



*Oude bekenden = patiënten met psychiatrische voorgeschiedenis en nazorg
Opnamen van ≥ 12 maanden zijn niet in de berekeningen meegenomen

er gemiddeld minder dan 5 contacten of opnamedagen. Tabel 4 toont dat patiënten geboren in Suriname, de Nederlandse Antillen of een 'overig niet-westers land' vaker met een dwangopname voor het eerst in contact komen met de ggz. In een aantal gevallen blijkt de patiënt wel bekend, maar was het contact langere tijd verbroken.

Een 27-jarige Surinaamse man, bekend met schizofrenie, heeft medicijnen nodig, maar heeft die al een tijd niet meer ingenomen. Werd in het laatste halfjaar ten minste 10 maal door de politie ingesloten wegens bedreigingen en geweldplegingen. Betrokkene heeft vernielingen aangericht en is na diverse waarschuwingen opnieuw ingesloten. De opname na inbewaringstelling duurt ruim 3 weken, binnen 14 dagen gevolgd door ambulante nazorg en sindsdien maandelijks contact. Binnen 1 jaar werd hij opnieuw opgenomen.

Passanten Ongeveer 1 op de 5 patiënten (22%) met een inbewaringstelling krijgt geen nazorg in de ggz. Uit tabel 3 blijkt dat de gemiddelde opnameduur van deze 'passanten' relatief kort is. Een deel van deze patiënten (n = 64) heeft geen voorafgaande ggz-contacten omdat het een ondersteunende interventie of indicatiestelling voor andere zorgcircuits betreft. Aan de overige inbewaringstellingen zonder nazorg is wel psychiatrische zorg vooraf gegaan (n = 71). Een van de redenen om de hulpverlening af te breken, is dat de grenzen van de ggz-mogelijkheden worden bereikt.

Een 53-jarige gehuwde vrouw. Gevaar: voor de algemene veiligheid en voor de lichamelijke gezondheid van anderen. Zij bedreigt bezoekers van de apotheek om flunitrazepam af te dwingen, komt dagelijks op het huisartssprekeuur en gedraagt zich zodanig afwijkend dat de praktijkvoering geheel ontregeld is. De wijkagent meldt dat betrokkene wekelijks enige tijd wordt ingesloten op het politiebureau. Zij stond vannacht op straat te schreeuwen, weigerde de

door de waarnemend huisarts voorgeschreven medicatie en stuurde haar honden op hem af. Anderhalfjaar eerder is na uitgebreid overleg binnen de acute dienst geconcludeerd dat ambulante behandeling onmogelijk is. De opname duurde 4 weken maar verdere maatregelen zijn niet ten uitvoer gebracht.

Voor en na de invoering van de Wet Bopz

In de periode 1996-1997 is het aantal inbewaringstellingen in Rotterdam ruim 50% meer dan in de periode 1992-1993. Er zijn geen verschillen gevonden naar ibs-kenmerken, met uitzondering van het soort gevaar en herhaalde opname. In de geneeskundige verklaringen wordt minder de algemene veiligheid van personen en goederen als belangrijkste gevaar genoemd. Het percentage suïcidedreiging en zelfverwaarlozing is van 45% naar 64% gestegen ($\chi^2(3) = 16,82$; $p = 0,001$). Het aandeel van patiënten met herhaalde (gedwongen) opname stijgt van 26% naar 35% ($\chi^2(1) = 5,87$; $p = 0,015$).

De gemiddelde opnameduur na inbewaringstelling en de tijdsduur tussen ontslag en ambulant vervolg zijn sinds de invoering van de nieuwe Wet Bopz ongewijzigd. Ook het aandeel van de 'oude bekenden', 'nieuwkomers' en 'passanten' in het totaal van de inbewaringstellingen is voor en na de invoering van deze wet gelijk. Het is opvallend dat na de invoering van de Wet Bopz bij de 'nieuwkomers' de gemiddelde opnameduur is toegenomen van 6 à 7 weken tot ongeveer 10 weken.

DISCUSSIE

Belangrijkste bevindingen Ruim een derde van de patiënten die met een inbewaringstelling worden opgenomen verlaat binnen 3 weken het psychiatrisch ziekenhuis en ongeveer 1 op de 5 patiënten is niet langer dan 1 week opgenomen. Van der Post e.a. (2004) vonden eenzelfde percentage kort opgenomen patiënten (19%). Uit onze gegevens blijkt dat korte opnameduur na een ibs

vaker voorkomt bij patiënten zonder psychiatrische voorgeschiedenis en zonder nazorg. Mogelijk gaat het om patiënten bij wie het gevaar na korte tijd is geweken. Ook past dit soort korte dwangopnames bij de zogenoemde 'observatiemachtiging': de nieuwe Bopz-maatregel die bedoeld is om patiënten gedwongen ter observatie op te nemen als zij een gevaar vormen voor zichzelf en bij wie onduidelijkheid bestaat over de diagnose. Onderzoek zal uit moeten wijzen in hoeverre de indicaties voor een inbewaringstelling en de observatiemachtiging elkaar overlappen.

Wanneer een inbewaringstelling wordt afgegeven, is de gemiddelde opnameduur ruim 2 maanden en blijkt meer dan de helft van de patiënten na 1 maand nog steeds opgenomen. De duur van de opname na ibs in Rotterdam komt overeen met de bevindingen van Van der Post e.a. (2004) in Amsterdam. Ook andere uitkomsten laten zien dat de zorg na een gedwongen opname doorgaans snel en intensief is. De tijd tussen ontslag uit het ziekenhuis en het begin van de nazorg is gemiddeld 15 dagen en bij bijna de helft van de patiënten niet meer dan 1 week. Binnen 1 jaar na de inbewaringstelling wordt ruim een derde van de patiënten opnieuw opgenomen en na 1 jaar is ruim de helft nog in zorg. De intensieve zorg is vooral gericht op de groep patiënten die uitgebreid bekend is in de ggz. Bij de 'oude bekenden' is het gemiddelde aantal contacten en opnamedagen na de inbewaringstelling bijna 2 keer zo hoog als daarvoor. Dit bevestigt nog eens het beeld dat de acute psychiatrie zich voor een groot deel richt op mensen met chronische psychiatrische problematiek (Wolf 1990).

Invloed van de invoering Wet Bopz De onderzoeksresultaten laten ook enkele opvallende verschuivingen zien na de invoering van de Wet Bopz. Er is een toename van het aantal inbewaringstellingen en een stijging van het aandeel van de gevaarsgrond suïcidedreiging of zelfverwaarlozing tot ruim 60%. De toename van de gemiddelde opnameduur van patiënten die nieuw in zorg komen, laat zien dat een kort verblijf niet

altijd in het belang van de patiënt wordt geacht. Een eerste verklaring hiervoor kan zijn dat gevolg is gegeven aan de brochure *Gevaar in de Wet Bopz* die kort na de invoering van deze wet door de Inspectie is uitgebracht. Daarin worden bestwilmotieven nog eens nadrukkelijk genoemd als overwegingen bij gedwongen opname. Een andere verklaring van de toename van de opnameduur van nieuwe patiënten kan worden gezocht in de oververtegenwoordiging van bepaalde etnische groepen bij de 'nieuwkomers'. Vooral voor patiënten die in Suriname of de Nederlandse Antillen geboren zijn, geldt dat zij minder in zorg zijn bij de ambulante hulpverlening en relatief vaker (met een dwangmaatregel) worden opgenomen. Mogelijk gaat het dan om ernstige problematiek die een langere opnameduur noodzakelijk maakt (Uniken Venema & Wierdsma 1993).

Kwaliteitseisen en monitoring De onderzoeksuitkomsten geven over het algemeen een positief beeld van de kwaliteit van de zorg rond acute dwangopname. Het ontbreken van specifieke kwaliteitsnormen maakt het echter moeilijk om een oordeel te geven over uitkomstmaten zoals de opnameduur en de tijd tussen ontslag en ambulante nazorg. Misschien moet men een veel hoger percentage verwachten dan 51% bij de patiënten die binnen 1 week na het ontslag uit het psychiatrisch ziekenhuis nazorg krijgen. Dergelijke normen voor de kwaliteit van zorg rond gedwongen opname zouden door de Inspectie, in samenspraak met de ggz en de patiëntenorganisaties moeten worden ontwikkeld. Een kwaliteitstoetsing kan als vast onderdeel van de periodieke evaluatie van de Wet Bopz worden uitgevoerd met informatie uit de bestaande casusregisters in Nederland (Giel & Sturmans 1996).

Alternatieven voor gedwongen opname De stijging van het percentage herhaalde opnamen na de invoering van de Wet Bopz kan worden uitgelegd als blijk van onvermogen van de ggz om bepaalde groepen adequaat (ambulant) te begeleiden. De zorg rond inbewaringstellingen

betreft merendeels patiënten die uitgebreid in de ggz bekend zijn en langdurig in zorg blijven. Terwijl ongeveer twee van de drie inbewaring-gestelden een psychiatrische voorgeschiedenis hebben, is in de maanden voorafgaand aan de inbewaringstelling ongeveer de helft in contact met de ggz en neemt dit percentage pas kort voor de opname sterk toe. De herhaalde opnemingen van bekende patiënten en de intensivering van de contacten kort voor de dwangopneming zouden kunnen betekenen dat alternatieven voor de ibs onvoldoende zijn geprobeerd dan wel te laat zijn ingezet.

Het uitsluiten van andere mogelijkheden is een van de Bopz-criteria (dwangopneming als *ultimum remedium*). Dergelijke alternatieven kunnen op de eerste plaats worden gezocht in de toepassing van andere dwang- en drangmaatregelen, zoals bijvoorbeeld ondercuratelestelling of mentorschap. Sinds 2003 biedt de Wet Bopz als nieuwe maatregel de 'voorwaardelijke machtiging': op voorwaarde dat betrokkene de ambulante behandeling volgt, kan de dwangopneming worden opgeschort. In sommige gevallen is tussenkomst van een rechter niet nodig en blijkt een door patiënt en hulpverlener gezamenlijk opgesteld crisisplan voldoende (Henderson e.a. 2004). Ook toezicht op de voorwaarden voor ontslag en vervolgzorg na een inbewaringstelling zou herhaalde dwangopneming kunnen voorkomen (Wierdsma e.a. 2004). In het Plan van aanpak verloedering en overlast heeft de regering recent aangegeven de meerwaarde te onderzoeken van een 'nazorg onder toezicht'-register (Tweede Kamerstuk 2004-2005, 29325, nr. 2).

Op de tweede plaats kunnen andere vormen van zorg, zoals *Assertive Community Treatment* (ACT), een alternatief bieden voor acute dwangopneming. ACT is een geïntegreerd zorgmodel waarin een multidisciplinair team (verpleegkundigen, maatschappelijk werkers, artsen, psychiaters) specifieke interventies uitvoert. Het team draagt gezamenlijk zorg voor een groep chronische patiënten met langdurende psychiatrische stoornissen en ernstige bijkomende problemen, zoals alcohol- en drugsverslaving. Om te voorkomen dat patiën-

ten verder geïsoleerd raken, wordt een actieve (assertieve) benadering gekozen (Mulder & Kroon 2005).

Andere dwang- en drangmaatregelen en intensievere ambulante begeleiding moeten er aldus toe bijdragen dat de kwaliteit van de ggz verbetert en minder patiënten na een inbewaringstelling het zonder passende nazorg moeten stellen.

LITERATUUR

- Brook, F.G., Frankenberg, W., ten Horn, G.H.M.M., e.a. (1988). Nazorg opnieuw bekeken. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 43, 405-412.
- Donker, M.C.H. (1992). An attempt at formulating quality criteria for emergency psychiatric services. In J.B. van Luyn, C.A.Th. Rijnders, H.H.P. Vergouwen e.a. (Red.), *Emergency Psychiatry Today* (pp. 249-261). Amsterdam: Elsevier.
- Evaluatiecommissie BOPZ. (2002). *Evaluatie Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen – Conclusies en aanbevelingen van de begeleidingscommissie*. Den Haag: ZonMw.
- Evaluatiecommissie BOPZ. (1996). *Tussen invoering en praktijk – Wet Bopz evaluatierapport*. Rijswijk: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Fennig, S., Rabinowitz, J., & Fennig, S. (1999). Involuntary first admission of patients with schizophrenia as a predictor of future admissions. *Psychiatric Services*, 50, 1049-1052.
- Giel, R., & Sturmans, F. (Red.) (1996). *Psychiatrische Casus-Registers in Nederland*. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.
- Henderson, C., Flood, C., Leese, M., e.a. (2004). Effect of joint crisis plans on use of compulsory treatment in psychiatry: single blind randomised controlled trial. *BMJ*, 329, 136-138.
- Horn, G.H.M.M. ten. (1982). *Nazorg geeft kopzorg. Een onderzoek met een register voor voor de geestelijke volksgezondheid*. Proefschrift. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg. (2004, januari). *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.
- Jarman, B. (1984). Underprivileged areas: validation and distribution of scores. *British Medical Journal*, 289, 1587-1592.
- Mulder C.L., & Kroon, H. (Red.). (2005). *Assertive Community Treatment*. Wageningen: Cure & Care Publishers.
- Mulder, C.L., & Wierdsma, A.I. (2002). Voor wie is de acute dienst?

- Verschillen tussen eenmalige en frequente gebruikers van de Acute Dienst in de Regio Rijnmond en patronen van zorg. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 44, 523-531.
- Pijl, Y.J., van der Haar, E.S., Wierdsma, D., e.a. (2003). Extramuralisering en deconcentratie van de Drentse GGZ. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 58, 6, 574-586.
- Post, L. van der, Peen, J., Schoevers, R.A., e.a. (2004). Psychiatrische behandeling na een inbewaringstelling. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 46, 209-217.
- Salize, H.J., Drebing, H., & Peitz, M. (2002). *Compulsory Admission and Involuntary Treatment of Mentally Ill Patients – Legislation and Practice in EU-Member States*. Mannheim: European Commission – Health & Consumer Protection Directorate-General.
- Sytema, S. (1994). *Patterns of Mental Health Care: methods and international comparative research*. Proefschrift. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.
- Uniken Venema, H.P., & Wierdsma, A.I. (1993). Opnames van migranten in psychiatrische ziekenhuizen. *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg*, 71, 37-43.
- Wierdsma, A.I., Dieperink, C.J., & Koopmans, G.T. (1999). Regionale informatie over de geestelijke gezondheidszorg: ontwikkelingen en toepassingen. *Nederlands Tijdschrift voor Medische Administratie*, 95, 16-21.
- Wierdsma, A.I., Henskens, R., & Voogt, A. (2004). Genoeg drang en dwang bij de aanpak van zorgwekkende zorgmijders? *Passage*, 13, 42-48.
- Wolf, J. (1990). *Oude bekenden van de psychiatrie. Een onderzoek naar een sociaal-psychiatrische hulpverleningspraktijk*. Proefschrift. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.

AUTEURS

A.I. WIERDSMA is socioloog en werkzaam bij het O3 Onderzoekcentrum GGZ Rijnmond, afdeling psychiatrie van het Erasmus MC te Rotterdam en bij de GGD Rotterdam e.o.

A.W.B. VAN BAARS is arts in opleiding tot psychiater en werkzaam bij het O3 Onderzoekcentrum GGZ Rijnmond, afdeling psychiatrie van het Erasmus MC te Rotterdam en bij GGZ Groep Europoort.

C.L. MULDER is psychiater en werkzaam bij het O3 Onderzoekcentrum GGZ Rijnmond, afdeling psychiatrie van het Erasmus MC te Rotterdam, bij de GGD Rotterdam e.o. en bij GGZ Groep Europoort.

Correspondentieadres: drs. A.I. Wierdsma, Erasmus MC, Afdeling Psychiatrie, O3 Onderzoekcentrum GGZ Rijnmond, Postbus 2040, 3000 CA Rotterdam. Tel: 0651195530.

E-mail: a.wierdsma@erasmusmc.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 5-9-2005.

SUMMARY

Psychiatric prehistory and health care after compulsory admission in Rotterdam – A.I. Wierdsma, A.W.B. van Baars, C.L. Mulder –

BACKGROUND In evaluations of the Act on Special Admissions to Psychiatric Hospitals in the Netherlands (Dutch acronym BOPZ) hardly any attention has been given to the use of mental health care services before and after a compulsory admission.

AIM To investigate whether patterns of care before and after compulsory admissions can be considered as indicators of the quality of care provided by the mental health services.

METHOD For 623 patients with first-time acute compulsory admissions in Rotterdam, the use of the care services was monitored over a period of 12 months before and after admission. The outcomes were compared for 3 different patient groups: ‘old acquaintances’, ‘newcomers’ and ‘passers-by’. In order to identify differences before and after the introduction of the BOPZ Act of 1994, we compared the use made of care facilities by patients admitted between 1992 and 1993 and between 1996 and 1997.

RESULTS More than one third of the patients admitted to acute compulsory care leaves the psychiatric hospital within three weeks. The average length of stay is more than two months and in more than half of the cases the first contact with mental health services occurs within one week after discharge. Within one year after the compulsory admission more than one third of patients is re-admitted and after one year more than fifty percent of patients are still receiving mental health care. Intensive care is targeted particularly at the patient group referred to as ‘old acquaintances’. Following the introduction of the BOPZ Act the percentage of suicide-threats and cases of self-neglect increased. The number of compulsory re-admissions increased as well.

CONCLUSION The research results provide an encouraging picture of the quality of care provided before and after compulsory admissions. However, the cases which fail to receive mental health care before emergency compulsory admission and miss out on outpatient follow-up emphasise the need for alternative measures such as an earlier conditional compulsory admission (voorwaardelijke machtiging) and more intensive outpatient treatment.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 48(2006)2, 81-93]

KEY WORDS compulsory admission, health services, use