

# Gedwongen opnames en ambulante dwang in de ggz: onderzoek naar regionale verschillen tussen arrondissementen, leeftijdsgroepen en unieke personen, 2013-2017

J. BROER, A.I. WIERDSMA, C.L. MULDER

**ACHTERGROND** Dwang in de ggz neemt al jaren toe. Bopz-tellingen zijn niet gebaseerd op basis het aantal betrokken personen.

**DOEL** Beschrijving van leeftijdsspecifieke prevalentie van dwang, aantal unieke personen en verschillen tussen arrondissementen.

**METHODE** Analyse van beoordeelde Bopz-aanvragen en de bevolkingsomvang naar leeftijd, periode 2013-2017. Per arrondissement werd direct gestandaardiseerd voor leeftijdsopbouw.

**RESULTATEN** Het aantal unieke personen voor wie een Bopz-maatregel werd aangevraagd, was 28% lager dan het aantal Bopz-maatregelen. Toepassing van dwang nam toe met 3% per jaar en manifesteerde zich bij alle soorten machtigingen. De toename in 2017 ten opzichte van 2013 was voor inbewaringstelling 12%, voor voorlopige machtiging 8% en voor machtiging voortgezet verblijf 10%. De grootste toename deed zich voor bij voorwaardelijke machtigingen (43%). De grootste toename van Bopz-maatregelen deed zich voor bij 25-44-jarigen en bij personen van 80 jaar en ouder. Tussen arrondissementen bestonden verschillen, waarbij de hoogste prevalentie zich voordeed in grootstedelijke gebieden en in arrondissement Limburg, waar opmerkelijk minder voorwaardelijke machtigingen werden aangevraagd.

**CONCLUSIE** Het aantal unieke personen dat te maken kreeg met een Bopz-maatregel steeg in periode van 2013-2017 gemiddeld met 3% per jaar en doet zich vooral voor onder 25-44-jarigen en ouderen 80+. Er zijn grote verschillen tussen arrondissementen, ook na correctie voor leeftijd.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 62(2020)2, 104-113

**TREFWOORDEN** ambulante dwang, dwangopname, individuele personen, regionale verschillen, wet Bopz



ARTIKEL



De toepassing van het aantal Bopz-maatregelen neemt doorlopend toe vanaf het in werking treden van de Wet bijzondere opnemingen psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz) in 1994 (Mulder e.a. 2006). Een klein deel van

de toename wordt verklaard door bevolkingsgroei. In 2003-2017 steeg, na correctie voor toename van de bevolkingsomvang, het aantal door een burgemeester aangevraagde inbewaringstellingen (ibs'en) met 21% en het

aantal rechterlijke machtigingen (RM's) met 138%. De grootste toename deed zich voor bij de ambulante dwang door middel van een voorwaardelijke machtiging (Broer e.a. 2018).

De toename van ambulante dwang is onder andere gerelateerd aan toegenomen vroegtijdige signalering van zorgmijdende patiënten en het voorkómen van teloorgang zowel in het medische als in het maatschappelijke domein (Sytma & Wundering 2010). Ook de organisatie van de zorg speelt een rol doordat het aantal klinische bedden in de geestelijke gezondheidszorg in de periode 2012-2017 met ruim 20% en het aantal plaatsen beschermd wonen met 6% is afgenomen (Kroon & Michon 2018). Daarnaast kunnen de grote aandacht voor risicomijding in de beleidsontwikkeling en de veelvuldige aandacht in publieksmedia voor personen met verward gedrag hebben bijgedragen aan het beperken van persoonlijke vrijheden met als doel de veiligheid in de maatschappij te vergroten (Schoevaerts e.a. 2013).

De cijfers van de toename van dwang betreffen het aantal behandelde Bopz-verzoeken door de rechtbanken. Dit geeft een overschatting omdat voor individuele personen per kalenderjaar meerdere keren een Bopz-maatregel kan worden aangevraagd. Regelmatig wordt na een ibs een RM aangevraagd of wordt een RM verlengd door de rechter. Daardoor is onduidelijk of de populatie waarbij deze dwang wordt toegepast toeneemt, gelijk blijft of afneemt. Het is mogelijk dat door de afgenomen klinische behandelcapaciteit en kortere opnameduur de toename van Bopz-maatregelen zich voordoet bij een gelijkblijvend aantal patiënten. Verder is weinig bekend over regionale verschillen in toepassing van dwang binnen Nederland. Een regionaal verschil in gesloten beddenscapaciteit kan van invloed zijn op het aanvragen van gedwongen zorg. Ook is bekend uit de literatuur dat een hogere urbanisatiegraad gepaard gaat met een hogere prevalentie van psychiatrische aandoeningen (Peen e.a. 2010; Wierdsma e.a. 2010). We vragen ons af of in de periode 2013-2017, waarin de intramurale ggz-beddenscapaciteit en het aantal begeleide woonplekken sterk zijn afgenomen, het aantal personen voor wie dwang is aangevraagd is toegenomen en in welke mate. Ook vragen we ons af of er verschillen zijn tussen arrondissementen na correctie voor vertekening door leeftijd en of er een relatie is tussen urbanisatiegraad en gedwongen zorg.

## METHODE

Een arrondissement is een gebied dat onder de bevoegdheid van een specifieke rechtbank valt die daar haar hoofdzetel heeft. Per 1 april 2013 kent Nederland 11 arrondissementen. Arrondissementen leveren gegevens aan de Raad voor de Rechtspraak, die aan iedere patiënt een uniek identificerend nummer toekent.

## AUTEURS

**JAN BROER**, epidemioloog en forensisch arts, GGD Groningen.

**ANDRÉ WIERDSMA**, universitair docent, afd. Psychiatrie, Erasmus MC, Rotterdam.

**NIELS MULDER**, bijzonder hoogleraar Openbare geestelijke gezondheid, Epidemiological and Social Psychiatric Research Institute, Erasmus MC, Rotterdam.

## CORRESPONDENTIEADRES

Dr. Jan Broer, GGD Groningen, Postbus 584,  
9700 AN Groningen  
E-mail: jan.broer@ggd.groningen.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 23-7-2019.

Door de Raad voor de Rechtspraak werd over de periode 2013-2017 een niet tot identificeerbare personen herleidbaar gegevensbestand beschikbaar gesteld onder strikte voorwaarden en na beoordeling door een toetsingscommissie van een onderbouwde aanvraag. Dit bestand telde 123.148 regels van behandelde Bopz-aanvragen naar type, datum, leeftijd en arrondissement. Iedere regel had een anoniem uniek registratienummer waarmee unieke personen herleid konden worden.

Berekeningen werden gedaan op basis van het aantal aangevraagde machtigingen (soms meerdere machtigingen per kalenderjaar) en type machtiging per kalenderjaar bij unieke personen. Per kalenderjaar gebruikten we het eerste type aangevraagde machtiging voor de indeling naar soort machtiging.

Niet alle door de Bopz-rechter behandelde verzoeken resulteren in het afgeven van een Bopz-machtiging. Het aantal door de burgemeester afgegeven ibs'en en door de rechter beoordeelde RM's naar type werden per kalenderjaar berekend per 100.000 personen. Het aantal door de rechter afgegeven machtigingen was slechts een fractie kleiner dan het aantal beoordeelde machtigingen (10%). Verzoeken tot een RM worden zorgvuldig voorbereid en worden in 90% van de aanvragen door de rechter toegekend (Stikker e.a. 2008; van der Heijden & Schlosser 2008). In de provincie Groningen werd in periode 2013-2017 slechts 5% van de RM's afgewezen door de rechter (landelijke cijfers zijn niet bekend). Ibs'en worden vaker afgewezen omdat de omstandigheden ten tijde van de rechtszitting veelal verschillen van die ten tijde van de afgifte van de geneeskundige verklaring. In de provincie Groningen werd in de periode 2013-2017 80% van de aangevraagde ibs'en toegekend (Broer 2019).

**TABEL 1** Aantal behandelde Bopz-aanvragen per jaar in Nederland

	2013	2014	2015	2016	2017	2017 t.o.v. 2013
inbewaringstelling	7832	7929	8248	8625	8909	
machtiging eigen verzoek betrokkene	60	44	47	57	63	
zelfbindingsmachtiging	6	4	7	5	3	
voorwaardelijke machtiging	4638	5171	5680	6288	6753	
voorlopige machtiging	6087	6162	6608	6630	6705	
machtiging tot voortgezet verblijf	3906	4023	4120	4249	4365	
totaal Bopz-aanvragen	22529	23333	24710	25854	26798	+19%
Bopz-aanvragen per 100.000 inwoners	134	139	146	152	157	+17%

Wij beperken ons ertoe om alleen beoordeelde machtigingen te bespreken. Bij de analyses zijn vanwege de zeer kleine aantallen de ‘machtiging eigen verzoek’ en zelfbindingsmachtigingen niet weergegeven in de tabellen en grafieken. Voor de bevolkingsomvang en onderverdeling naar leeftijd per arrondissement gebruikten we gegevens van het Centraal Bureau voor de Statistiek op 1 januari van ieder kalenderjaar. De bevolkingstoename in 2017 bedroeg 1,8%. Gezondheidsparameters zijn vaak afhankelijk van de leeftijd. Voor de verschillen in leeftijdsopbouw tussen arrondissementen werd gecorrigeerd met directe standaardisatie. Daarbij werd per type machtiging het aantal verwachte patiënten in Nederland berekend op basis van de leeftijdsspecifieke aantallen patiënten in de arrondissementen. Hiermee werd een verhoudingsgetal berekend, *comparative morbidity figure* (CMF), waarmee arrondissementen onderling vergeleken konden worden waarbij er gecorrigeerd werd voor vertekening door leeftijd.

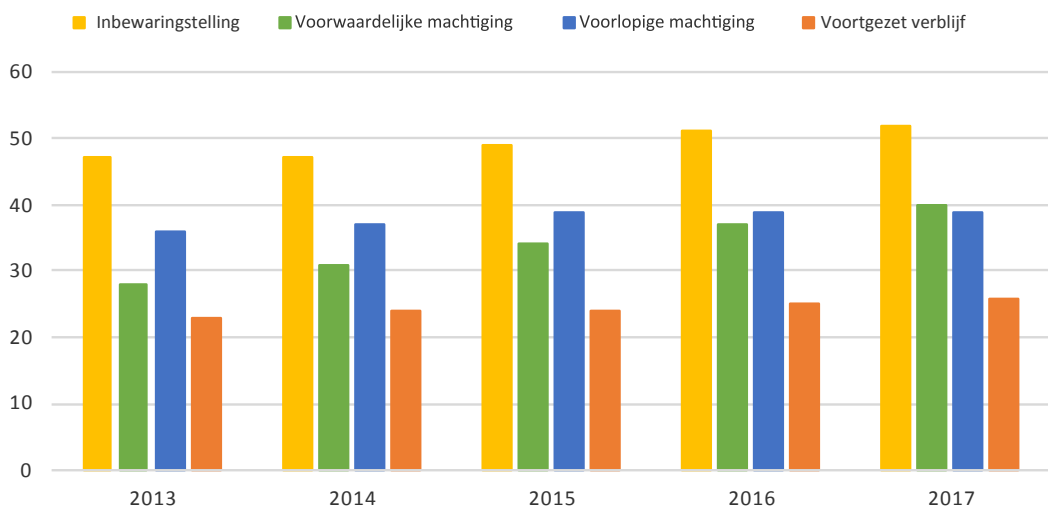
## RESULTATEN

### Aantal aangevraagde machtigingen naar type

In de periode 2013-2017 nam het aantal door een rechtbank behandelde Bopz-verzoeken gerelateerd aan de bevolkingsomvang toe met 17% (TABEL 1). Het aantal ibs'en nam toe van 47 in 2013 tot 51 per 100.000 inwoners in 2017 (+12%; TABEL 1). Het aantal voorwaardelijke machtigingen nam toe van 28 in 2013 tot 40 per 100.000 inwoners in 2017 (+43%). Het aantal voorlopige machtigingen nam toe van 36 in 2013 tot 39 per 100.000 inwoners in 2017 (+8%). Het aantal machtigingen voortgezet verblijf nam toe van 23 in 2013 tot 26 per 100.000 inwoners in 2017 (+10%). In 2017 was de voorwaardelijke machtiging voor het eerst het meest voorkomende type van RM (FIGUUR 1).

### Aantal personen met Bopz-aanvraag

Het aantal personen voor wie een Bopz-aanvraag werd

**FIGUUR 1** Behandelde Bopz-aanvragen per 100.000 inwoners per jaar in Nederland

**TABEL 2** Bopz-aanvragen voor *personen* per kalenderjaar

	2013	2014	2015	2016	2017	2017 t.o.v. 2013
inbewaringstelling	6853	7050	7262	7618	7869	
machtiging eigen verzoek betrokkene	55	38	42	49	56	
zelfbindingsmachtiging	4	4	5	3	2	
voorwaardelijke machtiging	3045	3450	3654	4056	4391	
voorlopige machtiging	3391	3386	3644	3688	3714	
machtiging tot voortgezet verblijf	2904	2944	2894	3063	3174	
<b>totaal</b>	<b>16252</b>	<b>16872</b>	<b>17501</b>	<b>18474</b>	<b>19206</b>	<b>+18%</b>
Bopz- <i>personen</i> per 100.000 inwoners	97	101	104	109	113	+15%
Ratio personen versus machtigingen	72%	72%	71%	71%	72%	72%

behandeld door de rechter nam toe van 16.252 in 2013 tot 19.206 in 2017 (TABEL 2). Per kalenderjaar was de eerste aangevraagde maatregel leidend voor de indeling naar type machtiging. Na correctie voor bevolkingsomvang nam het aantal aangevraagde machtigingen toe met 15% (TABEL 2). De toename van het aantal personen (+15%) was iets lager dan de toename van het aantal Bopz-aanvragen (+17%) (FIGUUR 5).

### Type Bopz-maatregel naar leeftijdsgroep

Verhoudingsgewijs was de toename per leeftijdsgroep het hoogst voor personen van 80 jaar en ouder. Leeftijdsspecifiek bedroeg de toename voor 12-24-jarigen +16%, voor 25-44-jarigen +19%, voor 45-64-jarigen +11%, voor 65-79-jarigen +14% en voor 80-plussers +23%.

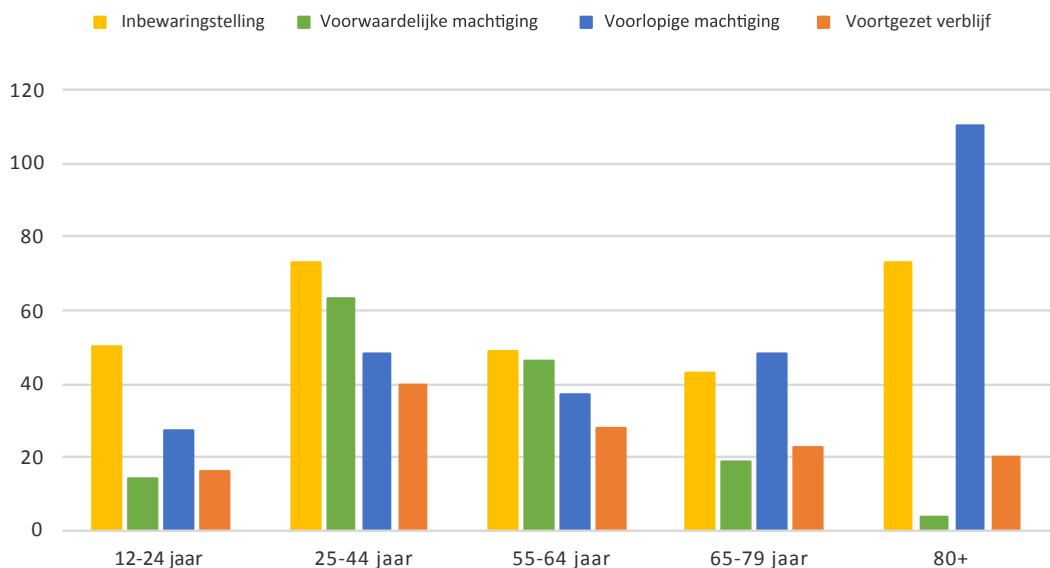
FIGUUR 2 laat zien dat ibs'en het meest werden aangevraagd

in de leeftijdsgroep 25-44 en bij 80-plussers (73 per 100.000 personen). Voorwaardelijke machtigingen werden het meest aangevraagd in de leeftijdsgroep 25-44 jaar (63 per 100.000 personen) en het minst bij 80 jaar en ouder (4 per 100.000 personen). Voorlopige machtigingen werden vaak aangevraagd bij 25-44-jarigen (48 per 100.000 personen) en het meest bij 80 jaar en ouder (110 per 100.000 personen). De machtiging voortgezet verblijf werd het meest aangevraagd in de leeftijdsgroep 25-44 jaar (40 per 100.000 personen).

### Verschillen in aangevraagde machtigingen per arrondissement

Het blijkt dat de aantallen Bopz-aanvragen in alle arrondissementen toenamen met geringe verschillen in het patroon per jaar (TABEL 3). Bij de grootstedelijke agglomeratie

**FIGUUR 2** Leeftijdsspecifiek aantal Bopz-maatregelen per 100.000 inwoners (2013-2017)



**TABEL 3** Aantal behandelde Bopz-aanvragen per 100.000 inwoners per arrondissement per jaar (zie ook FIGUUR 3A)

	2013	2014	2015	2016	2017	2017 t.o.v. 2013
Amsterdam	242	225	248	254	265	109%
Rotterdam	172	183	186	203	210	122%
Den Haag	144	145	152	155	156	108%
Midden-Nederland	137	151	156	156	154	113%
Limburg	152	154	162	179	178	117%
Noord-Holland	126	131	137	139	144	114%
Noord-Nederland	104	120	131	135	133	128%
Oost-Brabant	113	111	119	121	139	122%
Zeeland – West-Brabant	114	116	116	120	129	113%
Overijssel	111	111	119	121	122	110%
Gelderland	102	104	113	123	131	129%
<b>Nederland</b>	<b>134</b>	<b>139</b>	<b>146</b>	<b>152</b>	<b>157</b>	<b>117%</b>

ties was de toename het grootst in Rotterdam terwijl er ook in Gelderland en Noord-Nederland sprake was van een sterke toename.

Na correctie voor bevolkingsomvang bleek dat er grote verschillen waren tussen arrondissementen en per type Bopz-maatregel. In arrondissement Amsterdam werden de meeste Bopz-aanvragen gedaan en dat geldt voor zowel ibs als alle soorten RM (FIGUUR 3). In Gelderland werden de minste ibs'en en RM's aangevraagd (met uitzondering van de machtiging voortgezet verblijf).

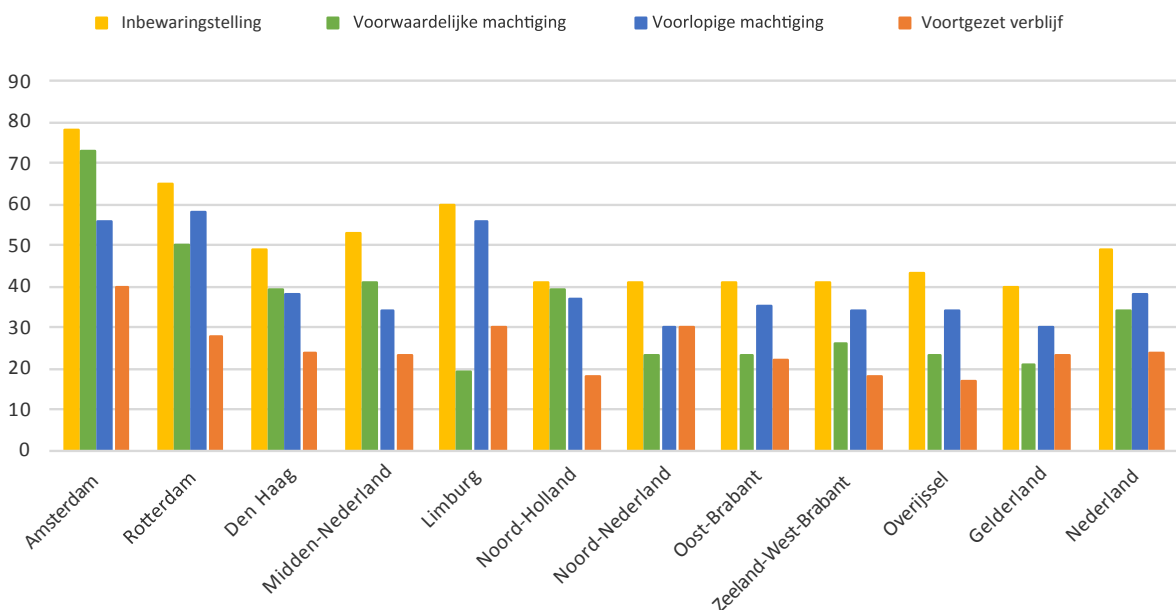
In arrondissementen van de vier grote steden (met name Amsterdam en Rotterdam) werd vaker een ibs aangevraagd.

Ook in Limburg werden beduidend meer ibs'en en ook voorlopige machtigingen aangevraagd dan het landelijk referentiecijfer en vergelijkbare minder urbane regio's. Amsterdam, Rotterdam en Limburg onderscheidden zich ook door een hoog aantal voorlopige machtigingen en machtigingen voortgezet verblijf.

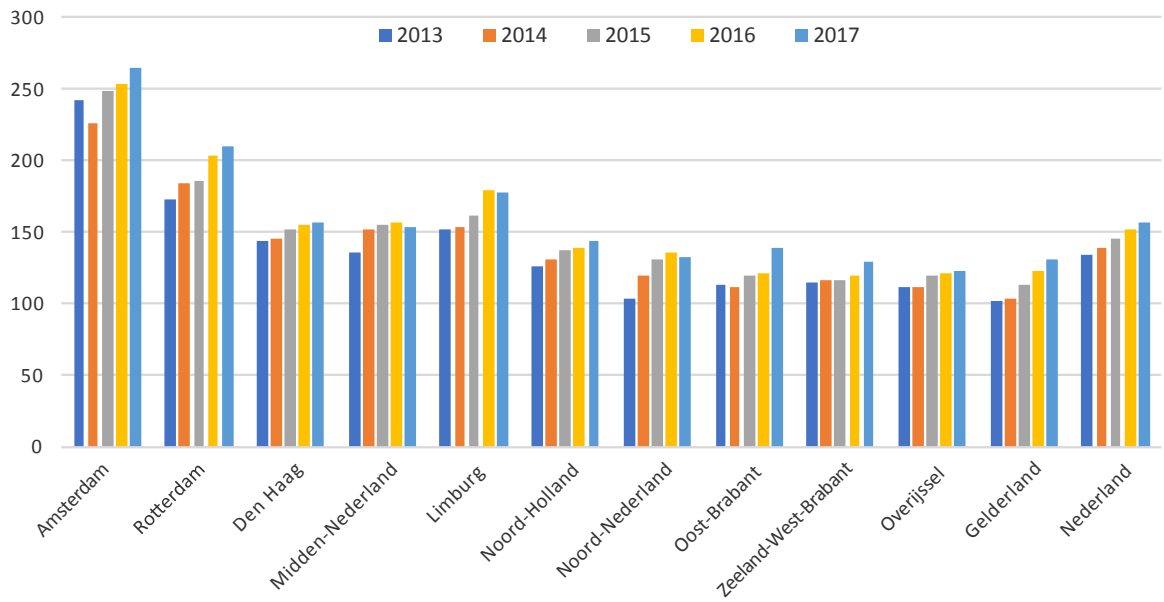
### Correctie voor leeftijdsopbouw per arrondissement

De leeftijdsopbouw verschilt per arrondissement. Omdat leeftijd van grote invloed is op het aantal en type machtiging werd via directe standaardisatie gecorrigeerd waardoor we het aantal beoordeelde Bopz-machtigingen kon-

**FIGUUR 3** Gemiddeld aantal Bopz-aanvragen per jaar per 100.000 inwoners per arrondissement (2013-2017)



**FIGUUR 3A** Aantal per 100.000 per arrondissement per jaar (zelfde informatie als in TABEL 3)



den vergelijken tussen regio's. De referentie was het aantal Bopz-aanvragen voor Nederland (CMF 100). Het aantal Bopz-aanvragen per arrondissement was het hoogst in Amsterdam (161; 95%-bi: 162-164), Rotterdam (131; 95%-bi: 130-132) en Limburg (112; 95%-bi: 111-113) en het laagst in Gelderland (80; 95%-bi: 79-80) (FIGUUR 4).

toename (gemiddeld 3% per jaar) betreft alle soorten machtigingen. De grootste toename doet zich voor bij voorwaardelijke machtiging (8% per jaar), gevolgd door respectievelijk ibs, machtiging voortgezet verblijf en voorlopige machtiging (ieder 2% per jaar).

## DISCUSSIE

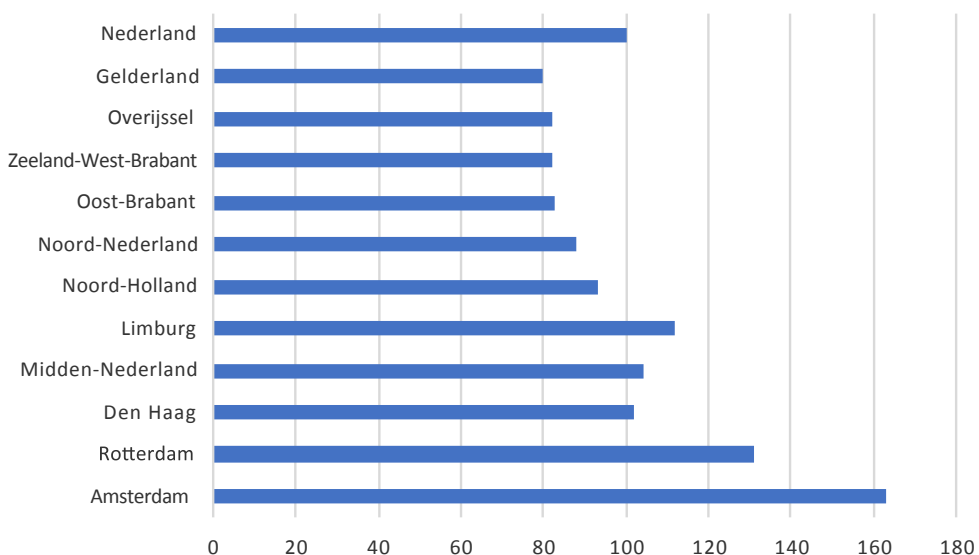
### Toename van Bopz-maatregelen

In 5 jaar tijd, van 2013-2017, en gecorrigeerd voor bevolkingsomvang, nam het aantal behandelde Bopz-aanvragen toe met 17% en het aantal unieke personen met 15%. Deze

### Bestwil

Het vaker toepassen van het *bestwil* principe (Appelbaum 1997) kan één van de redenen zijn van de toename van dwang in de zorg. Ernstig zieke psychiatrische en/of verslaafde patiënten kunnen ernstig nadeel ervaren en mede door gebrek aan ziekte-inzicht kan er meer aandacht gegeven worden aan gevaar en teleurgang. Ook wanneer

**FIGUUR 4** Bopz voor leeftijd gestandaardiseerde verhoudingsgetallen (comparative morbidity figures)



een patiënt geen direct gevaar vormt voor zichzelf of zijn omgeving, maar het evident lijkt dat betrokkene wel baat kan hebben bij een gedwongen psychiatrische behandeling, blijken Bopz-rechters de wet toch zo te interpreteren dat een Bopz-maatregel om bestwil van de patiënt mogelijk is. Het gevaarcriterium wordt dan zo geïnterpreteerd dat het bieden van zorg onder dwang mogelijk wordt. Morele overtuigingen overlappen in dit geval met juridische regels (Appelbaum 1997).

### Regionale verschillen

Het is aannemelijk dat het vaker toepassen van Bopz-maatregelen in de vier grote steden vooral te maken heeft met de samenstelling van de bevolking. In grootstedelijke regio's verblijven meer personen uit risicogroepen en sociaal isolement en anonimiteit komen vaker voor (Peen e.a. 2010).

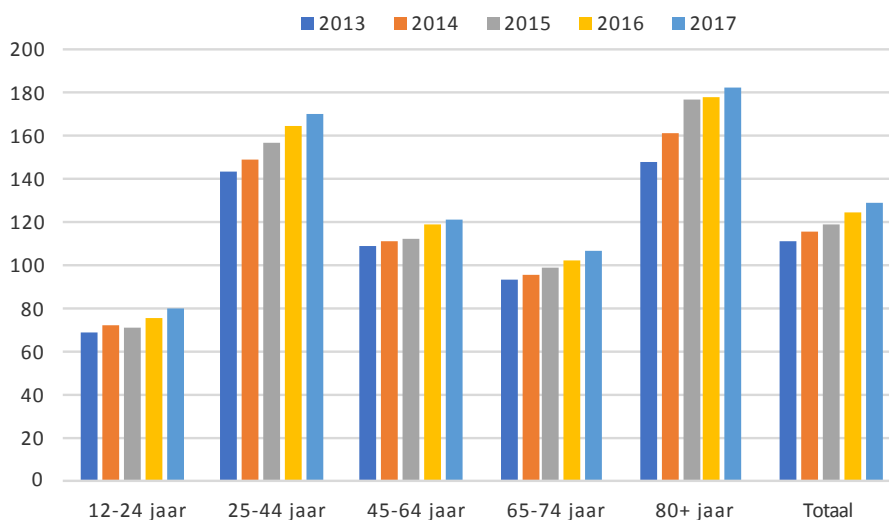
In de ecologische verklaringsmodellen voor de hogere prevalentie van schizofrenie in urbane omgeving zijn twee theorieën beschreven. Het sociaalresiduummodel stelt dat personen met een kwetsbare psyche vaker in arme wijken blijven wonen (Freeman & Alpert 1986). Volgens het sociale-deprivatiemodel hebben achterstandswijken een aantrekkende werking en vestigen kwetsbare personen zich vaker in wijken met geringe sociale controle en gro-

tere tolerantie voor afwijkend gedrag (Giggs & Cooper 1987). Allochtone inwoners gaan vaker wonen in urbane gebieden waarbij migratiegeschiedenis, onthechting uit familie en cultuur en taalachterstand bijdragen aan psychische kwetsbaarheid en middelengebruik (Hutchinson & Haasen 2004).

Na introductie van de functie *assertive community treatment* (FACT) in 2004 is deze over heel Nederland uitgerold. Deze multidisciplinaire zorgvorm blijkt goed georganiseerd te zijn waarbij de continuïteit van zorg (ook tijdens en na ziekenhuisopname) in de periode 2009-2014 goed tot stand is gekomen. Echter, onderdelen van de werkwijze komen onvoldoende uit de verf, met name (maatschappelijk) herstel en participatie laten te wensen over. Het blijkt dat de case-load van de FACT-teams groter wordt dan op basis van personele bezetting gerealiseerd kan worden en er is onvoldoende tijd of deskundigheid om maatschappelijk herstel te bevorderen (Van Vugt e.a. 2018).

In hoeverre meer bemoeizorg door de FACT-teams, of juist een gebrek hieraan, geleid heeft tot een toename aan Bopz-maatregelen (met name ook de voorwaardelijke machtigingen) blijft onduidelijk. Het is aannemelijk dat door FACT meer patiënten met drang benaderd worden en bij onvoldoende medewerking vaker met ambulante dwang te maken krijgen.

**FIGUUR 5** Bopz-patiënten (unieke personen) leeftijdsspecifiek aantal per 100.000 personen in kalenderjaar



Verhoudingsgetal t.o.v. 2017 t.o.v. 2013 (aantal per unieke 100.000 personen)

12-24 jaar	+16%
25-44 jaar	+19%
45-64 jaar	+11%
65-79 jaar	+14%
80+ jaar	+23%
Alle leeftijden	+15%

## Leeftijdverschillen

De mix van machtigingen verschilt sterk per leeftijdsfase. (FIGUUR 2) Daarom is het belangrijk om bij regionale verschillen te corrigeren voor de leeftijdsopbouw. Ibs'en pieken bij 25-44 en 80+ jaar, voorwaardelijke machtigingen bij jongvolwassenen (25-44 jaar), voorlopige machtigingen het meest bij ouderen en machtiging voortgezet verblijf vooral op middelbare leeftijd. Bij de meeste ouderen die vanwege dementie of verstandelijke beperking, zonder rechterlijke tussenkomst, in een gesloten psychogeriatrische instelling worden opgenomen is Bopz-artikel 60 van toepassing. Bij de minderheid die blijf geeft van verzet volgt dan alsnog een ibs of voorlopige machtiging.

## Leeftijd en arrondissement

Er bestaan grote verschillen in toepassing van Bopz-verzoeken per arrondissement. De meeste aanvragen doen zich voor in de 4 grootstedelijke gebieden. Het aantal aanvragen per 100.000 inwoners in Amsterdam en Rotterdam is respectievelijk 69% en 66% hoger dan het landelijk gemiddelde en heeft vooral te maken met meer ibs'en en voorlopige machtigingen. Dit heeft waarschijnlijk te maken met de samenstelling van de bevolking in de grootstedelijke omgeving, waarbij zich vaker maatschappelijke achterstanden voordoen die geassocieerd zijn met psychische problematiek (waaronder uitkeringsafhankelijkheid, middelengebruik, meer allochtone inwoners, meer achterstandsgroepen, illegalen en drugstoerisme). Deels heeft dit ook te maken met de leeftijdsopbouw. In arrondissement Rotterdam wonen relatief veel jongvolwassenen die een hogere prevalentie van gedwongen zorg hebben. Uit FIGUUR 4 blijkt dat na correctie voor leeftijdsopbouw Amsterdam koploper is ( $CMF = 161$ ) en het hogere aantal Bopz in Rotterdam lager uitvalt ( $CMF = 131$ ).

In arrondissement Limburg wordt, ook na standaardisatie voor leeftijd, beduidend vaker een beroep gedaan op de Bopz ( $CMF = 112$ ). Dit komt door meer aanvragen voor ibs'en en voorlopige machtigingen, iets meer machtigingen voortgezet verblijf en, opmerkelijk, beduidend minder voorwaardelijke machtigingen.

Het is onduidelijk hoe dit verklaard kan worden. Het hogere gebruik van Bopz-maatregelen in sommige arrondissementen kan te maken met een ruimer aanbod van Bopz-erkende bedden. Er zijn echter geen betrouwbare gegevens over het aanbod van Bopz-bedden per arrondissement. Indien een persoon langer dan drie maanden in een gemeente verblijft, wordt deze persoon aldaar ingeschreven. Dat betekent dat vooral machtigingen voortgezet verblijf een stempel zullen drukken op de arrondissementen waar veel langdurige bedden capaciteit beschikbaar is. Dit doet zich bijvoorbeeld voor in de provincie Drenthe, maar op arrondissementsniveau wordt het aantal

weer naar beneden uitgemiddeld door het overige aanbod in de drie noordelijke provincie (lager aanbod in de provincie Groningen en Friesland).

## Verschillen in werkcultuur

Bij gevaar kunnen mogelijk verschillen in werkcultuur binnen de ggz-instellingen een rol spelen waarbij meer alerte signalering van ernstige problematiek plaatsvindt en vaker wordt over gegaan tot het aanvragen van dwangopnames. Dit vanuit het perspectief van bestwil en goed hulpverlenerschap. Het is de zorgverlener die bepaalt welke vorm van Bopz-maatregel wordt aangevraagd. Of de afweging van bestwil een rol speelt bij Bopz-rechters in verschillende arrondissementen in Nederland is niet bekend. Mocht dit het geval zijn, dan zou dit een deel van de regionale verschillen per arrondissement kunnen verklaren.

## Preventie van dwang

Het structureel opstellen en toepassen van crisisplannen en het gebruik van crisiskaarten kan het toepassen van dwangopnames voorkomen. Door tijdige beschikbaarheid van een crisiskaart of crisisplan kan het aantal gedwongen opnames met een kwart dalen (De Jong e.a. 2016). Bij de introductie van voorwaardelijke machtigingen was aanvankelijk de verwachting dat dit gedwongen opnames zou kunnen voorkomen. Uit een recente meta-analyse blijkt niet dat gedwongen ambulante behandeling heropnames voorkomt of tot kortere opnameduur leidt. Door het gebruik van ambulante dwang blijven patiënten beter in beeld, hetgeen blijkt uit een toename van ambulante behandelcontacten, zowel medisch als maatschappelijk (Barnett e.a. 2018).

De beslissing tot een gedwongen (her)opname is een complex proces waarbij veelal een combinatie van factoren een rol speelt. De belangrijkste voorspellers zijn agressieve uitingen, gebrek aan ziekte-inzicht, stoppen met inname van medicatie en gebrek aan assertiviteit van professionele zorgaanbieders die te laat interveniëren op deze voorspellende factoren oftewel die onvoldoende assertief reageren (De Jong e.a. 2017).

Zorgaanbieders in de psychiatrie kunnen afzonderlijk in onvoldoende mate dwang voorkomen. In een beleidsbrief van de begeleidingscommissie hervorming van de langdurige ggz wordt aangegeven dat er sprake is van een structurele impasse en dat forse interventies nodig zijn om de langdurige ggz doelmatiger te maken. Als oorzaken van stagnatie worden genoemd verschillende financiële kaders en gefragmenteerd zorgaanbod waardoor geen gecoördineerde aansturing mogelijk is. Daardoor wegen systeemgrenzen zwaar mee (specialistische ggz, verslavingszorg, maatschappelijke opvang of gemeente), en



worden deelbelangen behartigd hetgeen ten koste gaat van samenwerking en innovatie van de zorg. Het perspectief van de hulpvrager zelf en zijn naaste omgeving zou in een toekomstige ontwikkeling het verbindende en richtinggevend element moeten zijn (Van Weeghel 2017). In de Wet verplichte ggz, die in 2020 in werking is getreden, wordt hier al wel rekening mee gehouden en dat kan leiden tot betere zorg op maat.

Ervaringsdeskundigheid, herstel en herstelondersteuning hebben in de afgelopen jaren in min of meerdere mate intrede gedaan bij ggz-instellingen. Er wordt gezocht naar manieren om ervaringsdeskundigheid toe te passen in de praktijk van de zorg (Van Erp e.a. 2012). Mogelijk dat een betere aansluiting bij het maatschappelijke domein via sociale teams van gemeenten kan bijdragen aan herstel door het realiseren van (aangepaste) werkvormen en dagbesteding.

Ook een kleinschaliger organisatie van de zorg dichterbij de directe woonomgeving en met meer betrokkenheid van de eerstelijnsgezondheidszorg kan bijdragen aan het vroegtijdig bemiddelen van cliëntgerichte zorg en aan het herstel na gedwongen zorg (Delespaul e.a. 2018).

## Beperkingen

Omdat we niet over gegevens beschikten die aangeven wanneer de gedwongen zorg beëindigd werd, konden we geen exacte duur van de dwang berekenen. Het is mogelijk dat de duur van dwang geteld in dagen minder is geworden, in het geheel niet is toegenomen of zelfs zou zijn afgenomen. Dit zou kunnen passen bij lange wachtlijsten waardoor toenemende druk op de bedbezetting ontstaat en sneller ontslag.

Een betere duiding van de toename van dwang zou kunnen worden gegeven op basis van een analyse van (veranderingen in) de belangrijkste diagnose en het type gevaar die ten grondslag lagen aan de Bopz-aanvraag. Deze informatie wordt wel gedocumenteerd op Bopz-aanvragen, maar wordt noch in de zorgsector, noch door de rechtbanken gestructureerd op landelijk (anoniem) niveau gearcheveerd.

Herhaaldelijk hebben we aandacht gevraagd voor een goede informatiearchitectuur en gegevensopslag, zodat we meer inzicht kunnen krijgen in deze naar onze mening verontrustende ontwikkeling van de almaar toenemende aantallen Bopz-maatregelen. We hopen dat hier in het kader van de Wet verplichte ggz gehoor aan gegeven wordt.

## LITERATUUR

- Appelbaum PS. Almost a revolution. An international perspective on the law of involuntary commitment. *J Am Acad Psychiatry Law* 1997; 25: 135-47.
- Barnett P, Matthews H, Lloyd-Evans B e.a. Compulsory community treatment to reduce readmission to hospital and increase engagement with community care in people with mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry* 2018; 5: 1013-22.
- Broer J, Mooi CF, Quak J, Mulder CL. Aanhoudende stijging van BOPZ-maatregelen en dwangopnames in de GGZ in Nederland 2003-2017. *Ned Tijdschr Geneesk* 2018; 162: D2454.
- Broer J. Jaarrapportages 2013-2018. Kengetallen Bopz in overleg justitie, politie en psychiatrie. Groningen: GGD Groningen; 2019.
- De Jong MH, Kamperman AM, Oorschot M, e.a. Interventions to reduce compulsory admissions – a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 2016; 73: 657-64.
- De Jong MH, Oorschot M, Kamperman AM e.a. Crucial factors preceding compulsory psychiatric admission: a qualitative patient-record study. *BMC Psychiatry* 2017; 17: 350.
- Delespaul P, Milo M, Schalken F, Boevink W, van Os J. Goede GGZ! Nieuwe concepten, aangepaste taal en betere organisatie. Leusden: Diagnosis; 2018.
- Giggs JA, Cooper JE. Ecological structure and the distribution of schizophrenia and affective psychoses in Nottingham. *Br J Psychiatry* 1987; 151: 627-33.
- Hutchinson G, Haasen C. Migration and schizophrenia. Challenges for European psychiatry and implications for the future. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004; 39: 350-7.
- Kroon H, Michon H. Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGZ 2018. Utrecht: Trimbos-instituut; 2018.
- Mulder CL, Broer J, Uitenbroek D, van Marle P, van Hemert AM, Wierdsma AI. Versnelde stijging van het aantal inbewaringstellingen na de invoering van de Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen. *Ned Tijdschr Geneesk* 2006; 150: 319-22.
- Peen J, Schoevers RA, Beekman AT, Dekker J. The current status of urban-rural differences in psychiatric disorders. *Acta Psychiatr Scand* 2010; 121: 84-93.
- Stikker TE, Schoevers, Swinkels JA, Mulder CL, van Tilburg W. De rechter volgt de psychiater, een onderzoek naar de jurisprudentie over Bopz-aanvragen en -beslissingen in Nederland. *Tijdschr Psychiatr* 2008; 50: 567-77.
- Schoevaerts K, Bruffaerts B, Mulder CL, van den Bergh J. Stijging van het aantal gedwongen opnames in België en Nederland. *Tijdschr Psychiatr* 2013; 55: 45-55.

- Sytema S, Wunderink L. Bemoezing in de psychiatrie. Minder uitval in de zorg. Ned Tijdschr Geneesk 2010; 154: A1692.
- Van der Heijden FMMA, Schlosser RH. Reactie op 'De rechter volgt de psychiater'. Tijdschr Psychiatr 2008; 50: 840-1.
- Van Erp N, Rijkaart AM, Boertien D, van Bakel M, van Rooijen S. Vernieuwende inzet in ervaringsdeskundigheid. Utrecht: Trimbos-instituut; 2012.
- Van Vugt MD, Mulder CL, Bähler M, Delespaul PH, Kroon H. Modelgetrouwheid van flexible assertive community treatment(FACT)-teams: resultaten van vijf jaar auditeren. Tijdschr Psychiatr 2018; 60: 441-8.
- Van Weeghel J. Begeleidende brief aan staatssecretaris Blokhuis van de voorzitter van de Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGZ. Utrecht: Trimbos-instituut; 2017.
- Wierdsma AI, Van Marle PD, Mulder CL. Aantallen en patronen van inbewaringstellingen en rechterlijke machtigingen in Maastricht, Groningen en Rotterdam. Tijdschr Psychiatr 2010; 52: 143-52.

## SUMMARY

# Regional differences in compulsory treatment in mental health care in the Netherlands during 2013-2017

J. BROER, A.I. WIERDSMA, C.L. MULDER

**BACKGROUND** Compulsory treatment in mental health care has continuously increased for years. Registration of court ordered compulsory psychiatric care is based upon counts of legal authorisations. These counts do not refer to number of individual persons involved.

**AIM** To report the number age-specific prevalence of coercion in psychiatric care, number of persons involved, age distribution and regional differences.

**METHOD** Analysis of the number of requests for compulsory care and population size according to the age groups for the years 2013-2017. We used direct age standardisation at the level of jurisdiction regions.

**RESULTS** The annual number of unique persons for whom compulsory care was requested was 28% less than the number of requested court orders. The annual increase in compulsory care was 3%. Per specific treatment order the increase during 2013-2017 was 12% for emergency compulsory admissions, 8% for hospital admissions, 10% for extended hospital admissions and 43% for community treatment order.

**CONCLUSION** The number of persons for whom compulsory mental care is requested increased on average by 3% each year. Greatest increase was observed for age groups 25-44 years and 80 years and older. After age-standardisation substantial differences remain between jurisdiction regions.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 62(2020)2, 104-113

**KEY WORDS** court order, compulsory psychiatric admission, community treatment order, individual level, regional differences, standardised rates