

# Trends in acute opnames in Amsterdam; 15 jaar acute psychiatrie in een steeds vollere stad

K.J. NUSSELDER, J. ZOETEMAN, B. BUIS, N. HOEVE, J. PEEN, L. VAN GRASSTEK, J. DEKKER

**ACHTERGROND** De Tijdelijke Overbruggingsafdeling (TOA) is een schakel tussen de 7/24-dienst en de opnameafdelingen. Wij onderzochten de samenstelling van opnamecohorten en de toepassing van separatie tussen 2001 en 2017, tegen de achtergrond van demografische ontwikkelingen en veranderingen in de ggz.

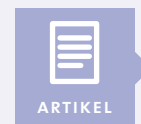
**METHODE** Vergelijking van patiëntgegevens bij vier cohorten die instroomden in vier achtereenvolgende periodes.

**RESULTATEN** Het aantal opnames steeg van 408 per jaar in de periode 2001-2003 naar 728 in de periode 2013-2016. De proportie vrijwillige opnames groeide van 4 naar 33% terwijl ibs-opnames afnamen van 83 naar 54%. De proportie opnames van Nederlanders van buiten Amsterdam en van buitenlanders nam toe van 11 naar 23%. De proportie patiënten met een schizofrene stoornis steeg van 25 naar 32%, met een stemmingsstoornis van 14 naar 20% en met middelengerelateerde stoornissen van 3 naar 7%. Beoordeling op het politiebureau en classificatie psychotische stoornis voorspelden een Bopz-opname. Mannen met een Bopz-opname, jonger dan 45 maakten meer kans om gesepareerd te worden. De proportie patiënten die tijdens opname gesepareerd werden, nam af van 37% naar 20%, waarbij ook de duur van de separatie-episodes afnam.

**CONCLUSIES** De toename van het jaarlijks aantal opnames op de TOA wijst, tegen de achtergrond van bevolkingsgroei en groei van toerisme, op een tekort aan beschikbare bedden op reguliere (opname-) afdelingen in Amsterdam. In vijftien jaar verdubbelde het aantal opgenomen Nederlanders van buiten Amsterdam en buitenlanders. Onder invloed van ingezet beleid en/of ten gevolge van de toegenomen proportie vrijwillig opgenomen patiënten nam het gebruik van separatie af.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 62(2020)7, 530-540

**TREFWOORDEN** acute psychiatrie, Bopz-opname, demografische ontwikkeling, dwangopname, grotestadsproblematiek, separatie



ARTIKEL



Sinds de jaren negentig van de vorige eeuw steeg het aantal psychiatrische dwangopnames in Europa (Dressing & Salize 2004). De toegenomen percentages onvrijwillige opnames variëren in deze survey van 4 tot 31%. In Nederland is het aantal onvrijwillige opnames sinds het in werking treden van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz) in januari 1994 doorlopend gestegen (Broer e.a. 2015). Het afgelopen decennium betrof de stijging met name de opnames met een rechterlijke machtiging (RM). Tussen 2003 en 2017 steeg het aantal

inbewaringstellingen (ibs'en) met 21%: van 44 per 100.000 naar 52 en het aantal RM met 136%: van 44 per 100.000 naar 104 in 2017 (Broer e.a., 2018).

De Nederlandse wet Bopz kende twee opnameprocedures. Tot opname met RM werd besloten door de rechter op basis van een door een psychiater afgegeven geneeskundige verklaring en na de patiënt gehoord te hebben ter rechtszitting. Wanneer bij acuut gevaar deze procedure niet afgewacht kon worden, kon de burgemeester besluiten tot een spoedeisende opname met ibs, eveneens op basis van

een geneeskundige verklaring, maar zonder de patiënt gehoord te hebben. De rechter toetste dit besluit achteraf binnen enkele dagen, waarbij de patiënt werd gehoord.

Tegen de achtergrond van het toegenomen aantal dwangopnames kwam er ook aandacht voor het feit dat deze onvrijwillige opnames vaker gepaard gaan met separatie en dwangmedicatie dan vrijwillige opnames (Korkeila e.a. 2002; Bilanakis e.a. 2010; Raboch e.a. 2010; Miedema e.a. 2016). Bij het Europese EUNOMIA-onderzoek naar dwangtoepassingen tijdens psychiatrische opname bleek het toepassen van dwang gemiddeld bij 40% (uitersten 21-58%) van de patiënten (n = 20.130) voor te komen (Kallert e.a. 2005). In Nederland werd separatie anno 2005 waarschijnlijk meer toegepast dan in de ons omringende landen (Janssen e.a. 2008; Noorthoorn e.a. 2015). In 2004 spraken ggz-instellingen daarom de ambitie uit om het aantal separaties jaarlijks te verminderen met 10% (IGZ 2015).

### Noodsituatie in de spoedeisende psychiatrie: stichting TOA in 2001

Terwijl de beschreven toename van opnames met ibs en RM plaatsvond, werd een beleid van reductie van psychiatrische bedden ingezet. In Amsterdam daalde de psychiatrische beddenscapaciteit voor volwassenen en ouderen van 176 bedden per 100.000 inwoners in 1996 naar 104 per 100.000 inwoners in 2007 (Heijnen 2010). Daarnaast (en mogelijk in samenhang hiermee) vond er in de stad in die periode een sterke stijging plaats van het aantal spoedeisende consulten (van der Post e.a. 2010). Zo ontstonden er wachttijden voor spoedeisende consulten op politiebureaus en moesten patiënten voor (Bopz-)opname vaak tijdelijk elders in het land geplaatst worden.

Als antwoord op deze ontwikkelingen werd in 2001 door de drie Amsterdamse ggz-instellingen de Tijdelijke Overbruggingsafdeling (TOA) opgericht (Mulder 2005). Het doel van het stichten van de TOA was: de duur van het verblijf van patiënten in politiecellen te bekorten en het aantal gastplaatsingen buiten Amsterdam terug te dringen.

De TOA beschikte in het begin over 8 bedden en vanaf 2006 over 10 bedden. Tijdens de korte overbruggingsopname werden de patiënten zorgvuldig gescreend en daarna doorgeplaatst naar een afdeling voor voortgezette behandeling of weer naar huis ontslagen met ambulante zorg. Eén jaar na oprichting kon geconcludeerd dat de TOA haar bufferfunctie naar behoren vervulde. Bij een stijgend aantal opnames daalde het aantal gastplaatsingen, daalde de druk op de gesloten afdelingen en daalde de wachttijd in politiecellen (Mulder e.a. 2005).

Sinds de stichting van de TOA heeft het proces van beddenafbouw en opbouw van ambulante ggz-voorzieningen in Amsterdam zich doorgezet. In contrast hiermee groeide het aantal inwoners van de stad van 734.500 inwoners in

### AUTEURS

**HANS NUSSELDER**, psychiater en manager Behandelzaken, Mentrum Kliniek Constantijn Huygenstraat, Arkin, Amsterdam.

**JEROEN ZOETEMAN**, psychiater en manager Behandelzaken, afd. Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam.

**BER BUIS**, teamleider TOA, Arkin, Amsterdam.

**NICO HOEVE**, specialist afd. Zorgadministratie, Arkin, Amsterdam.

**JAAP PEEN**, senior onderzoeker, afd. Onderzoek, Arkin, Amsterdam.

**LODEWIJK VAN GRASSTEK**, manager bedrijfsvoering TOA, Arkin, Amsterdam.

**JACK J.M. DEKKER**, hoofd afd. Onderzoek Arkin, en hoogleeraar Psychologie, VU, afd. Klinische Psychologie, Amsterdam.

### CORRESPONDENTIEADRES

Hans Nusselder.

E-mail: [hans.nusselder@mentrum.nl](mailto:hans.nusselder@mentrum.nl)

Geen strijdige belangen meegedeeld.

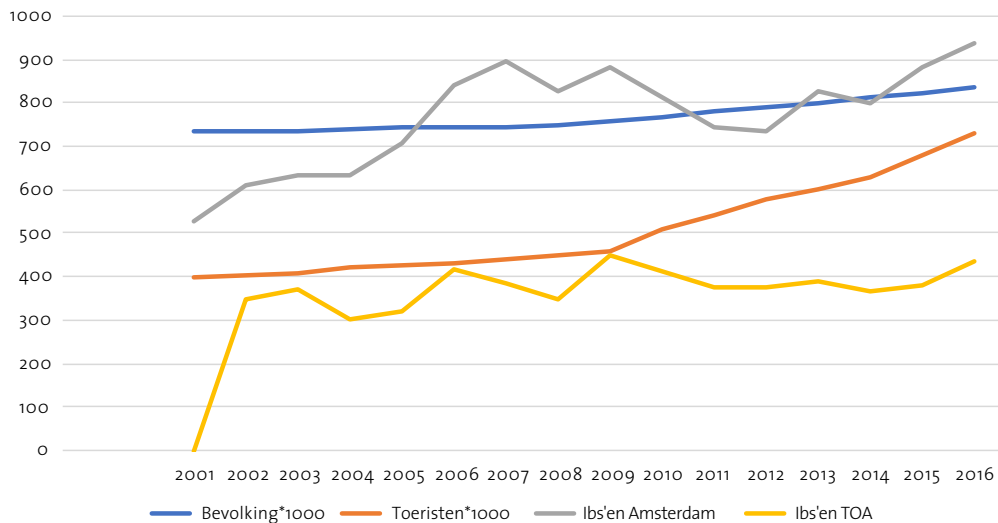
Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 15-1-2020.

2001 naar 840.000 in 2016, een toename van 14% (Bron: afd. Onderzoek, Informatie en Statistiek, Gemeente Amsterdam; <https://www.amsterdam.nl/ois>). Ook is in dezelfde periode het aantal buitenlandse toeristen bijna verdubbeld: van 4 miljoen in 2001 tot 7,2 miljoen in 2016 (FIGUUR 1). Deze groei leidt vanzelf tot het vóórkomen van méér psychiatrische patiënten in de stad en oefent daarmee druk uit op de spoedeisende psychiatrie en de openbare geestelijke gezondheidszorg en vergroot daarmee ook de kans op verdere toename van het aantal dwangopnames in het kader van de wet Bopz.

### Vraagstelling van dit onderzoek

Bij dit retrospectieve dossieronderzoek van een cohort bij de TOA opgenomen patiënten beantwoorden wij de volgende vragen:

1. Was er een toename van onvrijwillige opnemingen en afname van vrijwillige opnemingen op de TOA tussen 2001 en 2017?
2. Hoe ontwikkelden de sociodemografische en klinische kenmerken en de opnameduur van de vrijwillig en onvrijwillig opgenomen patiënten zich gedurende deze periode?
3. Welke van de klinische en sociodemografische kenmerken waren geassocieerd met onvrijwillige opname?
4. Welke klinische en demografische kenmerken hingen

**FIGUUR 1** Groei bevolking en toerisme naast stijging ibs-opnames in Amsterdam en TOA 2001-2016

- samen met het toepassen van separatie?
5. Verminderden de frequentie en duur van toegepaste separatie tijdens de observatieperiode?

## METHODE

### Onderzoeksetting: de ontwikkeling van de TOA 2001-2017

Onder invloed van externe en interne organisatorische veranderingen liet de observatieperiode van dit onderzoek zich in vier episodes opdelen die ongelijk zijn in tijdsduur. We vergeleken in dit onderzoek de vier bij de periodes horende patiëntcohorten.

#### EERSTE PERIODE

Van augustus 2001 tot en met december 2003 (29 maanden) was de TOA gevestigd in een vleugel van een beveiligde forensische kliniek aan de buitenkant van de stad. Patiënten werden in die tijd na psychiatrische beoordeling meestal rechtstreeks van het politiebureau naar de TOA gebracht. Het behandelbeleid concentreerde zich op diagnostiek en handhaven van de veiligheid met gebruik van gesloten deuren. Nieuw binnengekomen patiënten werden volgens de regels in een afgesloten kamer geplaatst. Er was in deze periode nog geen uitgewerkte visie ontwikkeld voor het omgaan met (het voorkomen van) ernstige (gewelds)crises. Het veelvuldig gebruik van separeerders stond nauwelijks ter discussie.

#### TWEDE PERIODE

De periode van januari 2004 tot en met juni 2008 (54 maanden) begon met een organisatorische verandering in de Amsterdamse acute psychiatrieketen. In 2004 werd een

Spoedeisende Observatieruimte (SPOR) geopend waar patiënten uitgebreid konden worden gescreeend door een psychiatrisch crisisteam dat de Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam (SPA) werd genoemd (Bernardt e.a. 2006). Patiënten die door de politie als verward beoordeeld werden, wachtten niet langer in de politiecel op de rijdende psychiater, maar werden naar deze psychiatrische eerste-hulp post gebracht. Bij een opname-indicatie overdag werden patiënten zo mogelijk direct op één van de intensivere (ic-)afdelingen geplaatst. Maar bij plaatsgebrek en buiten kantooruren reed de ambulance naar de TOA. In deze fase vond er een ontwikkeling in de behandelvisie van het TOA-team plaats. Het team zocht meer aansluiting bij het bestaande ambulante zorgkader en er werden systeemgerichte interventies ontwikkeld. De in de eerste periode overheersende aandacht voor beheersing en beveiliging werd geleidelijk aan als te eenzijdig en restrictief ervaren en er werd geprobeerd het separeren van patiënten in frequentie en duur te beperken.

#### DERDE PERIODE

Aan het begin van de derde periode, van juli 2008 tot en met december 2012 (30 maanden), verhuisde de TOA vanuit de aan de buitenkant van de stad gelegen forensische kliniek naar een locatie in het hartje van de stad. Ze kwam in één gebouw met de SPOR en een psychiatrische ic van de grootste Amsterdams ggz-instelling. De TOA was zo organisatorisch en ruimtelijk beter ingebed in de crisisketen.

#### VIERDE PERIODE

In de vierde en laatste periode, van januari 2013 tot en met december 2017 (48 maanden), ontstond er in de Nederlandse ggz een krachtige impuls gericht op het verminde-

ren van separeren onder het motto *Dwang Bedwingen* (Herrmann 2009; IGZ 2015). Dit beleid ging gepaard met het verwijderen van de meeste separeerkamers in klinieken voor vervolgbehandeling. In de psychiatrische ic's en bij de TOA vond dit sluiten van separeerkamers niet plaats. Een ernstige (gewelds)crisis kon daardoor niet altijd worden opgevangen op de vervolgafdelingen, waardoor het voorkwam dat patiënten werden teruggeplaatst in de TOA.

### Dataverzameling

De volgende gegevens ontleenden we aan het digitale opnamelogboek van de TOA en het elektronisch patiëntendossier: opnamedatum, geslacht, leeftijd, verwijzende instantie, juridische status, middelengebruik, verblijfsduur, vóórkomen van separatie, duur van separatie, plaats (land) van herkomst en diagnostische categorie DSM (op vroegere as I en as II).

Voor gegevens over de Bopz-opnames maakten we gebruik van de database Bopz-online (Khonraad Software Engineering). Hierin worden door de Nederlandse ggz-instellingen de belangrijkste kenmerken van een Bopz-opname geregistreerd, zoals plaats van ibs-afhandeling, al dan niet in zorg zijn, de diagnostische categorie en het soort gevaar waarvan sprake is.

### Statistische analyses

We vergeleken de klinische en sociodemografische gegevens van de vier cohorten met elkaar en toetsten de verschillen: categoriale variabelen met Pearsons  $\chi^2$ , leeftijd met oneway-ANOVA, verblijfsduur (non-parametrisch verdeeld) met de toets van Kruskal-Wallis.

Om te bepalen welke variabelen geassocieerd waren met een dwangopname verrichtten wij een multiële logistische-regressieanalyse (methode: backstep, p-out 0,05) met wel/niet Bopz-opname als afhankelijke variabele. De potentiële voorspellers werden vooraf geselecteerd met bivariate analyses: variabelen met een  $p < 0,10$  werden meegenomen bij het bepalen van het voorspellingsmodel. Om te bepalen welke variabelen een separatie tijdens opname voorspellen, voerden we een multiële logistische-regressieanalyse uit (methode: backstep, p-out 0,05) met het vóórkomen van separatie als afhankelijke variabele. De potentiële voorspellers werden vooraf geselecteerd zoals in het voorgaande aangegeven.

Alle analyses werden uitgevoerd in SPSS 22.0. Het gehanteerde significantieniveau was  $p < 0,05$ , tenzij anders vermeld.

## RESULTATEN

### De veranderende omgeving van de TOA en aantal ibs-opnames

Het totale aantal ibs'en in Amsterdam was in de onderzoeksperiode toegenomen van 529 in 2001 naar 939 in 2016. De bevolking van Amsterdam nam in diezelfde periode toe van 734.540 naar 834.713 inwoners, een groei van 14%. **FIGUUR 1** toont een gelijk opgaan van inwoner-aantal en aantal ibs'en. Gecorrigeerd voor de stijging van het aantal inwoners steeg het aantal ibs'en dan ook vrijwel niet meer vanaf 2002: het bleef schommelen rond een gemiddelde van 100 per 100.000 inwoners (SD 14; uitersten 72-120).

Van alle Amsterdamse ibs'en werd in de observatieperiode gemiddeld 49% van de patiënten opgenomen op de TOA. Het totale jaarlijkse aantal Bopz-patiënten (ibs plus RM) steeg op de TOA van 389 in 2002 naar 511 in 2016, dit kwam voornamelijk door een stijging van het aantal patiënten met een RM (niet getoond in **FIGUUR 1**).

(Overigens vindt registratie van RM-opnames niet op gemeenteniveau plaats, maar per arrondissement, waar in het geval van het arrondissement Amsterdam ook Aalsmeer, Amstelveen, Diemen, Ouder-Amstel en Uithoorn deel van uitmaken. Hierdoor waren RM-gegevens voor Amsterdam afzonderlijk niet beschikbaar.)

### Opgenomen populatie in de 4 periodes

Het aantal patiënten dat in de TOA werd opgenomen, steeg van gemiddeld 408 per jaar in de periode 2001-2003 naar gemiddeld 728 per jaar in de periode 2013-2016, een stijging van 78%. Hierbij nam de gemiddelde opnameduur af van 4,4 (SD 3,7) naar 3,5 dagen (SD 2,8). De proportie ibs-opnames nam af van 83,4 tot 54,0%, terwijl de proportie opnames met een voorlopige machtiging (VM) gelijk bleef (13%). Complementair aan het afnemen van de proportie ibs-opnames nam de proportie vrijwillige opnames in die tijd toe van 3,5 naar 32,7% ( $p < 0,001$ ). Sociodemografische en ziektekenmerken van patiënten die werden opgenomen op de TOA staan in **TABEL 1**.

We zagen over de vier periodes een geleidelijke stijging van de proportie buitenlandse patiënten van 4,7 naar 9,5% en van niet-Amsterdamse Nederlanders van 5,8 naar 13% in de laatste periode, terwijl het aandeel Amsterdammers daalde van 81,2 naar 67,6% ( $p < 0,001$ ).

In de eerste periode was het politiebureau de grootste verwijzer (69,1%). Na de start van de beoordeling op de SPOR in 2004 werd laatstgenoemde de grootste verwijzer (80%;  $p < 0,001$ ). Verder zagen we vermindering van de proportie patiënten die werd opgenomen met de DSM-categorie overige psychotische stoornis van 42 naar 28% bij een toename van de categorie schizofrene stoornis van 25,3 naar 32,4%,

**TABEL 1** Sociodemografische en klinische kenmerken van de patiëntcohorten opgenomen in de vier periodes

	Vanaf start TOA (aug 2001- dec 2003) Aantal (%)	Vanaf start SPA (jan 2004-juni 2008) Aantal (%)	Nieuwe kliniek/ dwang bedw. (juli 2008-dec 2012) Aantal (%)	Vanaf sluiting Noord (jan 2013-dec 2016) Aantal (%)	Totaal Aantal (%)	Toets over 4 periodes
<b>Geslacht</b>						
Man	646 (65,6%)	1292 (60,9%)	1773 (61,8%)	1806 (62,0%)	5517 (62,1%)	$\chi^2 = 6,41$ ; df = 3; p = 0,093
Vrouw	339 (34,4%)	828 (39,1%)	1096 (38,2%)	1107 (38,0%)	3370 (37,9%)	
Totaal	985 (100,0%)	2120 (100,0%)	2869 (100,0%)	2913 (100,0%)	8887 (100,0%)	
<b>Woonplaats</b>						
Amsterdam	801 (81,2%)	1620 (76,4%)	2057 (71,7%)	1968 (67,6%)	6446 (72,5%)	$\chi^2 = 119,63$ ; df = 9; p < 0,001
Overig Nederland	57 (5,8%)	159 (7,5%)	273 (9,5%)	378 (13,0%)	867 (9,8%)	
Buitenland	46 (4,7%)	164 (7,7%)	217 (7,6%)	276 (9,5%)	703 (7,9%)	
Onbekend	83 (8,4%)	177 (8,3%)	323 (11,3%)	291 (10,0%)	874 (9,8%)	
Totaal	987 (100,0%)	2120 (100,0%)	2870 (100,0%)	2913 (100,0%)	8890 (100,0%)	
<b>Plaats beoordeling</b>						
SPOR	36 (3,7%)	1630 (77,0%)	2294 (80,0%)	2331 (80,0%)	6291 (70,8%)	$\chi^2 = 5078,08$ ; df = 15; p < 0,001
Thuis	91 (9,2%)	111 (5,2%)	195 (6,8%)	230 (7,9%)	627 (7,1%)	
Politiebureau	681 (69,1%)	59 (2,8%)	53 (1,8%)	36 (1,2%)	829 (9,3%)	
Algemeen ziekenhuis	44 (4,5%)	108 (5,1%)	131 (4,6%)	168 (5,8%)	451 (5,1%)	
Psychiatrische instelling	110 (11,2%)	149 (7,0%)	133 (4,6%)	101 (3,5%)	493 (5,5%)	
Overig	24 (2,4%)	60 (2,8%)	63 (2,2%)	46 (1,6%)	193 (2,2%)	
Totaal	986 (100,0%)	2117 (100,0%)	2869 (100,0%)	2912 (100,0%)	8884 (100,0%)	
<b>As I-classificatie bij opname</b>						
Stoornis i.v.m. middelengebruik	31 (3,1%)	122 (5,8%)	154 (5,4%)	201 (6,9%)	508 (5,7%)	$\chi^2 = 414,72$ ; df = 15; p < 0,001
Schizofrenie	250 (25,3%)	656 (30,9%)	996 (34,7%)	943 (32,4%)	2845 (32,0%)	
Overige psychotische stoornissen	417 (42,2%)	738 (34,8%)	736 (25,6%)	817 (28,0%)	2708 (30,5%)	
Stemmingsstoornis	137 (13,9%)	334 (15,8%)	598 (20,8%)	583 (20,0%)	1652 (18,6%)	
Overige stoornissen	84 (8,5%)	210 (9,9%)	375 (13,1%)	358 (12,3%)	1027 (11,6%)	
Uitgestelde diagnose as I	68 (6,9%)	60 (2,8%)	11 (,4%)	11 (,4%)	150 (1,7%)	
Totaal	987 (100,0%)	2120 (100,0%)	2870 (100,0%)	2913 (100,0%)	8890 (100,0%)	
<b>As II-classificatie bij opname</b>						
Persoonlijkeitsstoornis	81 (8,2%)	254 (12,0%)	328 (11,4%)	404 (13,9%)	1067 (12,0%)	$\chi^2 = 524,34$ ; df = 12; p < 0,001
Zwakzinnigheid	17 (1,7%)	43 (2,0%)	137 (4,8%)	203 (7,0%)	400 (4,5%)	
Uitgestelde diagnose as II	758 (76,8%)	1424 (67,2%)	1479 (51,5%)	1337 (45,9%)	4998 (56,2%)	
Geen as II-stoornis	69 (7,0%)	318 (15,0%)	732 (25,5%)	800 (27,5%)	1919 (21,6%)	
Onbekend	62 (6,3%)	81 (3,8%)	194 (6,8%)	169 (5,8%)	506 (5,7%)	
Totaal	987 (100,0%)	2120 (100,0%)	2870 (100,0%)	2913 (100,0%)	8890 (100,0%)	

**TABEL 1** Sociodemografische en klinische kenmerken van de patiëntcohorten opgenomen in de vier periodes (vervolg)

	Vanaf start TOA (aug 2001- dec 2003) Aantal (%)	Vanaf start SPA (jan 2004-juni 2008) Aantal (%)	Nieuwe kliniek/ dwang bedw. (juli 2008-dec 2012) Aantal (%)	Vanaf sluiting Noord (jan 2013-dec 2016) Aantal (%)	Totaal Aantal (%)	Toets over 4 periodes
<b>Juridische status</b>						
ibs	823 (83,4%)	1589 (75,0%)	1805 (62,9%)	1574 (54,0%)	5791 (65,1%)	$\chi^2 = 510,96$ ; df = 6; p < 0,001
RM/VM/art 37	129 (13,1%)	229 (10,8%)	336 (11,7%)	385 (13,2%)	1079 (12,1%)	
Vrijwillig	35 (3,5%)	302 (14,2%)	729 (25,4%)	954 (32,7%)	2020 (22,7%)	
Totaal	987 (100,0%)	2120 (100,0%)	2870 (100,0%)	2913 (100,0%)	8890 (100,0%)	
<b>Middelengebruik</b>						
Nee	727 (73,7%)	1330 (62,7%)	1928 (67,2%)	1536 (52,7%)	5521 (62,1%)	$\chi^2 = 196,51$ ; df = 3; p < 0,001
Ja	260 (26,3%)	790 (37,3%)	942 (32,8%)	1377 (47,3%)	3369 (37,9%)	
Totaal	987 (100,0%)	2120 (100,0%)	2870 (100,0%)	2913 (100,0%)	8890 (100,0%)	
<b>Gebruikt middel</b>						
Alcohol	28 (10,8%)	121 (15,3%)	131 (13,9%)	197 (14,3%)	477 (14,2%)	$\chi^2 = 85,53$ ; df=12; p < 0,001
Cannabis	100 (38,5%)	367 (46,5%)	471 (50,0%)	595 (43,2%)	1533 (45,5%)	
Cocaine	16 (6,2%)	24 (3,0%)	34 (3,6%)	34 (2,5%)	108 (3,2%)	
Overige middelen	28 (10,8%)	13 (1,6%)	24 (2,5%)	39 (2,8%)	104 (3,1%)	
Combinatie van middelen	88 (93,8%)	265 (33,5%)	282 (29,9%)	512 (37,2%)	1147 (34,0%)	
Totaal	260 (100,0%)	790 (100,0%)	942 (100,0%)	1377 (100,0%)	3369 (100,0%)	

TOA = Tijdelijke Overbruggingsafdeling; SPOR: Spoedeisende Observatieruimte; ibs: inbewaringstelling; RM; rechterlijke machtiging; VM: voorlopige machtiging

terwijl de categorie overige psychotische stoornissen proportioneel afnam van 42,2 naar 28,0%. De proportie stemmingsstoornissen groeide van 13,9 naar 20,0% en de proportie van aan middelengebruik gerelateerde stoornissen van 3,1 naar 6,9% (p < 0,001).

### Risicofactoren voor onvrijwillige opneming

Patiënten die op het politiebureau beoordeeld waren, hadden een 4 maal zo hoge kans op onvrijwillige opname als mensen die op de SPOR waren beoordeeld (OR 4,18; 95%-BI: 2,74-6,37). Patiënten die na een beoordeling in een somatisch/psychiatrisch ziekenhuis of overige instelling verwezen waren toonden een lager risico op Bopz-opname dan de SPOR-groep (OR 0,61; 95%-BI: 0,53-0,71). Hetzelfde geldt voor patiënten die thuis beoordeeld werden (OR 0,33; 95%-BI: 0,28-0,39). Variabelen die de kans op een onvrijwillige opneming voorspelden, zijn weergegeven in **TABEL 2**. Patiënten met de DSM-categorie psychotische stoornis hadden een bijna 2 maal zo hoge kans op een Bopz-opname dan mensen met overige as I-stoornissen (OR 1,75; 95%-BI: 1,56-

1,96). De verklaarde variantie van dit predictiemodel was 8%.

### Toepassing van separatie op de TOA

De toepassing van separatie tijdens opname was geleidelijk aan afgenomen van 36,5% in de periode 2001-2003 naar 19,9% van de opgenomen patiënten in 2013-2016 (p < 0,001). De sterkste daling vond plaats na juni 2008. De duur van de overgebleven separaties nam eveneens af. Bij vergelijking van de eerste periode met de laatste episode zagen we proportioneel meer separaties korter dan 24 h (van 44,0 naar 53,5%) en minder separaties langer dan 24 h (van 65% naar 56,5%) (p < 0,001) (**TABEL 3**).

### Risicofactoren voor separatie tijdens opname

Variabelen die de kans op een separatie tijdens opname voorspelden, zijn weergegeven in **TABEL 4**. Met een ibs opgenomen patiënten toonden een ruim 4 keer zo grote kans op separatie als vrijwillig opgenomen patiënten (OR 4,24; 95%-BI: 3,48-5,15). Voor patiënten met een

**TABEL 2** Predictiemodel voor opname met Bopz-maatregel; binaire logistische regressie (methode: backward)

	Wald	df	p	Oddsratio (95%-BI)
Teller jaar	267,47	1	0,000	0,89 (0,88-0,90)
<b>Plaats beoordeling</b>	<b>236,38</b>	<b>3</b>	<b>0,000</b>	
Thuis (t.o.v. ref.cat. SPOR)	152,10	1	0,000	0,33 (0,28-0,39)
Politiebureau (t.o.v. ref.cat. SPOR)	44,01	1	0,000	4,18 (2,74-6,37)
Somatisch/psychiatrisch zchs/overig (t.o.v. ref.cat. SPOR)	41,93	1	0,000	0,61 (0,53-0,71)
<b>As I-diagnose</b>	91,63	2	0,000	
Middelengerelateerde stoornis (t.o.v. ref.cat. overige as I-diagnoses)	2,86	1	0,091	1,21 (0,97-1,52)
Psychotische stoornis (t.o.v. ref.cat. overige as I-diagnoses)	89,49	1	0,000	1,75 (1,56-1,96)
<b>As II-diagnose</b>	6,50	2	0,039	
As II-diagnose (t.o.v. ref.cat. geen as II-diagnose)	2,79	1	0,095	1,11 (0,98-1,26)
As II-diagnose onbekend (t.o.v. ref.cat. geen as II-diagnose)	5,89	1	0,015	1,36 (1,06-1,73)
<b>Constante</b>	355,19	1	0,000	8,43
Model	z = 825,40; df = 8; p < 0,001 Cox-Snells R <sup>2</sup> : 0,09			

VM was die kans bijna 3 keer zo groot (OR 2,90; 95%-BI: 2,27-3,69). Daarnaast hadden patiënten jonger dan 45 jaar een bijna 2 keer zo grote kans om tijdens opname gesepareerd te worden als de oudere groep (OR 1,95; 95%-BI: 1,71-2,22). Bij mannen was die kans ruim 1,5 maal zo groot als bij vrouwen (OR 1,78; 95%-BI: 1,71-2,22). Beoordeling op het

politiebureau leidde tot een 1,5 maal hogere kans op separatie vergeleken met beoordeling op de SPOR (OR 1,55; 95%-BI: 1,29-1,87). Patiënten afkomstig uit het buitenland hadden vergeleken met Amsterdammers (en mensen elders uit Nederland) een 27% lagere kans om gesepareerd te worden (OR 0,73; 95%-BI: 0,59-0,90). Patiënten met een

**TABEL 3** Toepassing dwangmaatregelen van de patiëntcohorten opgenomen in de vier periodes

	Vanaf start TOA (aug 2001-dec 2003)	Vanaf start SPA (jan 2004-juni 2008)	Nieuwe kliniek/dwang bedw. (juli 2008-dec 2012)	Vanaf sluiting Noord (jan 2013-dec 2016)	Totaal Aantal (%)	Toets over 4 periodes
<b>Separatie i.g.v. onvrijw. opname</b>						
Separatie	300 (36,5%)	435 (27,4%)	388 (21,5%)	314 (19,9%)	1437 (24,8%)	$\chi^2 = 95,96$ ; df = 3; p < 0,001
Geen separatie	523 (63,5%)	1154 (72,6%)	1417 (78,5%)	1260 (80,1%)	4354 (75,2%)	
Totaal	823 (100,0%)	1589 (100,0%)	1805 (100,0%)	1574 (100,0%)	5791 (100,0%)	
<b>Cumulatieve duur separatie</b>						
< 24 uur	132 (44,0%)	172 (39,5%)	217 (55,9%)	168 (53,5%)	689 (47,9%)	$\chi^2 = 43,41$ ; df = 6; p < 0,001
25-48 uur	82 (27,3%)	92 (21,1%)	89 (22,9%)	63 (20,1%)	326 (22,7%)	
> 48 uur	86 (28,7%)	171 (39,3%)	82 (21,1%)	83 (26,4%)	422 (29,4%)	
Totaal	300 (100,0%)	435 (100,0%)	388 (100,0%)	314 (100,0%)	1437 (100,0%)	

**TABEL 4** Predictiemodel voor separatie tijdens TOA-opnamen; binaire logistische regressie (methode: backward)

	Wald	df	p	Oddsratio (95%-BI)
Teller jaar	33,09	1	0,000	0,96 (0,94-0,97)
Leeftijd < 45 jaar (t.o.v. ref.cat. > 45 jaar)	98,35	1	0,000	1,95 (1,71-2,22)
Geslacht man (t.o.v. ref.cat. vrouw)	87,62	1	0,000	1,78 (1,58-2,01)
<b>Regio van herkomst</b>	13,16	3	0,004	
Rest Nederland (t.o.v. ref.cat. Amsterdam)	1,70	1	0,192	1,13 (0,94-1,36)
Buitenland (t.o.v. ref.cat. Amsterdam)	8,37	1	0,004	0,73 (0,59-0,90)
Regio onbekend (t.o.v. ref.cat. Amsterdam)	2,35	1	0,126	0,85 (0,70-1,05)
<b>Plaats beoordeling</b>	23,22	3	0,000	
Thuis (t.o.v. ref.cat. SPOR)	0,00	1	0,969	0,99 (0,76-1,30)
Politiebureau (t.o.v. ref.cat. SPOR)	21,10	1	0,000	1,55 (1,29-1,87)
Somatisch/psychiatrisch zkh/s/overig (t.o.v. ref.cat. SPOR)	4,99	1	0,025	1,21 (1,021-1,44)
<b>As II-diagnose</b>	10,89	2	0,004	
As II-diagnose (t.o.v. ref.cat. geen as II-diagnose)	5,47	1	0,019	1,19 (1,03-1,37)
As II-diagnose onbekend (t.o.v. ref.cat. geen as II-diagnose)	1,58	1	0,209	0,83 (0,61-1,11)
<b>Juridische status</b>	211,16	2	0,000	
lbs (t.o.v. ref.cat. vrijwillig)	207,75	1	0,000	4,24 (3,48-5,15)
RM/VM/art37 (t.o.v. ref.cat. vrijwillig)	74,26	1	0,000	2,90 (2,27-3,69)
<b>Constante</b>	390,59	1	0,000	0,04
Model	$\chi^2 = 777,31$ ; $df = 13$ ; $p < 0,001$ Cox-Snell's $R^2$ : 0,08			

toegekende as II-classificatie toonden een iets hogere kans op separatie dan patiënten zonder (OR 1,19; 95%-BI: 1,03-1,37). De verklaarde variantie van dit predictiemodel was 9%.

## DISCUSSIE

### Belangrijkste bevindingen

Bij een stijging met 80% van het jaarlijkse aantal opnames op de TOA bleef de proportie RM-opnames gelijk en nam de proportie lbs'en af terwijl de proportie vrijwillige opnames met een factor tien steeg. De patiëntencohorten veranderden sociodemografisch van samenstelling gedurende de onderzoeksperiode: de proporties buitenlanders en patiënten uit andere delen van Nederland verdubbelden en het aandeel Amsterdammers halveerde. Ook nam de proportie patiënten met een schizofrene stoornis, met een depressieve stoornis en met een aan middelengebruik gerelateerde stoornis toe, terwijl het aandeel overige stoornissen en uitgestelde stoornis afnam. Beoordeling op het politiebureau en de diagnostische classificatie psychotische stoornis vergrootten de kans op opname met een Bopz-maatregel.

Jonger dan 45 jaar zijn, man zijn, voorafgaand contact met de politie en (vooral) met een Bopz-maatregel opgenomen zijn, bleken voorspellers van het toepassen van separatie tijdens opname. Tussen 2001-2003 en 2013-2016 daalde de proportie patiënten die een separatie kregen geleidelijk, terwijl ook de gemiddelde duur van de separatie afnam.

### Toename TOA-opnames

De forse toename van opnames op de TOA hangt vermoedelijk samen met vier factoren die tussen 2001 en 2017 hun invloed deden gelden op de ggz in Amsterdam: de groei van de bevolking, de sterke groei van het toerisme, de beddenreductie in de reguliere psychiatrische klinieken en het toegenomen aantal Bopz-beslissingen in de stad. Hierbij is de aanname dat deze vier factoren in onderlinge samenhang de behoefte aan acute bedden opdreven. De opvallend toegenomen proportie vrijwillige opnames hangt waarschijnlijk samen met de afgenomen bedden capaciteit van reguliere psychiatrische klinieken, doordat met Wet Bopz opgenomen patiënten (bij schaarste aan bedden) de vrijwillig opgenomen patiënten van de reguliere behandelafdelingen verdringen.



De verschuiving van Amsterdammers naar buitenlanders en mensen elders uit Nederland zou kunnen samenhangen met toegenomen proporties van in Amsterdam wonende migranten en expats en de sterk toegenomen vloed aan dagjesmensen en toeristen (FIGUUR 1).

### Verschuiving classificaties

De verschuiving in het vóórkomen van diagnostische categorieën valt minder makkelijk te duiden. De toename van de proportie patiënten met als DSM-categorie schizofrene stoornis lijkt gepaard te zijn gegaan met een afname van de categorie overige psychotische stoornissen. Dit zou kunnen wijzen op verbetering van de kwaliteit van het diagnostisch proces op de TOA. In die richting wijst ook het vrijwel verdwijnen van de categorie uitgestelde diagnose. De afname van de proportie overige stoornissen en uitgestelde diagnose zou, samen met de toename van de specifieke categorieën, ook kunnen wijzen op een toename van de proportie patiënten met een ernstige, bekende (chronische) stoornis. Ten slotte kan men vermoeden dat de verdubbeling van de categorie aan middelenmisbruik gerelateerde stoornissen samen zou kunnen hangen met toegenomen drugstoerisme in de stad.

### Risicofactoren voor Bopz-maatregel

Ons retrospectieve dossieronderzoek beschikte over een beperkt aantal variabelen die beschouwd kunnen worden als risicofactoren voor een Bopz-maatregel. Verwijzing door politie en het hebben van een psychotische stoornis bleken de kans op een Bopz-opname in deze cohort te vergroten. Dit komt overeen met de bevindingen van een eerder crosssectioneel onderzoek van een cohort Amsterdamse patiënten dat een consult kreeg van de Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam (Van der Post e.a. 2009). Bij een prospectief follow-uponderzoek van een vergelijkbaar cohort Amsterdamse patiënten bleken een voorgeschiedenis van dwangopname(s), alleen wonen en lage tevredenheid over eerdere ggz (onafhankelijk van elkaar) de kans op een Bopz-opname tijdens follow-up te vergroten (Van der Post e.a. 2014).

### Risicofactoren voor separatie

De risicofactoren voor het toepassen van separatie overlappen deels met die voor Bopz-opname omdat het opgenomen zijn met ibs en RM (naast man zijn en jonger dan 45 jaar) de sterkste voorspellers bleken te zijn van het vóórkomen van separatie. Eerder Nederlands onderzoek vond dat patiënten die gesepareerd werden, gemiddeld jonger waren, ernstiger psychiatrische problematiek hadden, vooraf slechter functioneerden en langer werden opgenomen dan degenen die niet gesepareerd werden (Miedema

e.a. 2016). Ook bij dit onderzoek bleek een Bopz-maatregel vaker met separeren gepaard te gaan dan vrijwillige opname, maar er werd geen genderverschil gevonden tussen wel en niet gesepareerden.

De geleidelijke daling van het aantal malen dat patiënten gesepareerd werden en de afname van de gemiddelde duur van de separaties over de onderzoeksperiode zou men toe kunnen schrijven aan een verbeterd separeerbeleid. Maar deze samenhang kan men niet zomaar aannemen. De proportionele afname van het toepassen van separatie kan immers ook gerelateerd zijn aan de sterke toename van de proportie vrijwillig opgenomen patiënten. Vrijwillig opgenomen patiënten blijken immers een kleinere kans te hebben om tijdens opname gesepareerd te worden. Welke van de twee invloeden, ingezet antisepareerbeleid of toename van de proportie vrijwillige opnames, de belangrijkste rol heeft gespeeld, valt op basis van onze data niet te zeggen.

### Beperkingen van dit onderzoek

Dit observationele onderzoek toont samenhangen en laat geen conclusies toe over causale verbanden. Bovendien brengt de retrospectieve opzet met zich mee dat de aard en omvang van de dataset niet afgestemd kon worden op de onderzoeksvragen. Met andere woorden: de onderzoeksvragen zijn aangepast aan de beschikbare data.

Verder is een beperking dat kwalitatieve gegevens ontbreken bij de evaluatie van het toepassen van separatie. Bij vervolgonderzoek zullen de ervaringen van patiënten, hun naasten en medewerkers van de TOA meegewogen moeten worden om het effect van antisepareerbeleid te kunnen onderzoeken.

### CONCLUSIE

De toename van het jaarlijks aantal opnames op de TOA wijst, bij bevolkingsgroei en groei van toerisme, op een tekort aan beschikbare bedden op reguliere (opname-) afdelingen in Amsterdam. In vijftien jaar verdubbelde het aantal opgenomen Nederlanders van buiten Amsterdam en van buitenlanders. Ook nam de proportie patiënten met een schizofrene stoornis, met een depressieve stoornis en met een aan middelengebruik gerelateerde stoornis toe. Beoordeling op het politiebureau en classificatie psychotische stoornis voorspelden een Bopz-opname. Mannen met een Bopz-opname, jonger dan 45 jaar maakten meer kans om gesepareerd te worden. Onder invloed van ingezet beleid en/of ten gevolge van de toegenomen proportie vrijwillig opgenomen patiënten nam het gebruik van separatie af.

## LITERATUUR

- Bernardt CML, van Oenen FJ, Dekker JMM, Mulder WG. Spoedeisende psychiatrie in Amsterdam. De organisatie van een psychiatrische eerstehulp. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid 2006; 61: 827-37.
- Bilanakis N, Kalampokis G, Christou K, Peritogiannis V. Use of coercive physical measures in a psychiatric ward of a general hospital in Greece. *Int J Soc Psychiatry* 2010; 56: 402-11.
- Broer J, Koetsier H, Mulder CL. Stijgende trend in dwangtoepassing onder de Wet Bopz zet door; implicaties voor de nieuwe Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg. *Tijdschr Psychiatr* 2015; 57: 240-7.
- Broer J, Mooij CF, Quak J, Mulder CL. Stijging van BOPZ-maatregelen en dwangopnames in de ggz ontwikkelingen in Nederland in de periode 2003-2017. *Ned Tijdschr Geneesk* 2018; 162: D2454.
- Dressing H, Salize HJ. Compulsory admission of mentally ill patients in European Union Member States. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004; 39: 797-803.
- Heijnen H. Onderzoek behoefte klinische GGZ. Amsterdam: Heijnen Organisatieadviseurs; 2010.
- Herrmann G. Van beheersen naar voorkomen: 42 projecten van GGZ Nederland. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 2009; 64: 521-9.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg. GGZ-instellingen investeren in terugdringen van separatie; verdere acties nodig om ambities te halen. Utrecht: IGZ; 2015.
- Janssen WA, Noorthoorn EO, de Vries WJ, Hutschemakers GJ, Lendemeijer HH, Widdershoven GA. The use of seclusion in the Netherlands compared to countries in and outside Europe. *Int J Law Psychiatry* 2008; 31: 463-70.
- Kallert TW, Glöckner M, Onchev G, Raboch J, Karastergiou A, Solomon Z, e.a. The EUNOMIA project on coercion in psychiatry: study design and preliminary data. *World Psychiatry* 2005; 4: 168-72.
- Korkeila JA, Tuohimäki C, Kaltiala-Heino R, Lehtinen V, Joukamaa M. Predicting use of coercive measures in Finland. *Nord J Psychiatry* 2002; 56: 339-45.
- Miedema N, Hazewinkel MC, van Hoeken D, van Amerongen AS, de Winter RF. Dwang- en drangmaatregelen binnen een gesloten acute psychiatrische opnameafdeling; relatie met socio-demografische en klinische kenmerken. *Tijdschr Psychiatr* 2016; 58: 434-45.
- Mulder W, Dekker J, Gijsbers van Wijk CMT. De Tijdelijke Overbruggingsafdeling Amsterdam. Ervaren met grootstedelijke acute opnames. *Tijdschr Psychiatr* 2005; 47: 383-9.
- Noorthoorn E, Lepping P, Janssen W, Hoogendoorn A, Nijman H, Widdershoven G, e.a. One-year incidence and prevalence of seclusion: Dutch findings in an international perspective. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2015; 50: 1857-69.
- Raboch J, Kalisová L, Nawka A, Kitzlerová E, Onchev G, Karastergiou A, e.a. Use of coercive measures during involuntary hospitalization: findings from ten European countries. *Psychiatr Serv* 2010; 61: 1012-7.
- van der Post L, Mulder CL, Bernardt CM, Schoevers RA, Beekman AT, Dekker J. Involuntary admission of emergency psychiatric patients: report from the Amsterdam Study of Acute Psychiatry. *Psychiatr Serv* 2009; 60: 1543-6.
- van der Post LF, Dekker JJ, Jonkers JF, Beekman AT, Mulder CL, de Haan L, e.a. Crisis intervention and acute psychiatry in Amsterdam, 20 years of change: a historical comparison of consultations in 1983 and 2004-2005. *Int J Soc Psychiatry* 2010; 56: 348-58.
- van der Post LF, Peen J, Dekker JJ. A prediction model for the incidence of civil detention for crisis patients with psychiatric illnesses; the Amsterdam study of acute psychiatry VII. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2014; 49: 283-90.

## SUMMARY

# Trends in emergency admissions in Amsterdam. Fifteen years of emergency psychiatry in an increasingly crowded city

K.J. NUSSELDER, J. ZOETEMAN, B. BUIS, N. HOEVE, J. PEEN, L. VAN GRASSTEK, J. DEKKER

**BACKGROUND** The Temporary Holding Department (TOA) is a link between the 7/24 service and the admissions departments. We examined the make-up of the admission cohorts and the use of isolation between 2001 and 2017 in the context of demographic developments and changes in the mental healthcare sector.

**METHOD** Comparison of patient data in four cohorts who came in during four consecutive periods.

**RESULTS** The number of admissions rose from 408 a year in the period 2001-2003 to 728 in the period 2013-2016. The proportion of voluntary admissions increased from 4 to 33%, while emergency compulsory admissions (IBS) fell from 83 to 54%. The proportion of admissions of Dutch people from outside Amsterdam and of people from other countries rose from 11 to 23%. The percentage of patients with schizophrenic disorder rose from 25 to 32%, the percentage with mood disorder from 14 to 20% and the percentage with drug-related disorders from 3 to 7%. Assessment at a police station and the classification psychotic disorder were predictors of compulsory admissions (under the terms of the Dutch BOPZ act). Men under the age of 45 who were admitted compulsorily were more likely to be isolated.

The percentage of patients isolated during admission fell from 37% to 20%, and the length of the periods of isolation also declined.

**CONCLUSIONS** The increase in the annual number of admissions to the TOA indicates, in the context of population growth and the rise in tourism, that there is a shortage of available beds in regular admissions departments in Amsterdam. Over the course of fifteen years, the number of Dutch nationals from outside Amsterdam and foreigners doubled. Due to policy and/or as a result of the increased proportion of patients admitted voluntarily, the use of isolation decreased.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 62(2020)7, 530-540

**KEY WORDS** acute psychiatry, big city issue, compulsory admission, demographic development, isolation