

Aantallen en patronen van inbewaringstellingen en rechterlijke machtigingen in Maastricht, Groningen en Rotterdam

Bijdrage van stedelijke problematiek aan regionale verschillen in Bopz-maatregelen

A. I. WIERDSMA, P. D. VAN MARLE, C. L. MULDER

ACHTERGROND In Nederland is nog weinig onderzoek gedaan naar regionale verschillen in de toepassing van de Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (Wet Bopz).

DOEL Beschrijven van regionale verschillen in aantallen, combinaties en kenmerken van inbewaringstellingen (IBS'en) en rechterlijke machtigingen (RM's).

METHODE Gegevens uit het Bopz-informatiesysteem over een periode van 12 maanden werden verwerkt. Ontbrekende gegevens werden aangevuld door de rechtbanken in Maastricht, Groningen en Rotterdam.

RESULTATEN Regio's verschillen in de toepassing van dwangmaatregelen, vooral waar het gaat om de IBS. Het relatieve aantal Bopz-maatregelen nam toe met de mate van verstedelijking. Rotterdam had het hoogste IBS-percentages. In Maastricht en Groningen kregen patiënten vaker te maken met alleen RM. In Rotterdam kwam een niet-aaneensluitende combinatie van IBS en RM meer voor. In Maastricht ging het vaker om gevaar voor de patiënt zelf, in Groningen en Rotterdam ook om gevaar voor de openbare orde.

CONCLUSIE De omvang en de diversiteit van de Bopz-problematiek zijn het grootst in stedelijke gebieden. Regionale variaties in de toepassing van de Wet Bopz blijven bestaan, maar het monitoren van de invloed van verschillen in de interpretatie van de regelgeving en in het aanbod van voorzieningen kan beter.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 52(2010)3, 143-153]

TREFWOORDEN dwangopname, patronen van zorg, regionale verschillen, registratie

In de Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (Wet Bopz) zijn de criteria en de procedures vastgelegd op grond waarvan in Nederland iemand tegen zijn of haar wil kan worden opgenomen. Op hoofdlijnen kunnen twee soorten dwangmaatregelen worden onderschei-

den: de rechterlijke machtiging en de inbewaringstelling. De rechterlijke machtiging (RM) is een verzamelnaam voor diverse soorten machtigingen: de voorlopige machtiging, de voorwaardelijke machtiging, de machtiging op eigen verzoek en de machtiging tot voortgezet verblijf. In spoed-

eisende gevallen beslist de burgemeester, of een gemandateerde wethouder, op advies van een onafhankelijke psychiater of een inbewaringstelling (IBS) moet worden afgegeven.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) constateert in het Bopz-jaarrapport over de periode 2002-2006 grote regionale verschillen in aantallen IBS'en en RM'en. Vooral in grote steden worden er meer mensen in bewaring gesteld (Inspectie voor de Gezondheidszorg 2007). Er is verder weinig onderzoek gedaan naar regionale verschillen in de toepassing van gedwongen opnamen. De Graaf en Dekker (1987) beschreven de ontwikkeling over de periode 1978-1983 van het aantal IBS'en en RM'en in drie grote steden, namelijk Amsterdam, Rotterdam en Den Haag, en een plattelandsgedebied, de provincie Friesland. Dat onderzoek is herhaald door Klein Ikkink e.a. (1991) voor de periode 1984-1988. Het aantal dwangopnamen lag in de grote steden relatief veel hoger dan in de rest van Nederland. Ofschoon de verschillen tussen de steden afnamen, werden grote schommelingen gevonden zodat elke stad op enig moment wel eens het hoogste aantal dwangopnamen per 10.000 inwoners had. Ook het onderzoek van Van Vree e.a. (2002) over de periode 1997-2000 liet regionale verschillen zien tussen steden en tussen kleine of middelgrote steden (de zogenoemde G21) en de grote vier (G4). De stijging was voor de G4 veel sterker dan voor het land als geheel. In een beschrijving van de organisatorische veranderingen binnen de spoedeisende GGz in Amsterdam, geven Van Ewijk en Gijsbers van Wijk (2008) een overzicht over de jaren 1994-2007 van de ontwikkeling van het aantal IBS'en per 100.000 inwoners in Amsterdam, Rotterdam, Den Haag versus de rest van Nederland. Daaruit blijkt dat de landelijke trend van de versnelde toename van het aantal IBS'en na 1994 (Mulder e.a. 2006) naar verhouding het sterkst was in de grote steden.

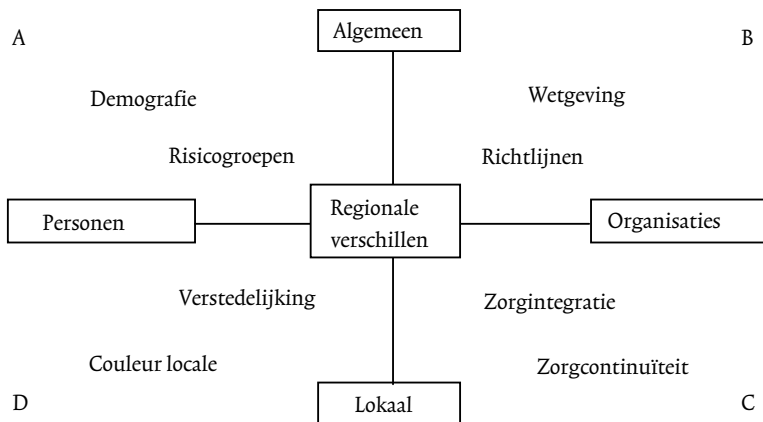
Vertekeningen De verhoudingscijfers voor verschillende regio's moeten echter zeer voorzichtig worden geïnterpreteerd. Er kan op diverse manieren een vertekening optreden doordat pa-

tiëntenaantallen ten opzichte van de inwonersaantallen anders worden berekend (Wierdsma & Sytema 1996). Ten eerste worden in opnamecijfers patiënten vaak dubbel geteld omdat per patiënt IBS en RM in verschillende combinaties kunnen voorkomen. Regionale vergelijkingen zijn veelal beperkt tot IBS of RM waarbij combinaties of herhaalde opnamen niet worden onderscheiden. Ten tweede moet in regionale vergelijkingen ook worden gecorrigeerd voor verschillen naar mogelijke risicogroepen. In de grote steden wonen bijvoorbeeld meer alleenstaanden, ouderen en niet-westerse allochtonen. Ten derde worden Bopz-maatregelen van de patiënten die al in een psychiatrisch ziekenhuis zijn opgenomen, soms meegeteld voor de gemeente waar die instelling is gevestigd en niet voor de woonplaats van de patiënt. Daardoor kan het aantal dwangopnamen per gemeente samenhangen met de opnamecapaciteit van psychiatrische ziekenhuizen binnen de gemeentegrenzen. Dit vertekende effect doordat patiënten van buiten de regio worden meegeteld, wordt versterkt door verschillen in de omvang van het verantwoordelijkheidsgebied van de psychiatrische ziekenhuizen (Van Vree e.a. 2002).

Factoren Regionale verschillen in dwangopnamen zijn in verband gebracht met allerlei factoren. Naast algemeen maatschappelijke ontwikkelingen dragen ook specifiek lokale omstandigheden bij aan de verschillen in de toepassing van de Wet Bopz (Van Vree e.a. 2002). Soms wordt de nadruk gelegd op patiëntgebonden factoren, maar er is ook aandacht voor factoren die te maken hebben met de organisatie van de zorg. In figuur 1 zijn deze factoren in vier kwadranten ingedeeld.

In kwadrant A gaat het om de toegankelijkheid van de zorg voor verschillende bevolkingsgroepen. Demografische verschillen verklaren voor een deel de regionale verschillen in aantallen Bopz-maatregelen. Meer mannen dan vrouwen worden gedwongen opgenomen en de toename van het aantal inbewaringstellingen betreft vooral

FIGUUR 1 Schematische indeling van factoren die van invloed zijn op regionale verschillen in de toepassing van dwangopnamen



mannen in de leeftijd van 30 tot 50 jaar, vrouwen in de leeftijd van 50 tot 70 jaar, en zowel mannen als vrouwen van 70 jaar en ouder (Mulder e.a. 2008). Etnische groepen, vooral patiënten van Surinaamse en Antilliaanse afkomst, hebben een verhoogd risico op gedwongen opname (Mulder e.a. 2006; Uniken Venema & Wierdsma 1993).

Kwadrant B betreft de gelijke toepassing van wettelijke regelingen. Regionale verschillen in aantallen dwangopnamen zijn in verband gebracht met variaties in de uitwerking van de Bopz-procedure (Klein Ikkink e.a. 1991). Capaciteitstekorten en uiteenlopende opvattingen binnen de rechterlijke macht en het ggz-veld spelen hierbij een rol. Bij een beperkte opnamecapaciteit kan ambulante behandeling, gesteund door een voorwaardelijke machtiging, een oplossing bieden. Vaak zal de rechter de fundamentele rechten van de patiënt voorop stellen en eerder besluiten tot een voorwaardelijke machtiging (Schuite e.a. 2006). Ook verschillen de referentiekaders van rechters en psychiaters. De rechter is minder bekend met suïciderisico en de psychiater ziet bedreiging van patiënten of hulpverleners niet in de context van het geweld dat strafrechtelijk wordt beoordeeld (Poletiek 2002).

In kwadrant C is de kwaliteit van de (openbare) ggz aan de orde. Bij onvoldoende continuïteit van zorg kan het voorkomen dat een patiënt herhaaldelijk gedwongen wordt opgenomen

(Wierdsma e.a. 2008). Ook organisatorische veranderingen in de spoedeisende psychiatrie worden in verband gebracht met de epidemie van dwangopnamen in de afgelopen decennia (Van Ewijk & Gijssbers van Wijk 2008; Van der Post e.a. 2009).

En, tot slot, in kwadrant D gaat het om de integrale aanpak van complexe problematiek die zich concentreert in achterstandsgebieden. Een hoge urbanisatiegraad van de woongemeente is een risico-indicator voor opname (Peen & Dekker 1997). Er is ook een lineair verband tussen verstedelijking en het aantal langdurig zorgafhankelijke patiënten per 1000 inwoners. Deze samenhang is het sterkst voor de zogenoemde draaideurpatiënten (Dieperink e.a. 2008). In de aanpak van de grotestadsproblematiek wordt in een 'couleur locale' omgegaan met het spanningsveld tussen repressie (om overlast en maatschappelijke onrust te voorkomen) en zorg (om hulp te bieden aan zorgwekkende zorgmijders, de verkommerden en verloederden).

Vraagstellingen De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport hanteert als uitgangspunt dat verschillen tussen provincies en steden alleen acceptabel zijn als deze patiëntgerelateerd en zorginhoudelijk van aard zijn - de factoren links in het schema. Regionale verschillen mogen niet ontstaan door gewoonten, voorkeuren en omstandigheden van zorgaanbieders

(Handelingen I 2007–2008, nr. 20 – pag. 876 en 886; Kamerstuknummer: 30 492).

Aan de hand van de volgende vraagstellingen hebben wij onderzocht of de toepassing van Bopz-maatregelen overeenkomt met het beschreven beleidsuitgangspunt. Ten eerste, zijn er regionale variaties in aantallen IBS'en of RM's na controle voor de samenstelling van de bevolking? Ten tweede, zijn er regionale verschillen in de patronen van (herhaalde) inbewaringstellingen en rechterlijke machtigingen? En ten derde, zijn er regionale verschillen in inhoudelijke redenen voor toewijzing van Bopz-maatregelen?

METHODE

Sinds de inwerkingtreding van de Wet Bopz in 1994 beheert de Inspectie voor de Gezondheidszorg het informatiesysteem Wet Bopz (BOPZis) waarin meldingen worden geregistreerd. In het BOPZis worden alle IBS-meldingen en de kerngegevens van de bijbehorende geneeskundige verklaringen vastgelegd. De informatie in dit systeem is voor RM's echter beperkt. Volgens de Wet Bopz zijn rechtbanken alleen verplicht om afgewezen RM's te melden aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Sinds 1999 heeft de inspectie wel de afspraak met de rechtbanken om de beschikkingen voor een rechterlijke machtiging, zonder de geneeskundige verklaringen, door te geven. Er is dus landelijk geen informatie beschikbaar over de aard van de psychiatrische stoornis en de gevaarscriteria waarvoor een RM is afgegeven.

Wij realiseerden een uitbreiding van de BOPZis-dataverzameling voor een aantal arrondissementen gedurende een periode van 12 maanden (november 2005-oktober 2006). De Inspectie voor de Gezondheidszorg vond de rechtbanken in Rotterdam, Groningen en Maastricht ten behoeve van onderzoek bereid aan een melding van een RM ook de geneeskundige verklaring (GV) toe te voegen. Niet van alle rechterlijke machtigingen konden wij gegevens van de geneeskundige verklaring verkrijgen. Van het arrondissement Groningen ontbraken gegevens in 15% van de gevallen. Voor

de arrondissementen Maastricht en Rotterdam was dit percentage respectievelijk 5 en 7. Wij konden geen verschillen vinden tussen al dan niet aangeleverde geneeskundige verklaringen naar soort dwangopname of patiëntkenmerken. Voor zover kon worden nagegaan, was er geen vertekening van de resultaten als gevolg van ontbrekende gegevens.

Wij onderzochten regionale verschillen naar inhoudelijke redenen voor Bopz-maatregelen, op basis van de verdeling van psychiatrische diagnoses en de verdeling naar gevaar voor de patiënt zelf, voor anderen of voor de openbare orde en algemene veiligheid. Daarbij gingen wij uit van de woongemeente van patiënten, niet van het arrondissement dat het verzoek tot dwangopname had beoordeeld. Een gevolg daarvan was dat voor een deel van de patiënten de RM-gegevens ontbraken omdat hun zaak werd beoordeeld door rechters die niet in het onderzoek werden betrokken; Groningers komen relatief vaak terecht bij het arrondissement Assen (ruim 20%) en Rotterdammers worden ook wel gezien door de rechtbank in Den Haag (3%). Niet uit te sluiten is dat het hierbij deels gaat om bijzondere patiëntengroepen, bijvoorbeeld langdurig zorgafhankelijke patiënten of patiënten met een dubbele diagnose die worden verwezen naar gespecialiseerde instellingen.

Naast gegevens over diagnose en het soort gevaar werd in de GV van rechterlijke machtigingen gekeken naar informatie over de ernst van de maatschappelijke onrust en maatschappelijke teloorgang. Door verschillende beoordelaars werd op basis van consensus een categorisering aangegeven waarin de ernst van het gevaar was geoperationaliseerd. Er werd gering gevaar gescoord wanneer volgens de beschrijvingen in de GV de problematiek beperkt was tot bijvoorbeeld schulden, verlies van contacten, niet afmaken van school, matige zelfverzorging, ruzie met anderen, of wanneer de kans op ernstiger vormen van gevaar zeer klein werd geacht. Op deze wijze werd een onderscheid aangegeven tussen RM's waarbij het behandelmotief (bestwilprincipe) op de voorgrond stond, versus opnamen die primair waren

gericht op het afwenden van gevaar voor anderen en het bewaken van de openbare orde en veiligheid. Door het Registratiekantoor Bopz werden per regio aselekt van ruim 15% van de rechterlijke machtigingen de geneeskundige verklaringen opgezocht ($n = 150$). Deze selectie werd beperkt tot RM's omdat we vooral geïnteresseerd waren in de gevaarscriteria maatschappelijke teloorgang en zelfverwaarlozing. Deze criteria waren bij IBS relatief minder aan de orde.

Statistische analyse De opnamegegevens betroffen patiënten in de leeftijd van 20 tot 65 jaar. Deze leeftijdsgrens beperkte het mogelijke effect van regionale samenwerking van de GGZ en de jeugdzorg en de psychogeriatrische zorg op de toepassing van Bopz-maatregelen. Met CBS-bevolkingsgegevens werd gecorrigeerd voor de variatie in de verdeling van de bevolking naar leeftijd en geslacht. Voor verschillen in de etnische samenstelling van de bevolking kon niet worden gecorrigeerd omdat etniciteit in de Bopz-registratie niet betrouwbaar wordt vastgelegd. Op basis van indirecte standaardisatie berekenen wij regionale indicatoren voor de toepassing van IBS en RM en de aantallen patiënten met een Bopz-maatregel. Daarbij werd het waargenomen aantal per 10.000 inwoners gerelateerd aan het verwachte aantal wanneer de verdeling naar leeftijd en geslacht in het gebied gelijk zou zijn aan de referentiepopulatie. De referentiewaarden werden berekend voor heel Nederland naar geslacht in leeftijdsgroepen van 5 jaar (20-24, 25-29, en verder tot 65 jaar). Betrouwbaarheidsintervallen werden geschat met de poissonbenadering (Liddell 1984).

Patronen werden onder andere onderzocht aan de hand van regionale verschillen in het percentage herhaalde IBS'en of RM's, en het percentage patiënten dat een IBS kreeg als aanzet tot een RM (IBS-maatregel in dezelfde maand of een maand eerder dan de RM).

Regionale verschillen naar inhoudelijke redenen voor Bopz-maatregelen werden onderzocht op basis van de verdeling van psychiatrische diagnoses, het soort gevaar, de motieven en overwogen alternatieven voor dwangopname. Bij deze analyses werd de χ^2 -toets gebruikt met SPSS (versie 15.0).

RESULTATEN

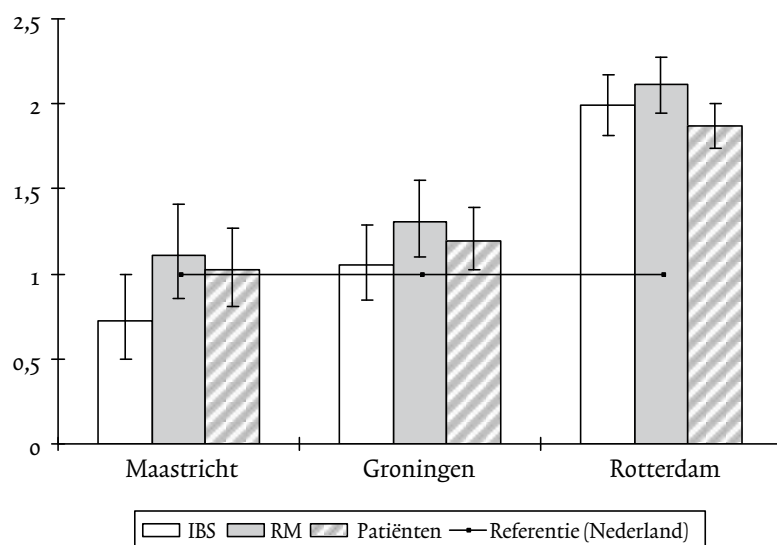
Aantallen Bopz-maatregelen

Net als landelijke overzichten laat tabel 1 zien dat er in de onderzoeksregio's meer RM's dan IBS'en werden afgegeven. Het verschil was relatief groot in Maastricht. Het aantal Bopz-maatregelen per 10.000 inwoners nam toe naar mate van verstedelijking: Maastricht telt ruim 120.000 inwoners, Groningen ruim 180.000 en Rotterdam bijna 600.000. In Rotterdam was het aantal Bopz-maatregelen per 10.000 inwoners ongeveer 2 keer zo groot als in Maastricht of Groningen. Figuur 2 toont dat ten opzichte van het landelijke beeld gecorrigeerd voor de regionale verdeling naar geslacht en leeftijd, bij IBS'en geen verschil werd gevonden voor Maastricht en Groningen. In Groningen lag het aantal RM's wel significant hoger. Rotterdam had ongeveer het dubbele aantal IBS'en en RM's dan werd verwacht op basis van de landelijke cijfers gespecificeerd naar geslacht en leeftijd.

TABEL 1 Aantallen opnamen met inbewaringstelling (IBS) of rechterlijke machtiging (RM; alle vormen); tussen haakjes aantal per 10.000 inwoners van 20 tot 65 jaar

	Maastricht	Groningen	Rotterdam
Aantal IBS'en	35 (4,6)	90 (7,2)	486 (13,2)
Aantal RM's	65 (8,6)	135 (10,8)	621 (16,9)
Patiënten	83 (10,9)	169 (13,6)	758 (20,6)

FIGUUR 2 Bopz-maatregelen en patiëntenratio's, met 95%-betrouwbaarheidsinterval (verticale lijnen); referentiepopulatie = Nederland totaal (indirect gestandaardiseerd naar leeftijd en geslacht; SMR)



Patronen van IBS en RM

De verdeling naar soort Bopz-maatregelen was voor de steden niet gelijk ($\chi^2(6) = 47,6$; $p = 0,000$). Uit tabel 2 blijkt dat in Maastricht het percentage voortgezette machtigingen hoog was en het aandeel 'overig' laag. Deze 'overige' Bopz-maatregelen betroffen vooral voorwaardelijke machtigingen. Rotterdam had het hoogste IBS-percentage.

In tabel 3 zijn de regionale verschillen in combinaties van IBS en RM samengevat. In Maastricht en Groningen kregen patiënten vaker te maken met alleen een RM-procedure ($\chi^2(2) = 11,0$; $p = 0,004$). Vooral in Rotterdam was er significant vaker een niet-aaneensluitende combinatie van IBS en RM ($\chi^2(2) = 14,5$; $p = 0,001$).

Redenen voor IBS of RM

Voor de meeste patiënten werd een Bopz-maatregel in gang gezet om verdere marginalisering tegen te gaan: bijna 31% van de eerste dwangopnamen beoogde maatschappelijk ten onder gaan of ernstige zelfverwaarlozing af te wenden. Als we keken naar alternatieven om het gevaar af te wenden, bijvoorbeeld door intensieve ambulante begeleiding, dan waren de regionale verschillen niet statistisch significant. Bij dwangopnamen ging het om ernstige psychiatrische problematiek. De percentages schizofrenie, wanen en andere psychotische stoornissen in de geneeskundige verklaring varieerden van 40% bij IBS'en in Groningen tot meer dan 75% bij RM's in Rotterdam en Groningen.

TABEL 2 Soort Bopz-maatregel, in percentages van patiënten in de leeftijd van 20 tot 65 jaar

	Maastricht (n = 100)	Groningen (n = 225)	Rotterdam (n = 1107)
Inbewaringstelling	35,0	40,0	43,9
Voorlopige machtiging	22,0	24,0	25,5
Voortgezette machtiging	35,0	16,0	13,6
Overig	8,0	20,0	17,1

TABEL 3 Patronen van inbewaringstelling (IBS) en rechterlijke machtiging (RM), als percentage van patiënten in de leeftijd van 20 tot 65 jaar

	Maastricht (n = 83)	Groningen (n = 169)	Rotterdam (n = 758)	p (χ^2 -toets)
Alleen IBS	33,7	34,3	37,3	Ns
Herhaalde IBS	0	3,6	4,4	Ns
IBS vóór RM	6,0	9,5	12,1	Ns
Alleen RM	57,8	51,5	41,4	$\chi^2(2) = 11,017$; p = 0,004
Herhaalde RM*	10,8	12,4	17,0	Ns
Overig**	2,5	1,7	9,2	$\chi^2(2) = 14,496$; p = 0,001

Ns = niet significant.

*Voorlopige en voortgezette machtiging of herhaalde voorlopige machtigingen.

**Bijvoorbeeld een IBS die niet binnen één maand wordt gevolgd door een RM.

Bij de IBS'en ging het in Maastricht vooral om suïcideplannen of -pogingen (66%). Maar in Groningen en Rotterdam werden IBS'en meer afgegeven omdat er gevaar dreigde voor anderen: respectievelijk 19 en 24% of voor de algemene veiligheid 46% en 42% ($\chi^2(4) = 16,8$; p = 0,002). Maatschappelijke ondergang en zelfverwaarlozing vormden de belangrijkste gevaarscategorie op grond waarvan een RM werd afgegeven. In Groningen en Rotterdam lag dit percentage iets beneden 60, in Maastricht op ruim 70 ($\chi^2(2) = 14,5$; p = 0,001). De IBS'en waren in Maastricht en Groningen vaker gerelateerd aan stemmingsstoornissen als één van de diagnoses: 54 en 44% tegenover 22 ($\chi^2(2) = 33,8$; p = 0,000), in Rotterdam ging het meer om schizofrenie en andere psychotische stoornissen: 73% tegenover ruim 51% ($\chi^2(2) = 22,0$; p = 0,000). Verslaving werd nog zelden als belangrijkste psychiatrische diagnose aangegeven. In ongeveer 10% van de gevallen speelde middelenmisbruik wel een rol, maar de regionale verschillen waren niet significant.

Bij 41% van de voorlopige machtigingen werd een duidelijke wens of noodzaak tot behandeling opgetekend, ook al was de ernst van het gevaar beperkt en de kans klein dat het gevaar zich ook werkelijk zou voordoen. In ruim 13% van alle GV's die werden beoordeeld op de ernst van het gevaar en behandelwens, bleek uit de omschrijvingen niet dat de psychiater behandeling van betrokkene wenselijk of noodzakelijk achtte. In bijna de helft

van de gevallen (46%) werd behandeling noodzakelijk geacht en was er sprake van ernstig gevaar, zoals dreiging met suïcide, iemand letsel toebrengen, ernstige zelfverwaarlozing of ernstige maatschappelijke teloorgang. Bij 50% van de gedwongen opnamen werden beschrijvingen gegeven van ernstige maatschappelijke onrust, bijvoorbeeld wanneer buurtbewoners werden bedreigd of mishandeld. In Rotterdam werd vaker dan in de andere gemeenten uitgegaan van het bestwilprincipe (43 versus 35%), maar de verschillen waren niet statistisch significant.

CONCLUSIES EN DISCUSSIE

In dit onderzoek beschrijven wij voor drie gemeenten de verschillen in aantallen IBS'en en RM's, in patronen van (herhaalde) gedwongen opnamen, en inhoudelijke redenen voor toewijzing van Bopz-maatregelen. In Rotterdam is het totale aantal Bopz-maatregelen per 10.000 inwoners groter dan in Groningen en Maastricht. Maastricht heeft naar verhouding meer voortgezette machtigingen, Groningen en Rotterdam meer IBS'en en overige dwangvarianten, zoals de voorwaardelijke machtiging. In Maastricht en Groningen komt het vaker voor dat patiënten alleen met een enkelvoudige RM te maken krijgen. In Rotterdam gaat het echter vaker om een combinatie van IBS en RM, waarbij de dwangmaatregelen niet altijd direct op elkaar aansluiten.

De regio's verschillen in de aard van de problematiek in termen van psychiatrische diagnose en soort gevaar vooral bij IBS'en. In Maastricht gaat het vaker om stemmingsstoornissen en suïcidegevaar. In de grotere steden komen psychotische stoornissen en problemen wat betreft de openbare orde meer voor. Wij hebben verder geen significante verschillen gevonden tussen de regio's in de overwegingen tot RM, ook niet waar het gaat om achterliggende bestwilmotieven of noodzaak tot behandeling die is ingegeven door grote maatschappelijke onrust.

Samenvattend zien we in deze uitkomsten een gradiënt in de toepassing van de Wet Bopz. Ten eerste, waar het gaat om bescherming van de patiënt is er een focus bij IBS'en op stemmingsstoornissen en suïcidedreiging. In dit patroon betreft de RM diverse ziektebeelden, waaronder dementie, en gevaar voor de betrokkene zelf. Ten tweede is er een patroon van bescherming van de openbare orde, gekenmerkt door spoedeisende zorg voor patiënten met een psychotische stoornis die een gevaar vormen voor anderen. Dwangopnamen komen meer voor in combinaties van IBS en RM en herhaalde dwangopname, ook bijvoorbeeld in de ambulante vorm (voorwaardelijke machtiging). De omvang en de diversiteit van de Bopz-problematiek zijn het grootst in meer stedelijke gebieden waar – door bijzondere groepen en omstandigheden – de problemen rondom de bescherming van de patiënt en van de omgeving zich opstapelen.

Meer psychiatrische problematiek in grote stad

Een relatief hoog aantal dwangopnamen in de grote stad hangt samen met de omvang van de problematiek. Vooral in de grootstedelijke gebieden is er een accumulatie van algemene factoren die bijdragen aan een hoog aantal dwangopnamen. Enerzijds gaat het om concentraties van bevolkingsgroepen met een relatieve maatschappelijke achterstand (zoals allochtonen) waarin psychische en psychiatrische problematiek meer vóórkomen. Anderzijds kent de grote stad bijzon-

dere doelgroepen op het gebied van criminaliteit, drugsgebruik, jeugdprostitutie, zwerfjongeren, dak- en thuisloosheid, et cetera. In deze studie kon weliswaar worden gecorrigeerd voor verschillen in de bevolkingssamenstelling naar leeftijd en geslacht, maar andere kenmerken, bijvoorbeeld sociaaleconomische gezondheidsverschillen en etniciteit, zijn vermoedelijk belangrijker in de verklaring van regionale verschillen in de toepassing van de Wet Bopz. Bekend is dat het risico op psychotische stoornissen in de grote stad 3 tot 4 keer zo hoog is als in kleinere steden (Van Os 2004) en dat schizofrenie meer voorkomt onder niet westerse allochtonen (Veling e.a. 2008). Deze cumulatieve van risico's op psychotische stoornissen verklaart voor een deel de hogere aantallen dwangopnamen in de grote steden.

Grootstedelijke ggz meer gericht op ernstiger problemen

Differentiatie in patronen van dwangopnamen hangt samen met de aandacht van de grootstedelijke ggz voor groepen patiënten met bijzonder zware problemen. Op grond van de concentratie van risicogroepen en bijzondere doelgroepen is in de grootstedelijke gebieden het grootste aantal patiënten in zorg te verwachten. Maar de verschillen in het ggz-gebruik tussen bijvoorbeeld Maastricht e.o., Noordoost-Nederland en Rotterdam-Rijnmond lopen niet parallel aan de omvang van de problematiek. De regio Maastricht heeft een hoger zorggebruik (370 patiënten per 10.000 volwassenen) dan Noordoost-Nederland en Rijnmond (respectievelijk 300 en 330 per 10.000). Noordoost-Nederland heeft een lager percentage 'nieuwe' patiënten (35% van het totaal) dan Maastricht (42%) of Rijnmond (44%) (Pijl e.a. 2005). Grootstedelijke problematiek komt dus niet noodzakelijk tot uitdrukking in algemeen hoger ggz-gebruik. Maar er is wel een lineair verband tussen verstedelijking en het aantal langdurig zorgafhankelijke patiënten per 1000 inwoners (Dieperink e.a. 2008). Ook blijkt dat het aantal eerste IBS-en in de grote stad hoger is dan in de kleinere steden, wat mogelijk duidt op een groter aan-

tal patiënten zonder contact met de ggz vóór de IBS (Wierdsma e.a. 2006).

Invloed verschillen in zorgaanbod beperkt

Regionale verschillen in de toepassing van Bopz-maatregelen betreffen vooral de IBS'en en combinaties van dwangopnamen. Dit geeft volgens ons meer uitdrukking aan de verschillen in de omvang en aard van de problematiek dan aan variaties in het zorgaanbod. Eerder onderzoek naar regionale verschillen laat zien dat het zorgaanbod wel een rol speelt in het totale ggz-gebruik. Noordoost-Nederland heeft van oudsher een overschot aan klinische voorzieningen. In Maastricht zijn er relatief meer nieuwe voorzieningen waar het extramuraliseringsbeleid van begin af aan is uitgevoerd. De regio Rotterdam-Rijnmond neemt op dit punt een tussenpositie in (Pijl e.a. 2005). Er zijn echter geen duidelijke aanwijzingen dat in Nederland de samenwerking tussen klinische en ambulante zorg, of het gebrek daaraan, een belangrijke factor is die bijdraagt aan regionale verschillen in de toepassing van acute dwangopnamen (Wierdsma & Mulder 2009).

Betere informatie over dwangopnamen en nazorg nodig

De regionale variaties in de toepassing van de Wet Bopz blijven bestaan omdat de aard en de omvang van de Bopz-problematiek niet overal gelijk zijn. Wat hierbij de invloed is van verschillen in de interpretatie van de regelgeving en in het aanbod van voorzieningen, is niet eenmalig vast te stellen, maar vergt betere monitoring. Ook de aandacht die in het nieuwe wetsvoorstel 'Verplichte geestelijke gezondheidszorg' uitgaat naar de nazorg bij dwangopnamen, stelt nieuwe eisen aan de informatievoorziening.

De kwaliteit van de informatie over landelijke en regionale ontwikkelingen in de toepassing van dwangopnamen laat nog te wensen over. In de eerste versie van het informatiesysteem bij de invoering van de Wet Bopz in 1994 werd alleen informatie over de IBS'en vastgelegd. Later zijn

aanvullende voorzieningen getroffen voor de registratie van dwangbehandelingen, -middelen of -maatregelen en voor de RM-registratie. Bij de tweede evaluatie van de Wet Bopz in 2002 werd echter geconstateerd dat de aanlevering van de gegevens nog achterblijft (Evaluatiecommissie Bopz 2002). Sommige gegevens worden onvolledig aangeleverd omdat het geen verplicht in te vullen velden betreft. Andere onderwerpen worden niet centraal vastgelegd. Voor dit onderzoek moest aanvullende informatie worden verzameld. Daarom is een belangrijke tekortkoming in deze studie de relatief korte periode waarover gegevens verzameld zijn en beperkte aantallen dwangopnamen in de kleinste regio, waardoor regionale verschillen moeilijker zijn aan te tonen.

Overigens is ook in andere Europese landen de informatie over gedwongen opname niet of slechts beperkt beschikbaar (Salize & Dressing 2004). Het monitoren van de nazorg is niet in één sluitende registratie onder te brengen. In plaats van een nieuw Bopz-informatiesysteem kan beter met bestaande registraties een meerjarig onderzoeksprogramma in gang worden gezet.

LITERATUUR

- Dieperink, C.J., Pijl, Y.J., Mulder, C.L., e.a. (2008). Langdurig zorgafhankelijke patiënten in de ggz: samenhang met verstedelijking. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 50, 761-769.
- Evaluatiecommissie BOPZ. (2002). *Evaluatie Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen - Conclusies en aanbevelingen van de begeleidingscommissie*. Den Haag: ZonMw.
- Ewijk, W. van, & Gijsbers van Wijk, C. (2008). *Spoeisende psychiatrie in Amsterdam: een historische gevalsbeschrijving*. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 50 (Suppl. 2), 41-46.
- Graaf, A.C. de, & Dekker, G.V.C. (1987). *Onvrijwillige opnamen in algemeen psychiatrische ziekenhuizen en psychiatrische universiteitsklinieken: regionale verschillen en tendensen*. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 44, 619-633.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg. (2007). *Tabellenboek Wet Bopz 2002-2006*. Den Haag: Staatstoezicht op de volksgezondheid.
- Klein Ikink, C.E., Wierdsma, A.I., & de Graaf, A.C. (1991). *Regionale verschillen en tendensen in onvrijwillige opnamen in de periode 1984-1988*. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 33, 391-406.

- Liddell, F.D. (1984). Simple exact analysis of the standardised mortality ratio. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 38, 85-88.
- Mulder, C., Koopmans, G., & Seltén, J. (2006). Emergency psychiatry, compulsory admissions and clinical presentation among immigrants to the Netherlands. *The British Journal of Psychiatry*, 188, 386-391.
- Mulder, C.L., Broer, J., Lendemeijer, B., e.a. (2008). Changing patterns in emergency involuntary admissions in The Netherlands in the period 2000-2004. *International Journal of Law and Psychiatry*, 31, 331-336.
- Mulder, C.L., Broer, J., Uitenbroek, D., e.a. (2006). Versnelde stijging van het aantal inbewaringstellingen na de invoering van de Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ). *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 150, 319-322.
- Os, J. van (2004). Does the urban environment cause psychosis? *The British Journal of Psychiatry*, 184, 287-288.
- Peen, J., & Dekker, J. (1997). Urbanisatiegraad als risico-indicator voor psychiatrische opname. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 39, 859-865.
- Pijl, Y.J., Driessen, G.A.M., Wierdsma, A.I., e.a. (2005). Evaluatie van het extramuraliseringsbeleid in de ggz. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Poletiek, F.H. (2002). How psychiatrists and judges assess the dangerousness of persons with mental illness: an 'expertise bias'. *Behavioural Science and Law*, 20, 19-29.
- Post, L.F.M. van der, Dekker, J.J.M., Jonkers, J.F.J., e.a. (2009). Veranderingen in crisisinterventie en acute psychiatrie; Amsterdamse consulten in 1983 en 2005. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 51, 139-150.
- Salize, H.J., & Dressing, H. (2004). Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across the European Union. *The British Journal of Psychiatry*, 184, 163-168.
- Schuite, J., Slotegraaf, B., & van Marle, P. (2006). Rechters worstelen met instemmingsvereiste. *Journal GGZ en Recht*, 2, 6-10.
- Uniken Venema, H.P., & Wierdsma, A.I. (1993). Opnames van migranten in psychiatrische ziekenhuizen. *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg*, 71, 37-43.
- Veling, W., Susser, E.S., van Os, J., e.a. (2008). Ethnic density of neighborhoods and incidence of psychotic disorders among immigrants. *The American Journal of Psychiatry*, 165, 66-73.
- Vree, F. van, Scholten, C., Nieuwstraten, A., e.a. (2002). Inbewaringstelling in Nederland. Verkenning van factoren die het aantal inbewaringstellingen beïnvloeden. Eindrapport. Leiden: Research voor beleid.
- Wierdsma, A.I., & Mulder, C.L. (2009). Does mental health service integration affect compulsory admissions? *International Journal of Integrated Care*, 9, e90.
- Wierdsma, A.I., & Sytema, S. (1996). Regio's vergelijkenderwijs: waarop moet worden gelet? In R. Giel & F. Sturmans (Red.), *Psychiatrische casusregisters in Nederland* (pp. 41-53): Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.
- Wierdsma, A.I., van Baars, A.W.B., & Mulder, C.L. (2006). Psychiatrische voorgeschiedenis en nazorg bij dwangopneming. Zorggebruik als indicator van de kwaliteit van zorg bij inbewaringstellingen in Rotterdam. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 48, 81-93.
- Wierdsma, A.I., van der Schee, M., & Mulder, C.L. (2008). Patiënte Non Grata: een voorbeeld van gebrekkige ketenzorg in de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 63, 587-594.

AUTEURS

A.I. WIERDSMA is socioloog en als senior onderzoeker werkzaam bij O3 Onderzoekcentrum GGz Rijnmond Erasmus MC, afdeling Psychiatrie.

P.D. VAN MARLE is domeinsecretaris bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

C.L. MULDER is bijzonder hoogleraar Openbare geestelijke gezondheidszorg, programmaleider van O3 Onderzoekcentrum GGz Rijnmond van het Erasmus MC, afdeling Psychiatrie, Rotterdam, en is werkzaam bij de GGD Rotterdam-Rijnmond en Bavo Europort.

Correspondentieadres: dr. A.I. Wierdsma, Erasmus MC, afdeling Psychiatrie, O3 Onderzoekcentrum GGz Rijnmond, Postbus 2040, 3000 CA Rotterdam.

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

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 10-9-2009.

SUMMARY

Numbers and patterns in compulsory admissions in 3 Dutch cities; problems in urban areas and regional differences in the implementation of the law on special admissions to psychiatric hospitals – A.I. Wierdsma, P.D. van Marle, C.L.Mulder –

BACKGROUND In the Netherlands little research has been done on the regional variability in the implementation of the law on Special Admissions to Psychiatric Hospitals (Dutch acronym Bopz).

AIM To investigate regional variability in the numbers, combinations and characteristics of emergency compulsory admissions and other types of legally authorised admissions.

METHOD Data from the Bopz information system covering a 12-month period were analysed. Missing data were supplied by the courts in Maastricht, Groningen and Rotterdam.

RESULTS There was regional variability in the way in which compulsory measures were implemented, particularly as far as emergency compulsory admissions were concerned. The relative number of Bopz measures increased in relation to the degree of urbanisation. Rotterdam had the highest percentage of emergency compulsory admissions. Patients in Maastricht and Rotterdam were more often involved in legally authorised admissions only. In Rotterdam an unlinked combination of emergency compulsory admissions and legally authorised admissions was more common. In Maastricht a larger number of patients were admitted because they were a danger to themselves, whereas in Groningen and Rotterdam admissions were also used as a means of safeguarding the public.

CONCLUSION The number of admissions and the diversity of Bopz measures are highest in urban areas. Regional variations in the way in which compulsory measures are applied persist, but there is room for improvement in the monitoring of the effects of these differences and the types of services that are available.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 52(2010)3, 143-153]

KEY WORDS compulsory admission, patterns of care, regional variability, registration