

# Epidemiologie van spoedeisende psychiatrie

C.L. Mulder en A.M. van Hemert

## Inleiding

Voordat we iets kunnen zeggen over de epidemiologie van de spoedeisende psychiatrie is het noodzakelijk om het vakgebied te definiëren. Er zijn geen algemeen geldende definities van spoedeisende psychiatrie voorhanden. De definitie die in dit handboek wordt gehanteerd luidt als volgt: 'Spoedeisende psychiatrie heeft betrekking op die activiteiten voor patiënten die binnen 24 uur na aanmelding dienen te geschieden'. Het gaat dus vooral om activiteiten en patiënten bij de crisisdiensten en acuteopnameafdelingen. Hieronder vallen ook de inbewaringstellingen en de rechterlijke machtigingen. Het bespreken van acute psychiatrische thuiszorg of acute dagbehandeling laten we hier achterwege, omdat deze slechts een klein deel van alle ggz-activiteiten vormen en er weinig systematisch onderzoek naar is gedaan.

De epidemiologie van de spoedeisende psychiatrie laat zich niet eenduidig beschrijven, omdat het gaat om een bepaald type hulpverlening en niet om een gespecificeerde aandoening. De vorm van de hulpverlening is sterk afhankelijk van lokale factoren, zoals wetten, de organisatie van ggz-voorzieningen, de mate van stedelijkheid en de kenmerken van de populatie (Catalano e.a., 2003; zie ook hoofdstuk 3 Evidentie en wetenschappelijke onderbouwing). Epidemiologische gegevens van verschillende regio's en landen zijn niet makkelijk met elkaar te vergelijken, omdat steeds de context bij de interpretatie moet worden betrokken. Toch zijn er veel overeenkomsten en lijken er wetmatigheden te bestaan in het gebruik van spoedeisende psychiatrie (zie hierna).

Bij het schrijven van dit hoofdstuk bleek recente informatie over de epidemiologie van spoedeisende psychiatrische activiteiten in Nederland niet makkelijk te vinden. Informatie afkomstig uit onderzoeken gepubliceerd in wetenschappelijke tijdschriften is fragmentarisch en gedateerd. Gegevens uit registratiesystemen, zoals die van Prismant of de Inspectie voor de Volksgezondheid (als het gaat om toepassingen van dwang), dekken niet de informatiebehoefte met betrekking tot de spoedeisende psychiatrie en geven weinig achtergrondinformatie. In dit hoofdstuk presenteren we daarom enerzijds een literatuuroverzicht, dat soms enigszins gedateerd kan zijn, en anderzijds enkele nieuwe gegevens, verzameld voor dit hoofdstuk. Het hoofdstuk valt uiteen in drie delen: ambulante spoedeisende psychiatrie, klinische spoedeisende psychiatrie en toepassingen van dwang binnen de spoedeisende psychiatrie. De informatie is afkomstig uit internationale artikelen gevonden in Medline in de periode 1980-2010 met de zoekterm 'emergency psychiatry', aangevuld met gegevens van de inspectie, uit Nederlandse tijdschriften, uit rapporten en uit eigen onderzoek. Dit hoofdstuk pretendeert niet een volledig overzicht te geven van alle literatuur. We hebben geprobeerd de hoofdzaken naar voren te halen en trends te beschrijven.

## Ambulante spoedeisende psychiatrie

De ambulante spoedeisende psychiatrie wordt in Nederland over het algemeen verzorgd door de

---

crisisdiensten. Hulpverleners van de crisisdiensten beoordelen patiënten op diverse locaties, zoals in een vestiging van de ggz, bij de patiënt thuis, op het politiebureau (Aardboom e.a., 2002) of op andere plaatsen waar de patiënt zich bevindt op het moment van de crisis. Daarnaast vinden er spoedeisende contacten plaats buiten de officiële crisisdiensten om op de poliklinieken en ambulante afdelingen van ggz-instellingen. Een klein gedeelte van de ambulante spoedeisende psychiatrie wordt ook gedaan door ziekenhuispsychiaters op de EHBO-afdelingen van de algemene ziekenhuizen. Veelal gaat het dan om de beoordeling van patiënten die een suicidepoging hebben gedaan en voorafgaande aan de psychiatrische beoordeling eerst somatisch zijn behandeld op de EHBO.

### **Cijfers**

De overzichten van de landelijke cijfers van GGZ Nederland zijn inmiddels sterk gedateerd en worden de laatste jaren op nationaal niveau niet meer systematisch bijgehouden. Bijkomend probleem is dat de definitie van een crisiscontact (ongepland contact dat binnen 24 uur vanwege psychiatrische problemen moet plaatsvinden) erg ruim wordt gehanteerd binnen instellingen, mede omdat dit soort contacten extra geld oplevert. Dit is een probleem bij de vergelijking van cijfers tussen instellingen. In de vorige druk van dit handboek staan de cijfers van 2000 tot 2004 beschreven. In die periode werd een sterke stijging waargenomen van het aantal geregistreerde crisiscontacten. Het is onbekend hoe het sindsdien is gegaan met het aantal crisiscontacten in Nederland.

Er bestaan grote regionale verschillen in het aantal crisiscontacten van de crisisdiensten. In 2009 werd een telefonische enquête gehouden onder hoofden van crisisdiensten in Nederland (De Leeuw e.a., 2010). Ongeveer de helft van de Nederlandse crisisdiensten werkte hieraan mee. Op basis van de gegevens die werden verstrekt, werd het gemiddelde aantal crisiscontacten geschat op 11,1 per 1000 inwoners, met een spreiding tussen regio's van 8,2 tot 18,2. Er waren grote verschillen tussen de crisisdiensten in het aantal contacten binnen en buiten kantooruren en in het aantal telefonische en face-to-facecontacten. Het aantal face-to-facecontacten buiten kantooruren was gemiddeld 2,6 per 1000 inwoners met een spreiding van 1,1 tot 4,8.

Het is niet duidelijk hoe de grote verschillen tussen de regio's verklaard moeten worden. Het is waarschijnlijk dat ze vooral zijn terug te voeren op verschillen in organisatie (bv. wel of niet een integratie van de verslavingszorg met de crisisdienst) en werkwijze en slechts ten dele op de crisisgevoeligheid van de populatie.

Bij verschillen in de organisatie en werkwijze kan bijvoorbeeld gedacht worden aan afspraken binnen de organisatie over de opvang van ongeplande contacten binnen kantooruren. In sommige organisaties zal de eigen behandelaar de eerste opvang bieden, in andere heeft de crisisdienst een rol. Een ander voorbeeld zijn de afspraken die worden gemaakt over verwijzingen. Er zijn laagdrempelige regio's, waar patiënten, binnen of buiten kantooruren, zelf contact kunnen opnemen met de crisisdienst. Maar er zijn ook regio's waar de patiënt altijd eerst door een andere arts beoordeeld moet zijn. Dergelijke verschillen in organisatie zijn van grote invloed op de omvang en de samenstelling van de populatie die in de crisisdienst wordt gezien.

Er kunnen ook verschillen zijn in de crisisgevoeligheid van de mensen die in een verzorgingsgebied wonen. In de achterstandswijken van de grote steden bijvoorbeeld, is het aantal crisiscontacten relatief hoog. In Den Haag is gevonden dat het aantal crisiscontacten van de inwoners van achterstandswijken ongeveer tweemaal hoger is dan dat van de inwoners van de betere wijken.

### ***Kenmerken van patiënten in de ambulante spoedeisende psychiatrie***

De meeste onderzoeken hebben betrekking op volwassen patiënten die gezien worden door de crisisdiensten. Deze patiënten hebben een aantal gemeenschappelijke kenmerken. Zie tabel 2 voor een samenvatting van de kenmerken uit de diverse Nederlandse en buitenlandse studies. In een cross-sectioneel onderzoek uit 1993 in Nederland werd gevonden dat de populatie van de acute

psychiatrie over het algemeen bestond uit relatief jonge en alleenstaande mensen, grotendeels zonder werk en met langdurige psychiatrische en sociale problemen (Gersons e.a., 1993). Meer recent nationaal Nederlands onderzoek naar de kenmerken van patiënten van de acute psychiatrie konden wij niet vinden. Wel zijn er regionale gegevens bekend uit de regio's Rijnmond en Den Haag. In de regio Rijnmond (Mulder e.a., 2005) bleek 56% van de populatie man te zijn (terwijl in de algemene psychiatrie meer vrouwen voorkomen), en was de gemiddelde leeftijd 37 jaar. Een psychotische stoornis was de meest gestelde diagnose. Het is mogelijk dat het aandeel van de patiënten met een psychotische stoornis gezien in de crisisdienst de laatste jaren is toegenomen. Drugsgebruik bij patiënten van de spoedeisende psychiatrie is niet altijd betrouwbaar vast te stellen (Gersons e.a., 1993) en het is waarschijnlijk ondergerapporteerd in de diverse studies (Claassen e.a., 1997). Wij zagen in de regio Rijnmond meer allochtonen (met name uit niet-westerse landen) in de crisisdienst dan op basis van bevolkingsaantallen was te verwachten (Mulder e.a., 2006a). In buitenlandse studies op acuteopnameafdelingen (met name uit Engeland) is er ook vaak een oververtegenwoordiging van patiënten met een donkere huidskleur gevonden (Bhui e.a., 2003). In al deze studies konden verschillen niet worden toegeschreven aan de sociaaleconomische status (SES). Concluderend blijkt uit de meeste studies dat in de ambulante acute psychiatrie iets meer mannen dan vrouwen worden gezien en dat het aandeel van de patiënten met een psychotische stoornis lijkt toe te nemen ten opzichte van de patiënten met een depressieve of andere neurotische stoornis.

We konden ook weinig studies vinden waarin specifiek de kenmerken van jongeren of ouderen werden beschreven (Shulman e.a., 1996; Healy e.a., 2002). Eén studie onder jonge adolescenten (gemiddeld 15 jaar) in Engeland liet zien dat het veelal meisjes betrof (73%). De meest voorkomende reden voor een consult was automutilatie (in 63% van de gevallen). In de helft van de gevallen was er geen sprake van een stoornis op as I (Healy e.a., 2002).

Het kan niet met zekerheid worden vastgesteld of er door de jaren heen verschuivingen optreden in de populatie. Hiervoor zouden longitudinale studies nodig zijn. Een hulpmiddel voor het verkrijgen van betere epidemiologische informatie is het gebruik van een apart elektronisch patiëntendossier voor de acute dienst. Dit bestaat in Nederland onder de naam WebRAAP (Web-based Registratiesysteem Acute Psychiatrie; zie <http://www.webraap.nl/>). In dit registratiesysteem worden kenmerken van patiënten vastgelegd met een speciaal voor dit doel ontwikkeld kort en gevalideerd instrument, de 'Severity of Psychiatric Illness Scale' (Lyons e.a., 1997; Mulder e.a., 2006). Momenteel werken crisisdiensten in drie regio's in Nederland (Amsterdam, Rotterdam en Apeldoorn) met dit systeem, waardoor we gegevens krijgen over de kenmerken van patiënten en veranderingen daarin. Ook kunnen we vergelijkingen maken tussen deze crisisdiensten.

**Tabel 1** Demografische en klinische kenmerken van patiënten van de ambulante acute psychiatrie<sup>1</sup>.

Auteur	Demografische kenmerken												
	Waar gezien <sup>2</sup>	Geslacht (% man)	Gem. leeftijd	% autochtonen	Psychiatr. VG	Psychose	Depressieve stoornis	Andere neurotische stoornis	Manie	Verlaving	Persoonlijkheidsstoornis	GAF	Onvrijwillig opgenomen
Wolf, 1990	mix	54%	20-39		80%	9%				18%			
Oyewumi e.a., 1992a,b	EHBO	49%	39		53%	10%	24%	25%		29%	2%		
Gersons e.a. 1993 <sup>3</sup>	mix	50%		97% <sup>5</sup> 83% <sup>6</sup>	74%	22%	34%	38%	8%	20%			
Wingerson e.a., 2001	EHBO					26%	30%		14%	20%			
Spurrell e.a., 2003	EHBO	55%	37	96%	53%	32%				10%	11%	54	
Mulder e.a., 2004	mix	55%	37	67%	65%	38%	12%	5%	6%	7%	16%	45	23%
Van Hemert, 2004 <sup>4</sup>	mix	50%	41	84%	68%	21%	8%	4%	5%	19%	11%		10%
Mulder e.a., 2009	mix	52%	41			32%	21%			8%	8%		27%

1 Niet alle variabelen zijn in alle studies gerapporteerd (lege cellen in de tabel).

2 Sommige onderzoeken vonden plaats op een EHBO-afdeling van een algemeen ziekenhuis en andere onderzoeken zowel op de EHBO's als op andere plaatsen (mix).

3 Gegevens over diagnostiek afkomstig van BPRS-scores.

4 Gegevens van de crisisdienst Den Haag, die ook verslaafden opvangt.

5 Nederlandse nationaliteit.

6 Nederlandse culturele achtergrond.

### Verwijzers naar de ambulante spoedeisende psychiatrie

Patiënten komen via verschillende kanalen naar voorzieningen voor spoedeisende psychiatrie. Via welk kanaal ze komen, hangt af van de wijze waarop de geestelijke gezondheidszorg in een bepaalde regio of bepaald land georganiseerd is. In Nederland is de ggz een tweedelijns voorziening. Dit betekent dat de patiënt meestal eerst gezien wordt door een erkende verwijzer. Meestal is dit de huisarts, een ggz-medewerker, politiearts of verpleegkundige van bijvoorbeeld een team Vangnet en Advies van de GGD. De laatste jaren komt het vaker voor dat patiënten ook rechtstreeks een beroep doen op de spoedeisende psychiatrie, onder andere omdat steeds meer instellingen eigen SEH's psychiatrie hebben. Daarnaast brengt de politie soms rechtstreeks patiënten naar de SEH's van de psychiatrie.

Binnen en buiten kantooruren is de huisarts over het algemeen de belangrijkste verwijzer (in ongeveer 30-50% van de gevallen; Gersons e.a., 1993; Spurrell e.a., 2003; Mulder e.a., 2005). Buiten kantooruren is het aandeel van de verwijzingen via de politie hoger dan binnen kantooruren (respectievelijk 8% en 25% van de verwijzingen in Rotterdam-Rijnmond in 2001). Waarschijnlijk heeft dit te maken met de beperkte bereikbaarheid van de ggz buiten kantooruren.

De kenmerken van de patiënten verschillen per soort verwijzer. Via de huisarts komen meer patiënten met een blanco psychiatrische voorgeschiedenis in vergelijking met verwijzingen via de ggz, terwijl

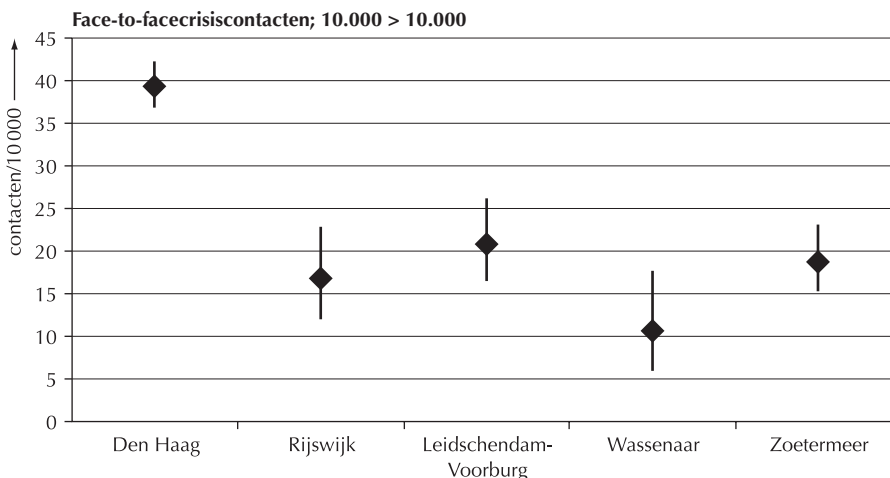
de ggz en de politie(artsen) relatief veel patiënten verwijzen met psychotische stoornissen en met wie het zo slecht gaat dat een opname met ibs nodig is (Spurrell e.a., 2003; Mulder e.a., 2005).

In andere landen, waaronder de Verenigde Staten en Canada, gaan patiënten met acute psychiatrische of psychosociale problemen veelal rechtstreeks, zonder verwijzing van een huisarts, naar de EHBO's van de algemene ziekenhuizen (Oyewumi e.a., 1992a,b; Dhossche e.a., 1998). Ook de politie brengt rechtstreeks mensen naar deze EHBO's. In een studie uit 1998 bleek het bij ongeveer 40% van de verwijzingen door de politie te gaan om problemen met agressie (Dhossche e.a., 1998).

### Risicofactoren voor ambulante spoedeisende psychiatrische contacten

#### Stedelijkheid

In grote steden komen per hoofd van de bevolking meer mensen in aanraking met de spoedeisende dienst dan in landelijke gebieden. Uit een studie in 1997 (Jenner e.a., 1997) bleek al dat het aantal gebruikers van Riagg-crisisdiensten varieerde van 0,2 per 10 000 in niet-stedelijke gebieden tot 1,9 per 10 000 in zeer stedelijke gebieden. Deze bevindingen sluiten aan bij de observatie dat het aantal psychiatrische opnames groter was per hoofd van de bevolking in stedelijke gebieden (Peen en Dekker, 1997). In 2002 bleek dat het aantal crisiscontacten per hoofd van de bevolking groter was in de stad Den Haag dan in de randgemeenten (figuur 1). Hierbij moet wel worden aangetekend dat het aantal crisiscontacten in de stedelijke omgeving van Den Haag in 2002 ongeveer een factor 20 hoger lag dan het aantal crisiscontacten in 1996 in de meest stedelijke omgeving uit het onderzoek van Jenner en anderen. De Haagse situatie verschilt van de landelijke, omdat hier de crisisdienst van de verslavingszorg geheel geïntegreerd is met de reguliere crisisdienst. De verschillen in aantallen crisiscontacten tussen stedelijke en landelijke gebieden in het onderzoek van Jenner en anderen konden niet worden verklaard door patiëntkenmerken als sociale omstandigheden, ernst van de symptomen, of gevaar voor zichzelf of voor anderen. Het grotere aantal crisiscontacten lijkt eerder te maken te hebben met het aantrekken van mensen met psychiatrische problemen door de grote stad (o.a. door de relatief gemakkelijkere beschikbaarheid van drugs in de grote stad) en door de grotere aanwezigheid van ggz- en verslavingsvoorzieningen in de stad (Wierdsma e.a., 2004). Hierdoor vindt er mogelijk sneller een verwijzing plaats van bijvoorbeeld de huisarts naar de crisisdienst van de ggz.



**Figuur 1** Relatie tussen het aantal face-to-facecrisiscontacten en de bevolkingsdichtheid in de omgeving van Den Haag. De kleinere kernen rondom Den Haag zijn allemaal minder dichtbevolkt.

---

### *Sociaal-economische status*

In de Haagse studie werd een directe relatie gevonden met de achterstandscores van de wijken van Den Haag. Hoe hoger de achterstandsscore, hoe meer crisismeldingen. Het verschil kon niet worden toegeschreven aan de diagnose. Zelfs verslavingsproblematiek kwam in gelijke verhoudingen voor in de meer grootstedelijke en de meer randstedelijke gebieden. We hebben over dit onderwerp geen recente internationale studies kunnen vinden.

### *Rampen*

Ook andere factoren hebben invloed op het aantal crisiscontacten. Bijvoorbeeld de terreuraanval gevolgd door de ineenstorting van de Twin Towers in New York in 2001 leidde tot een kortdurende toename van het aantal crisiscontacten in de betreffende regio. Veelal gaat het om een toename van crises bij patiënten die al bekend zijn in de ggz, vooral bij patiënten met angst- en stemmingsstoornissen en veel minder bij patiënten met psychotische stoornissen (Katz e.a., 2002).

### *Frequente gebruikers van de ambulante spoedeisende psychiatrie*

Er is een relatief grote groep patiënten die veelvuldig gebruikmaakt van de spoedeisende psychiatrie, de zogenaamde frequente crisisdienstgebruikers. Nederlands onderzoek in de regio Rijnmond liet zien dat 41% van de patiënten twee of meer crisiscontacten per jaar had (Mulder en Wierdsma, 2002). Deze patiënten hadden gemiddeld 3,2 spoedeisende contacten per jaar en namen 60% van het totaal aantal spoedeisende contacten voor hun rekening.

Frequent gebruik van de crisisdienst bleek geassocieerd met een psychiatrische voorgeschiedenis, mannelijk geslacht, en minder vaak met weduw(e)(naar) zijn en van Surinaamse of Antilliaanse afkomst zijn. Eenmalige crisisdienstgebruikers hadden vaker een blanco psychiatrische voorgeschiedenis. Dit betroffen bijvoorbeeld ouderen die voor het eerst in aanraking kwamen met de psychiatrie in verband met cognitieve problemen. Deze ouderen vormen een aparte groep, zoals ook door anderen is beschreven (Shulman e.a., 1996).

Kenmerken van frequente crisisdienstgebruikers zijn ook onderzocht in verschillende buitenlandse studies. In een Scandinavisch onderzoek werden de kenmerken van frequente crisisdienstbezoekers in een grote stad en in een landelijker gelegen plaats met elkaar vergeleken (Saarento e.a., 1998). Frequente crisisdienstbezoekers vormden respectievelijk 16% (grote stad) en 9% (landelijker gelegen plaats) van de totale crisisdienstpopulatie en namen respectievelijk 71% en 34% van het totale aantal crisiscontacten voor hun rekening. In de stadsregio was frequent bezoek geassocieerd met meer zelfverwijzing, mannelijk geslacht, gescheiden of ongetrouwd, bij ouders inwonend, het niet hebben van een eigen huis, werkloosheid, een leeftijd tussen 25 en 44 jaar en de diagnose verslaving of persoonlijkheidsstoornis. In de landelijke omgeving werden deze sociodemografische en diagnostische verschillen niet gevonden. De auteurs gaven als verklaringen voor deze verschillen dat men in de grote stad mogelijk meer geneigd is om de ggz te gebruiken als middel tegen sociale isolatie, dat de crisisvoorziening dichtbij is en dat er op het platteland een aparte instantie was voor verslavingsproblematiek. Frequente gebruikers van de spoedeisende psychiatrie blijken over het algemeen mannelijke patiënten te zijn, bekend in de psychiatrie en met veel sociaaleconomische problemen. Deze frequente gebruikers vormen een groep met eigen kenmerken, voor wie de spoedeisende psychiatrie een aparte rol lijkt te vervullen. Het is mogelijk dat de reguliere ggz-voorzieningen onvoldoende aansluiten bij de problemen van deze doelgroep en dat dit gat wordt opgevuld door de spoedeisende psychiatrie. Recent onderzoek liet zien dat frequente gebruikers ongeveer zes keer zo duur waren voor de geestelijke gezondheidszorg in een bepaalde regio als de matige gebruikers (Arfken e.a., 2004).

Ten slotte komt het ook regelmatig voor dat patiënten die een eerste keer vrijwillig worden gezien door de instelling voor spoedeisende psychiatrie, later opnieuw worden gezien, maar dan onder dwang. Uit een studie in San Francisco bleek dat 29% van de patiënten die in eerste instantie vrijwillig waren



gezien op een EHBO, binnen een jaar onvrijwillig opnieuw naar de EHBO werd gebracht (Segal e.a., 1998). Voorspellers voor dit onvrijwillige herhalingsbezoek waren het hebben van een psychotische stoornis en het vertonen van gevaarlijk gedrag tijdens de eerdere crisisbeoordeling. Deze patiënten hebben een verhoogde kans op herhaalde crisiscontacten en een gedwongen opname.

Het lijkt de moeite waard om door middel van extra bemoeizorg te proberen het gebruik van acute psychiatrische voorzieningen te reduceren, met name bij patiënten met psychotische stoornissen die veelvuldig gebruikmaken van deze voorzieningen. Dit kan bijvoorbeeld gebeuren in de vorm van Assertive Community Treatment (ACT; Philips e.a., 2001; Mulder en Kroon, 2009) of door het opnemen van deze patiënten op het digibord van een FACT-team (Veldhuizen e.a., 2008).

### **Klinische spoedeisende psychiatrie**

Onder klinische spoedeisende psychiatrie verstaan we de acute opnames op psychiatrische afdelingen, inclusief de dwangopnames en het gebruik van drang en dwang in acute en gevaarlijke situaties. Het is niet mogelijk om een goed beeld te krijgen van het aantal acute vrijwillige opnames in de psychiatrie van de afgelopen jaren. In de statistieken staat bijna nooit apart vermeld of het gaat om acute dan wel om geplande opnames. We kunnen constateren dat het aantal bedden voor de volwassenenzorg in Nederland de laatste jaren licht is toegenomen, van 22 210 in 1993 tot 23 521 in 2007 (Hilderink en Van 't Land, 2009), vooral door de toename van bedden in de forensische psychiatrie. Aangezien het aantal dwangopnames fors is toegenomen (zie hierna) kunnen we verwachten dat het aandeel vrijwillige opnames is gedaald. Over de ligduur bestaan geen betrouwbare gegevens. Door de toename van het aantal dwangopnames en de wens tot afbouw van bedden kunnen we verwachten dat de ligduur op den duur zal afnemen.

### **Dwang in de spoedeisende psychiatrie**

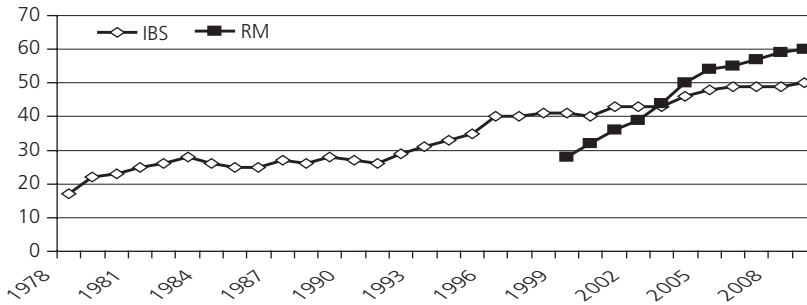
De regelingen voor dwangopnames zijn vastgelegd in de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (BOPZ). Dit zijn de voorlopige machtiging, rechterlijke machtiging op eigen verzoek en de inbewaringstelling, machtiging tot voortgezet verblijf, dwangbehandeling, en middelen en maatregelen. Het valt buiten het bestek van dit hoofdstuk om de inhoud van deze toepassingen van dwang te beschrijven (zie hiervoor hoofdstuk 16 Toepassing van drang en dwang).

Sinds ongeveer 2000 registreert de Inspectie voor de Gezondheidszorg jaarlijks de toepassingen van de BOPZ in het zogenaamde BOPZ-Informatiesysteem (BOPZIS). Daarvoor werd dit niet systematisch gedaan. De rapporten die hierover verschijnen, zijn verkrijgbaar via de inspectie.

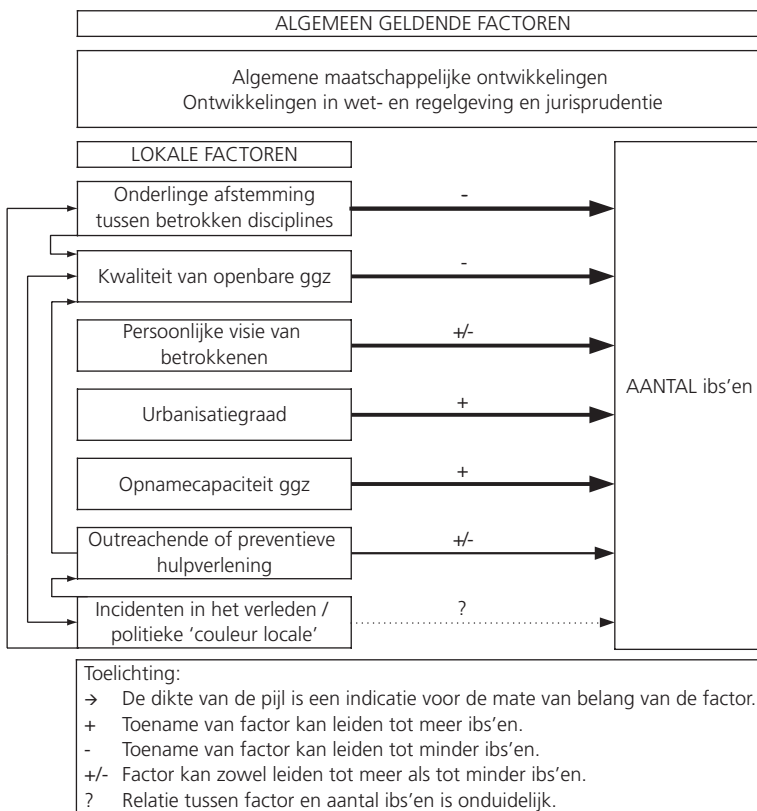
Het aantal gedwongen opnames is de afgelopen dertig jaar sterk gestegen (zie figuur 2; gegevens afkomstig van de Inspectie voor de Gezondheidszorg). Er lijkt sprake van een omslagpunt rondom 1994, het moment van de vervanging van de Krankzinnigenwet door de Wet BOPZ (Mulder e.a., 2006b). Na 1994 is het aantal ibs'en sterker gestegen dan in de periode daarvoor. Deze sterkere stijging is waarschijnlijk veroorzaakt door een combinatie van factoren (Dijkers, mondelinge mededeling 2004). Ten eerste is het bezwaarcriterium van de Krankzinnigenwet vervangen door het bereidheids criterium van de Wet BOPZ. Dit heeft ertoe geleid dat er meer maatregelen volgden, namelijk voor patiënten die voorheen niet openlijk bezwaar maakten tegen opname en 'vrijwillig' waren opgenomen (Legemaate, 1994). De wetenschap dat de nieuwe wet een andere regel stelde, is langzaam doorgedrongen (m.n. in de zwakzinnigenzorg en de psychogeriatric), waardoor met vertraging een toename optrad. Ten tweede waren er enkele maatschappelijke ontwikkelingen die mogelijk geleid hebben tot een toename van het aantal dwangopnames. Deze betreffen het op sommige plaatsen intensiveren van de bemoeizorg (opkomst van ACT en FACT in Nederland), het verminderen van sociale verbanden, en een verandering van drugsgebruik (met name relatief meer cocaïne) resulterend in meer verloedering en minder tolerantie voor afwijkend gedrag. Al deze factoren samen hebben waarschijnlijk geleid tot de geconstateerde toename van het aantal dwangopnames, ook wel de 'epidemie van dwangopnames' genoemd (Mulder, 2007). De factoren die

mogelijk geleid hebben tot een toename van het aantal ibs'en zijn samengevat in figuur 3 (Research voor Beleid, 2002).

In 2003 was voor het eerst het aantal voorlopige machtigingen per 100 000 inwoners groter dan het aantal ibs'en (respectievelijk 45 en 44 per 100 000). Dit heeft ten dele te maken met een verbetering van de rapportage van de machtigingen aan de inspectie (dit was tot 2000 niet verplicht). Mogelijk heeft de toename van het aantal voorlopige machtigingen ook te maken met een verminderde tolerantie voor overlast en het accepteren van verslaving als een psychiatrische stoornis voor de BOPZ. Wanneer deze stijging de komende jaren onverminderd doorgaat, zullen er waarschijnlijk gesloten opnameafdelingen moeten worden bijgebouwd.



**Figuur 2** Ibs'en en RM'en per 100 000 inwoners in Nederland (o.a. Mulder e.a., 2006b)



**Figuur 3** Een voorlopig verklaringsmodel voor (lokale verschillen in) het aantal ibs'en (Research voor Beleid, 2002)

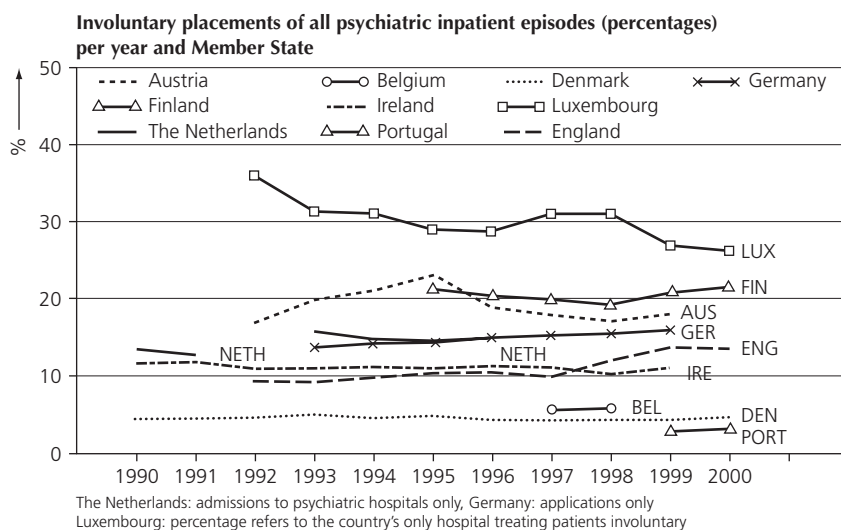


### Dwangopnames in internationaal perspectief

Het aantal dwangopnames (ibs + RM) per 100 000 inwoners verschilt sterk per land (Salize en Dressing, 2004). In de jaren 1998 tot en met 2000 varieerde het van 6 in Portugal tot 218 in Finland. Nederland zat ertussenin met 44 dwangopnames per 100 000 inwoners in 1999. Er zijn diverse redenen aan te geven voor het optreden van deze verschillen. Binnen de Europese Unie zijn er grote verschillen in wetgeving, procedures en zorgaanbod. In 6 van de 15 landen (40%) geldt alleen het gevaarscriterium bij een gedwongen opname, terwijl in de andere landen ook de noodzaak tot behandeling telt. Daarnaast is in sommige landen (60%) de juridische macht betrokken bij de beslissing tot een gedwongen opname, terwijl in de andere landen deze beslissing puur een psychiatrische aangelegenheid is. Zo is het bijvoorbeeld in Portugal, net als in Nederland, wettelijk vereist dat een rechter betrokken is bij de beslissing tot een gedwongen opname, terwijl dit in Finland niet zo is. Mogelijk ligt hierdoor de drempel voor een gedwongen opname in Portugal en Nederland hoger.

In landen zoals Nederland, waar tot op heden alleen het gevaarscriterium geldt, zijn over het algemeen meer mannen dan vrouwen gedwongen opgenomen. Het percentage mannen en vrouwen is ongeveer gelijk verdeeld in landen als Denemarken of Finland, waar ook de noodzaak tot behandeling als criterium geldt.

Het absolute aantal gedwongen opnames neemt toe in de meeste landen van de Europese Unie. In Nederland bijvoorbeeld, was het totaal aantal gedwongen opnames in 1980 en in 2003 respectievelijk 21 en 88 per 100 000 inwoners. Echter, gecorrigeerd voor het totaal aantal opnames is het percentage gedwongen opnames de afgelopen jaren redelijk constant gebleven: ongeveer 10-15% van het totaal aantal opnames (zie figuur 4). Dit komt doordat ook het aantal (her)opnames sterk is gestegen (zie hiervoor).



**Figuur 4** Dwangopnames in landen van de Europese Unie als percentage van het totaal aantal opnames (Salize en Dressing, 2004)

### Separatie, noodmedicatie en fixatie

Separatie, noodmedicatie en fixatie worden in verschillende mate toegepast per land, per ziekenhuis en per afdeling. Het aantal toepassingen is sterk afhankelijk van lokale factoren, wetgeving en tradities. In ouder Engels onderzoek was 15,3% van de patiënten één of meer keren gesepareerd (Salib e.a., 1998). In een Fins onderzoek bleek het percentage 6,6% te zijn (Kaltaila-Heino e.a., 2000). De gevonden verschillen in aantallen separaties worden mede verklaard door ziekenhuisgebonden (waaronder personeelsgebonden) en patiëntgebonden variabelen en interacties tussen deze twee. Daarnaast is de wetgeving in een land sterk bepalend. Zo is het aantal separaties in Engeland nu vrijwel tot nul

---

gereduceerd, aangezien men daar, na invoering van nieuwe regelgeving, geen separeerkamers meer heeft en vooral ingrijpt door middel van medicatie en holdingtechnieken.

Lendemeijer (2004) liet voor Nederland zien dat er ongeveer 18 000 separaties per jaar plaatsvonden, waarbij zowel vrijwillige (54%) als onvrijwillige separaties (46%) zijn meegenomen. Dit aantal bleek groter dan de 'officiële' aantallen gerapporteerd aan de inspectie, namelijk 5900 separaties in 2003. Dit zijn echter alleen de onvrijwillige separaties (in het kader van dwangbehandeling of in noodsituaties).

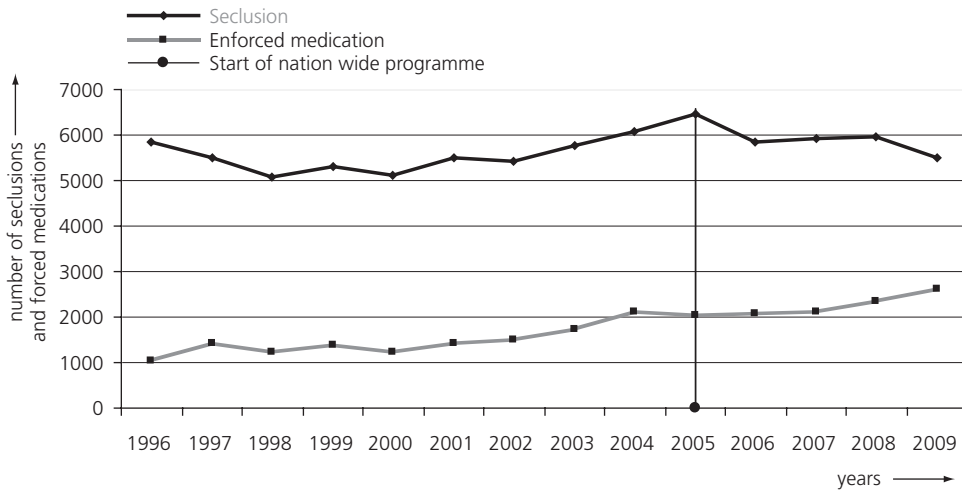
Nederland neemt hiermee een uitzonderingspositie in, in die zin dat wij meer separeren dan de landen om ons heen (Janssen e.a., 2009). Dit heeft in 2005 geleid tot een nationaal programma onder leiding van GGZ Nederland, gericht op het verminderen van het aantal separaties. Het doel van dit programma was om het aantal separaties met 10% per jaar te verminderen. Sindsdien zijn in de meeste psychiatrische ziekenhuizen in Nederland diverse projecten gestart, die variëren van het radicaal sluiten van separeerkamers tot het scholen van medewerkers in het anders bejegenen van patiënten, het beter omgaan met agressie en bewustwording van het gebruik van drang en dwang. Op sommige afdelingen zijn deze projecten vergezeld van onderzoek, waardoor de effecten konden worden gemeten. Dit is van groot belang, gezien het ontbreken van bewijs voor de effecten van de diverse vormen van drang en dwang en ook het gebrek aan onderzoek naar de effectiviteit van interventies om het gebruik van drang en dwang terug te dringen (Dols en Tilburg, 2010).

Door het nationale programma zijn er een aantal kwantitatieve en kwalitatieve studies op gang gekomen. Voorbeelden zijn onderzoek naar voorkeuren van patiënten ten aanzien van separatie of medicatie en de effecten van risicotaxatie of het gebruik van comfort rooms op het terugdringen van het aantal separaties.

Voorlopige resultaten laten een aantal zaken zien. Patiënten bleken niet speciaal een voorkeur te hebben voor separatie of medicatie in geval van nood. De voorkeur hing mede af van eerdere ervaringen (Veltkamp e.a., 2008; Georgieva en Mulder, te verschijnen). Het lijkt daarom het meest wenselijk om, wanneer dat mogelijk is, de maatregel in overleg met de patiënt te bepalen. Daarnaast bleek dat patiënten noodmedicatie als minder vrijheidsbeperkend ervoeren dan separatie (Georgieva en Mulder, te verschijnen). Door middel van dagelijkse risicotaxatie ten aanzien van agressief gedrag van patiënten kon het aantal agressie-incidenten worden gereduceerd en trad er een vermindering op in de duur van separaties (niet in het totaal aantal separaties).

Anno 2010 is het moeilijk vast te stellen hoe succesvol al deze projecten zijn geweest. Dit komt doordat er nog steeds discussie is over de betrouwbaarheid van de cijfers (Lendemeijer, 2004; Janssen e.a., 2009). Afgaand op de cijfers gerapporteerd aan de inspectie, is er vanaf 2010 een lichte daling opgetreden in het aantal separaties in Nederland (zie figuur 5; Vruwink e.a., te verschijnen). Er is echter ook een lichte stijging waar te nemen in het toepassen van noodmedicatie. Deze cijfers zijn niet gecorrigeerd voor de stijging van het aantal gedwongen opnames (zie hiervoor). Wanneer dit wel wordt gedaan, valt de daling van het aantal separaties lager uit. Op basis van deze cijfers is de doelstelling van 10% reductie per jaar van het aantal separaties niet gehaald. We weten niet in hoeverre de duur van de separaties is veranderd, aangezien betrouwbare cijfers hierover ontbreken.

Na de discussie over de betrouwbaarheid van de cijfers, is in 2003 voorgesteld om een beter systeem te gaan hanteren voor het registreren van drang-en-dwangmaatregelen. Daarom hebben Noordhoorn en anderen het ARGUS-systeem ontwikkeld (2008). Dit is een formulier (ook digitaal beschikbaar) voor het registreren van drang en dwang op opnameafdelingen. De inspectie beveelt deze wijze van registratie inmiddels aan. Dit zal moeten leiden tot meer betrouwbare cijfers.



**Figuur 5** Aantal separaties en toepassingen van dwangmedicatie per jaar, cijfers van BOPZIS (Vruwink e.a., te verschijnen)

## Conclusie

Een handboek geeft algemene kennis over een onderwerp weer en is niet zozeer een verslag van een bepaald onderzoek. In dit hoofdstuk kwamen beide aan de orde. We hebben enerzijds geprobeerd om een aantal algemene feiten met betrekking tot de epidemiologie van spoedeisende psychiatrie weer te geven en anderzijds een aantal ontwikkelingen van de afgelopen jaren. Bij gebrek aan eenduidige registraties is het niet duidelijk of het aantal spoedeisende activiteiten, zowel ambulante als klinische, de laatste jaren is toegenomen. Wel is duidelijk dat het aantal dwangopnames toeneemt. Door het nationale programma voor reductie van drang en dwang is het aantal separaties licht afgenomen.

De kennis over de achtergronden hiervan is zeer beperkt en fragmentarisch. Dit heeft onder andere te maken met een gebrek aan goede registratiesystemen, bijvoorbeeld voor het vastleggen van activiteiten van de ambulante crisisdiensten, voor het aantal opnames en de duur ervan, en voor het registreren van drang-en-dwangmaatregelen. Voor de toekomst is het van belang om deze informatie wel te verkrijgen. Dan kunnen we het vak van de spoedeisende psychiatrie beter onderbouwen en ons richten op het verbeteren en ontwikkelen van interventies ter voorkoming van crisissituaties en (gedwongen) opnames.

## Literatuur

- Aardboom, H.A., Huisman-Wolfs, M.M. & Nijs, H.G.T. (2002). Psychiatrische patiënten op het politiebureau in de regio Zuid-Holland Zuid: beoordeling door de wachtdienst van de Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 146, 1792-1795.
- Arfken, C.L., Zeman, L.L., Yeager, L., e.a. (2004). Case-control study of frequent visitors to an urban psychiatric emergency service. *Psychiatric Services*, 55, 295-301.
- Bhui, K., Stansfeld, S., Hull, S. e.a. (2003). Ethnic variations in pathways to and use of specialist mental health services in the UK: systematic review. *The British Journal of Psychiatry*, 182, 105-116.
- Catalano, R., McDonnell, W., Forster, P. e.a. (2003). Psychiatric emergency services and the system of care. *Psychiatric Services*, 54, 351-355.
- Claassen, C.A., Gilfillan, S., Orsulak, P. e.a. (1997). Substance use among patients with a psychotic disorder in a psychiatric emergency room. *Psychiatric Services*, 48, 353-358.
- Dhossche, D.M. & Ghani, S.O. (1998). Who brings patients to the psychiatric emergency room? Psychosocial and psychiatric correlates. *General Hospital Psychiatry*, 20, 235-240.
- Dols, A. & Tilburg, W. van (2010). Terugdringen van separaties, waar staan we en hoe verder? *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 11, 775-783.
- Georgieva, I. & Mulder, C.L. (te verschijnen). *Patient preferences for seclusion or forced medication*.

- Georgieva, I. & Mulder C.L. (te verschijnen). *Differences in effectiveness and restrictiveness of coercive measures on psychiatric wards*.
- Gersons, B.P.R., Hodiament, P.P.G., Donker, M.C.H., e.a. (1993). Acute psychiatrie in de RIAGG's in Nederland; een populatieonderzoek. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 8, 528-538.
- Healy, E., Saha, S., Subotsky, F. & Fombonne, E. (2002). Emergency presentations to an inner-city adolescent psychiatric service. *Journal of Adolescence*, 25, 397-404.
- Hemert, A.M. van (2004). *Cijfers uit de crisisdienst*. Interne rapportage. Parnassia, Den Haag.
- Hilderink, I. & Land, H. van't (2009). *GGz in Tabellen*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Janssen, W.A., Noorthoorn, E.O., Vries W.J. de e.a. (2009). Separaties in psychiatrische ziekenhuizen: Nederland internationaal vergeleken. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 6 (64): 457-469.
- Jenner, J.A., Brook, F.G., Jenner, B.N.W.J. e.a. (1997). Urbanisatiegraad en gebruikers van de RIAGG-crisisdiensten. *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg*, 75, 172-176.
- Kaltaila-Heino, R., Korkeila, J., Tuohimäki, C. e.a. (2000). Coercion and restrictions in psychiatric inpatient treatment, *European Psychiatry*, 15, 213-219.
- Katz, C.L., Pellegrino, L., Pandya, A. e.a. (2002). Research on psychiatric outcomes and interventions subsequent to disasters : a review of the literature. *Psychiatric Research*, 110, 201-217.
- Leeuw, R. de, Peters, A., Hemert, B. van, e.a. (2010). *GGz-crisisdiensten: grote verschillen in organisatie en wijze van functioneren*. Intern rapport. Utrecht: Julius Centrum.
- Legemaate, J. (1994). De BOPZ en de vrijwillige opname. Een voorbeeld van ongewenste juridisering. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 6/7, 668-678.
- Lendemeijer, H.H.G.M. (2004). *Separaties in Nederland*. Rapport GGnet, Apeldoorn.
- Lyons, J.S., Stutesman, J., Neme, J. e.a. (1997). Predicting psychiatric emergency admissions and hospital outcome. *Medical Care*, 35, 792-800.
- Mulder, C.L. & Wierdsma, A.I. (2002). Voor wie is de acute dienst? Verschillen tussen eenmalige en frequente gebruikers. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 44, 523-533.
- Mulder, C.L., Koopmans, G.T. & Lyons, J.S. (2005). The admission process untangled: determinants of indicated versus actual level of care in psychiatric emergency services. *Psychiatric Services*, 56, 452-457.
- Mulder, C.L., Koopmans, G.T. & Selten, J.P. (2006). Emergency psychiatry, compulsory admissions and clinical presentation amongst immigrants to the Netherlands. *The British Journal of Psychiatry*, 188, 386-391.
- Mulder, C.L., Broer, J. & Uitenbroek, D. (2006). Versnelde stijging van het aantal inbewaringstellingen na de invoering van de Wet Bijzondere Opnemingen Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ). *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 150, 319-322.
- Mulder, C.L. (2007). *Psychiatrie voor mensen die er niet om vragen*. Oratie. Erasmus MC.
- Mulder, C.L., Kroon, H. (Red.) (2009, 2<sup>e</sup> druk). *Assertive Community Treatment*. Amersfoort: Uitgeverij Boom.
- Noordhoorn, E.O., Smit, A. & Janssen, W.A. (2008). *Twee jaar ARGUS: rapportage voorlopige uitkomsten metingen vrijheidsbeperkende maatregelen*. Rapportage aan GGz Nederland.
- Oyewumi, L.K., Odejide, O., Kazarian, S.S. (1993). Psychiatric emergency services in a Canadian city: II: clinical characteristics and patients' disposition. *Canadian Journal of Psychiatry*, 38, 69.
- Peen, J. & Dekker, J. (1997). Urbanisatiegraad als risico-indicator voor psychiatrische opname. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 39, 859-865.
- Phillips, S.D., Burns, B.J., Edgar, E.R. e.a. (2001). Moving assertive community treatment into standard practice. *Psychiatric Services*, 52, 771-779.
- Research voor beleid. (2002). *Inbewaringstelling in Nederland: verkenning van factoren die het aantal inbewaringstellingen beïnvloeden*. Eindrapportage. Leiden.
- Saarento, O., Kastруп, M. & Hansson, L. (1998). The Nordic comparative study on sectorized psychiatry: characteristics of repeat users of emergency outpatient services in two Nordic psychiatric services. *European Psychiatry*, 13, 35-40.
- Salib, E., Ahmed, A.G. & Cope, M. (1998). Practice of seclusion: a five-year retrospective review in North Cheshire, *Medicine, Science and the Law*, 38, 321-327.
- 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.

Segal, S.P., Akutsu, P.D. & Watson, M.A. (1998). Factors associated with involuntary return to a psychiatric emergency service within 12 months. *Psychiatric Services*, 49, 1212-1217.

Shulman, R.W., Marton, P., Fisher, A. & Cohen, C. (1996). Characteristics of psychogeriatric patient visits to a general hospital emergency room. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 41, 175-180.

Spurrell, M., Hatfield, B. & Perry, A. (2003). Characteristics of patients presenting for emergency psychiatric assessment at an English Hospital. *Psychiatric Services*, 54, 240-245.

Veldhuizen, R. van, Bähler, M., Polhuis, D. & Os, J. van (2008). *Handboek FACT*. Utrecht: de Tijdstroom.

Veltkamp, E., Nijman, H., Stolker, J.J. (2008). Patients' preferences for seclusion or forced medication in acute psychiatric emergency in the Netherlands. *Psychiatric Services*, 59, 209- 211.

Vruwink, F., Mulder, C.L., Noordhoorn, E.O. & Nijman, H. (te verschijnen). *Results of a national seclusion reduction program*.

Wolf, J. (1990). *Oude bekenden van de psychiatrie*. Proefschrift. SWP: Utrecht.

