

*Toekomstscenario's voor de toepassing van de
Wet Bijzondere Opnamen Psychiatrische
Ziekenhuizen (Bopz)*



Fleur van de Wetering, 295391
Bovenkerkseweg 37
2821 XT Stolwijk

Datum van indiening: 26-09-2008

Begeleider: Dr. G.T. Koopmans

Meelezer: Dr.M. Foets

Inhoudsopgave

Voorwoord.....	3
Samenvatting.....	4
Abstract.....	6
1. Inleiding.....	8
2. Theoretisch kader.....	15
2.1 Opzet en methode.....	15
2.2 De respondenten.....	18
2.3 Toekomstscenario's.....	
3. Mepsted-analyse.....	20
3.1 Maatschappelijke ontwikkelingen.....	20
3.2 Economische ontwikkelingen.....	21
3.3 Politieke ontwikkelingen.....	23
3.4 Sociaal – culturele ontwikkelingen.....	27
3.5 Technologische ontwikkelingen.....	32
3.6 Demografische ontwikkelingen.....	33
3.7 Epidemiologische ontwikkelingen.....	38
4. Expert Opinies.....	40
4.1 Wet Bopz.....	42
4.2 Demografische factoren.....	48
4.3 Toekomstperspectief.....	51
5. Uitwerking mogelijke scenario's.....	56
5.1 Uitwerking scenario's voor Rotterdam.....	59
5.2 Uitwerking scenario's voor Nederland.....	66
6. Conclusie.....	74
Literatuur.....	84
Bijlage 1 <i>Model toekomstscenario's.....</i>	<i>87</i>
Bijlage 2 <i>Tabellen Rotterdam.....</i>	<i>90</i>
Bijlage 3 <i>Tabellen Nederland.....</i>	<i>92</i>
Bijlage 4 <i>Vragenlijst expert interviews.....</i>	<i>94</i>

Voorwoord

Op grond van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz) kunnen mensen die voor zichzelf, anderen of de omgeving een onmiddellijk (dreigend) gevaar vormen, dat niet buiten een psychiatrische instelling kan worden afgewend, onder dwang worden opgenomen. Het aantal psychiatrische dwangopnamen met Inbewaringstellingen (IBS) en Rechterlijke Machtigingen (RM) is de afgelopen decennia sterk gestegen (Mulder et al 2006). Daar wordt verschillend over gedacht; patiëntenorganisaties vrezen voor een verdere aantasting van de rechten van de patiënten. Deze worden daarin ook wel gesteund door juristen en bepaalde behandelaars. Andere behandelaars, maar ook familieleden van de patiënten, zien de stijging als een verbetering in de mogelijkheden om erg zieke patiënten te beschermen tegen de gevolgen van hun ziekte, en te behandelen. Hoe de standpunten ook verschillen, voor alle betrokkenen is de vraag relevant of deze trend zich in de komende jaren zal voortzetten.

In deze scriptie, welke is geschreven in het kader van de bachelorfase van de studierichting IBMG van de Erasmus Universiteit te Rotterdam, worden enkele toekomstscenario's geschetst ter illustratie van een methode die de ontwikkeling van het aantal dwangopnamen in de komende jaren in beeld te brengt. Met behulp van deze toekomstscenario's zou het mogelijk moeten zijn niet alleen vragen met betrekking tot beleid(-skeuzen) te formuleren maar ook te beantwoorden.

In het kader van het onderzoek zijn kwantitatieve gegevens geanalyseerd, is literatuuronderzoek verricht en zijn verschillende experts op het gebied van dwangopnames geïnterviewd.

Mijn dankwoord gaat uit naar mijn begeleiders Dr. G.T. Koopmans en Prof.dr. C.L. Mulder. Ik wil jullie bedanken voor jullie tijd, advies en hulp. Naast mijn begeleiders wil ik ook graag mijn mee-lezer Dr. M. Foets, en alle experts bedanken voor hun medewerking aan deze scriptie.

Fleur van de Wetering, Student BMG (Deze scriptie is gemaakt in opdracht van het Onderzoekscentrum O3 van het Erasmus MC, afdeling psychiatrie).

Samenvatting

Opzet en achtergrond van het onderzoek

Op grond van de Wet Bopz kunnen mensen die voor zichzelf, anderen of de omgeving een onmiddellijk (dreigend) gevaar vormen, dat niet buiten een psychiatrische instelling kan worden afgewend, ook als zij dat niet willen – dat wil zeggen ‘gedwongen’ – worden opgenomen in een daartoe aangewezen psychiatrische instelling. Recent is vastgesteld dat het aantal gedwongen opnames in de afgelopen jaren een stijgende trend vertoont. De onderzoeksafdeling O3 van het Erasmus MC heeft naar aanleiding van die bevinding de opdracht gegeven om enkele toekomstscenario's te schetsen voor de ontwikkeling van de dwangopnames voor de komende jaren.

Centraal in het onderzoek staat de volgende probleemstelling:

Hoe zal het aantal gedwongen opnames zich tot 2020 ontwikkelen in Nederland (en Rotterdam in het bijzonder)?

Theoretisch kader

Het onderzoek, dat is beschreven in deze scriptie, is gericht op het maken van toekomstverkenningen en maakt hierbij gebruik van toekomstscenario's.

Het onderzoek is in verschillende fasen uitgevoerd, waarin een kwalitatief en een kwantitatief onderzoeksdeel kunnen worden onderscheiden. Om de gegevens, opgedaan tijdens het literatuuronderzoek en verwerkt in de MEPSTED-analyse, (Huijsman & Zanen 2005) kwalitatief te toetsen en versterken is er gebruik gemaakt van kwantitatieve onderzoeksaspecten verkregen uit verschillende (internet) bronnen (CBS, IGZ, COS).

In de MEPSTED-analyse worden relevante ontwikkelingen die zich voordoen in de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) achtereenvolgens besproken. Het accent ligt daarbij op wat de mogelijke invloed is van deze ontwikkelingen op de waargenomen stijging van het aantal dwangopnames. Aan hand van deze analyse is een lijst met vragen en stellingen ontwikkeld, die voorgelegd is aan verschillende experts op het gebied van de Wet Bopz. Doel hiervan is om duidelijk te krijgen welke ontwikkelingen het meest onzeker zijn, omdat juist deze aspecten gebruikt worden bij het scenario-onderzoek. De meest onzekere ontwikkelingen, in deze scriptie de verandering in de

groei van het aantal mannen en de verandering in de mate van vergrijzing, zijn vervolgens gebruikt als assen van een matrix voor de toekomstscenario's.

Conclusie

Op grond van de bevindingen wordt verwacht dat het aantal gedwongen opnamen, zowel in de Regio Rotterdam als in Nederland in het geheel, de komende jaren zal blijven toenemen uitgaande van de factoren mate van vergrijzing en demografische ontwikkeling van het aantal mannen en vrouwen. Zowel de epidemiologische en demografische ontwikkelingen, als de expertgesprekken en de uitgewerkte scenario's wijzen op deze toename.

Abstract

Design and background of the study

According to the Dutch law (Wet Bopz) individuals who are as a consequence of a psychiatric disorder a threat to themselves, others or their environment which could not be resolved outside a psychiatric hospital, can be involuntarily admitted to a psychiatric hospital. The involuntary admission is decided upon by a judge based on a written medical statement from a psychiatrist which relays the actual psychiatric condition of the patient.

The research department O3 has requested a description of scenario's for the near future describing how involuntary admissions will develop in the forthcoming years. The major question that will be addressed in this study is: *How will the number of involuntary admissions develop in the forthcoming years until 2020 in the Netherlands in general, and more specifically in the Rotterdam area.*

Theoretical frame work of the study

This study is aimed at exploring the near future and utilizes actual trending methodology for calculating the scenarios. The study is carried out in successive steps and constitutes a qualitative and a quantitative section. The results of the literature review are incorporated in the MEPSTED –analysis (Huijsman & Zanen 2006) and enriched by quantitative results from several (internet) sources (COS, IGZ, CBS).

In the description of the MEPSTED-analysis the relevant developments in the field of mental health care will be addressed. Emphasis will be put on the likely influence of these developments on the current increase in the number of involuntary admissions. Based on this analysis a questionnaire has been composed and presented to a number of experts in the field of involuntary admissions within the mental health care system. The questionnaire was aimed at clarifying those factors, that were perceived by the experts as the most uncertain to predict the effect on future developments regarding the involuntary admissions. These factors are crucial for the study of the possible scenario's for the near future and are subsequently used as the axes in the scenario calculations

Conclusion

The major conclusion of this study is that - given the analysis of the relevant factors - the number of involuntary admission will increase in the forthcoming years.

Hoofdstuk 1 Inleiding

1.1 Aanleiding

Het aantal dwangopnamen (Inbewaringstelling en Rechterlijke Machtiging) is laatste twintig jaar enorm toegenomen. Reden voor deze toename is onder andere de veranderende (maatschappelijke) opvatting dat zieke individuen én de samenleving beschermd moet worden (Barendregt & van der Poel 2008). Het aantal Inbewaringstellingen (IBS-en) is toegenomen van ongeveer 3101 in 1979 tot 7450 in 2004 (Mulder et al 2006). De stijging van het aantal IBS-en neemt ieder jaar toe sinds de invoering van de wet Bopz die de Krankzinnigenwet uit 1884 verving. Een einde aan deze stijging lijkt nog niet in zicht. Ook het aantal patiënten dat een rechterlijke machtiging (RM) kreeg is de laatste jaren verdubbeld van 4353 in 1999 tot 8976 in 2006. Op dit moment zijn naar schatting 90% van de patiënten op gesloten opname-afdelingen van psychiatrische instellingen in de GGZ (Geestelijke Gezondheidszorg) onder een dwangmaatregel opgenomen. Vijfentwintig jaar geleden bedroeg dit percentage slechts 50%. Er wordt daarom ook wel gesproken van een 'epidemie van dwangopnames' (Mulder 2006).

Er hangen verschillende zaken samen met de stijging van het aantal gedwongen opnamen. Zo kan de stijging worden veroorzaakt door de toename van het aantal opnamen in de psychiatrische ziekenhuizen, de kortere opnameduur of de veranderende maatschappelijke ontwikkelingen en opvattingen over de behandeling van patiënten met een psychische ziekte (Mulder et al. 2006). Bovendien kan het zijn dat de vervanging van de Krankzinnigenwet uit 1884 door de Wet bijzondere opname in psychiatrische ziekenhuizen in 1994 een rol heeft gespeeld (Mulder et al. 2006). Daarnaast spelen de veranderende maatschappelijke opvattingen betreffende de gevaarscriteria in de GGZ een rol. Zo lijkt er een verminderde maatschappelijke tolerantie voor overlast en ernstige verslaving te zijn. Men is steeds sneller geneigd overlastveroorzakende mensen gedwongen van de straat te halen (van de Wetering et al. 2004). De grenzen van wat overlast of 'maatschappelijke teloorgang' wordt gevonden staan niet vast. Het zijn onderdelen van publieke en politieke opinievorming geworden. Het veiligheids- en overlastdiscours is overheersend in het maatschappelijk debat. Het is vanzelfsprekend

dat ideeën over goede zorg daarin meegaan. Echter het belang van de individuele patiënt valt daar niet altijd mee samen (Barendregt & van der Poel 2008). Dit zal in de volgende alinea verder toegelicht worden. Een andere veronderstelling is dat de ambulante (bemoei) zorg mogelijk te kort schiet (Mulder et al. 2006).

Een gedwongen opname is een ingrijpende ervaring voor de patiënt en vormt juridisch en maatschappelijk een inbreuk op de grondrechten van het individu. Het is daarom wenselijk om dit tot een minimum te beperken als er alternatieve mogelijkheden zijn of kunnen worden ontwikkeld die meer recht doen aan de situatie van de patiënt (Mulder et al. 2006). Maar de stijging van het aantal gedwongen opnamen heeft ook gevolgen voor de opnamecapaciteit van gesloten afdelingen van psychiatrische ziekenhuizen, voor de opnameduur en voor de kosten die met een gedwongen opname gepaard gaan (inschakelen van een psychiater, rechter, advocaat, ziekenhuiskosten). Wanneer het aantal gedwongen opnamen net zo blijft toenemen als in de afgelopen jaren is het niet onwaarschijnlijk dat de opnamecapaciteit van de betreffende afdelingen uitgeput raakt. De opnameduur zal moeten dalen om de stijgende vraag aan te kunnen¹. Aangezien het einde van de stijging van het aantal gedwongen opnamen thans niet in zicht lijkt, is een analyse van de ontwikkelingen binnen de GGZ van belang. Wanneer er meer zicht is op hoe de ontwikkeling van de dwangopnames er in de toekomst uit zal zien, kunnen er wellicht betere en meer gepaste voorzorgsmaatregelen getroffen worden. Ook kunnen er betere keuzes gemaakt worden wat betreft het gezondheidsbeleid ten aanzien van de GGZ dat gevoerd moet worden in de toekomst.

Deze scriptie beoogt een bijdrage aan de discussie over de toekomst van de ontwikkeling van de dwangopnames te leveren door in kaart te brengen welke ontwikkelingen bijdragen aan de stijging van het aantal gedwongen opnames. Vanuit deze analyse wordt gekeken naar hoe de toekomst van de GGZ er mogelijk uitziet. In de analyse worden zowel de IBS-en als de RM-en betrokken. De toekomstige ontwikkelingen met betrekking tot de dwangopnames worden in kaart gebracht met behulp van de scenariomethode. Er zullen verschillende toekomstscenario's worden geschetst om te zien hoe de ontwikkeling van het aantal dwangopnames zich mogelijk voortzet en welke aspecten daarbij een rol kunnen spelen.

¹ In 2006 bedroeg de gemiddelde opname duur voor een IBS 71 dagen (36% < 3 weken, 13% > 6 maanden) (Mulder 2006).

Echter, deze scriptie heeft niet het doel de toekomst te voorspellen, maar juist om mogelijke toekomstbeelden betreffende dwangopnames te beschrijven. Toekomstscenario's geven een aanzet tot discussie en stimuleren een bezinning over de toekomst (Sprietsma & Huijsman 2001).

1.2 Probleemstelling

In deze scriptie staat de volgende probleemstelling centraal:

Hoe zal het aantal gedwongen opnames zich tot 2020 ontwikkelen in Nederland (en de Regio Rotterdam in het bijzonder)?

Vanuit deze kernvraag worden de relevante ontwikkelingen en toekomstscenario's voor de GGZ met het oog op gedwongen opnames beschreven.

De volgende onderzoeksvragen liggen hieraan ten grondslag:

- Hoe heeft de toename van de dwangopnames zich de afgelopen jaren ontwikkeld en wat zijn de factoren die daarbij hebben bijgedragen?
- Welke ontwikkelingen hebben de maatschappelijke opvattingen over de GGZ de laatste jaren doorgemaakt (toegespitst op de Regio Rotterdam)?
- Hoe heeft de bevolkingsopbouw zich de laatste jaren ontwikkeld (Nederland en de Regio Rotterdam) en hoe zal dit zich gaan ontwikkelen in de toekomst (tot 2020)?
- Welke epidemiologische ontwikkelingen zijn te verwachten?

1.2.1 Toelichting op de onderzoeksvragen

De eerste onderzoeksvraag is bedoeld om inzicht te verschaffen in de epidemiologische factoren van de stijging van het aantal dwangopnames. Om deze vraag te kunnen beantwoorden is gebruik gemaakt van de Mepsted-analyse. Nagegaan wordt welke factoren een bijdrage hebben geleverd aan de toename van het aantal gedwongen opnames. Tevens wordt er een vergelijking gemaakt tussen het aantal gedwongen opname in Rotterdam en in Nederland in het geheel.

De tweede onderzoeksvraag geeft inzicht in de ontwikkeling van de maatschappelijke kijk van de bevolking (uit de Regio Rotterdam) op de GGZ. Er wordt aandacht besteed

aan de ontwikkelingen van het beeld dat men van de GGZ heeft gehad de afgelopen jaren en hoe dat is veranderd. De uitkomst van deze vraag is relevant omdat het een beeld schetst van het onderzochte fenomeen.

De derde onderzoeksvraag geeft weer hoe de bevolking zich de afgelopen jaren heeft ontwikkeld in Rotterdam en in Nederland in het geheel. Tevens wordt besproken hoe de bevolking zich in de toekomst mogelijk zal gaan ontwikkelen (prognose).

Ten slotte geeft de vierde onderzoeksvraag aan welke epidemiologische ontwikkelingen er tot het jaar 2020 zijn te verwachten. Dit wordt gedaan aan de hand van de scenariomethode die verder in deze scriptie nader toegelicht zal worden.

De inzichten van de verschillende onderzoeksvragen dragen bij aan de beantwoording van de hoofdvraag, namelijk hoe het aantal gedwongen opnames zich tot 2020 zal ontwikkelen in Nederland en de Regio Rotterdam in het bijzonder.

1.3 Doelstelling

Het doel van dit onderzoek is om meer inzicht te verschaffen in de oorzaken en de groei van gedwongen opnames. Tevens wordt door middel van het schetsen van toekomstscenario's getracht mensen bewuster te maken van de omvang van het probleem en welke mogelijke gevolgen de stijging van het aantal dwangopnames met zich mee brengt in de toekomst. Ook worden de visies van verschillende experts op het gebied van de Wet Bopz inzichtelijk gemaakt. Door het literatuuronderzoek aan te vullen met de opinies van de experts wordt het mogelijk uitlatingen te doen over de toekomst wat betreft de ontwikkeling van gedwongen opnames.

1.4 Methode

Dit onderzoek is gericht op het maken van toekomstverkenningen, gebaseerd op toekomstscenario's. In paragraaf 2.2 wordt het doen van onderzoek met behulp van toekomstscenario's nader toegelicht.

Het onderzoek is in verschillende fasen uitgevoerd. Globaal kan een kwalitatief en kwantitatief onderzoeksdeel worden onderscheiden. Begonnen is met een open opzet waarbij er regelmatig aanpassingen zijn gedaan aan onder andere de onderzoeksvragen.

Om de ontwikkelingen met betrekking tot dwangopnames, opgedaan tijdens het literatuuronderzoek, te versterken is er gebruik gemaakt van kwantitatieve onderzoeksaspecten.

1.5 Dataverzameling

De dataverzameling voor deze studie is uitgevoerd in twee stappen;

1. Literatuurstudie
2. Interviews met experts.

Tijdens de literatuurstudie is zoveel mogelijk relevante informatie verzameld over de factoren die ten grondslag kunnen liggen aan de toename van het aantal dwangopnames. Ook zijn de benodigde cijfers verzameld over aantal IBS-en en RM'-en. Voor een overzicht van de bestudeerde literatuur wordt verwezen naar de literatuurlijst aan het einde van de scriptie. De verkregen informatie is vervolgens geanalyseerd met behulp van de zogenaamde MEPSTED-analyse (Huijsman & Zanen 2005). Met de MEPSTED-analyse, wat een belangrijke stap vormt bij scenariostudies, wordt gekeken naar belangrijke ontwikkelingen binnen het veld van de GGZ. Er wordt hierbij gekeken naar ontwikkelingen op Maatschappelijk, Economisch, Politiek, Sociaal-cultureel, Technisch, Epidemiologisch en Demografisch (MEPSTED) gebied. Hiermee wordt duidelijk gemaakt welke factoren de 'drijvende' krachten vormen achter de toename van het aantal gedwongen opnamen.

Vervolgens zijn bij het maken van de toekomstscenario's de meningen van een aantal experts op het gebied van de spoedeisende (dwang) psychiatrie betrokken. Op deze manier zijn de bevindingen uit de bestaande literatuur verwerkt met informatie uit de interviews. Bovendien is hiermee een eerste inzicht verkregen in de mogelijke verklarende factoren voor de toename van het aantal IBS-en in de afgelopen jaren en de verwachting voor de komende jaren. Toetsing hiervan vergt uitgebreider, diepgaander kwantitatief vervolg onderzoek.

In het kwantitatieve onderzoeksdeel zijn gegevens uit onder andere het Centraal Bureau voor Statistiek (CBS), het Centrum voor Onderzoek en Statistiek (COS) en de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) gebruikt om de ontwikkelingen die geschetst worden in de toekomstscenario's te ondersteunen.

1.6 Expert gesprekken

De experts zijn per mail benaderd voor hun medewerking aan het onderzoek. Hierin werd uitleg gegeven over het onderzoek en het doel van het beantwoorden van de vragenlijst die ter informatie vast was bijgevoegd. De meeste respondenten kozen voor het beantwoorden van de vragenlijst via de e-mail boven face-tot-face of een telefonisch interview. Enkele respondenten zijn persoonlijk geïnterviewd. Bij de beantwoording van de vragenlijst via e-mail kon bij vragen of onduidelijkheden telefonisch contact worden opgenomen met de onderzoeker. Andersom was ook afgesproken dat indien een antwoord onduidelijk was voor de onderzoeker er telefonisch contact kon worden opgenomen met de expert.

De respons op de vragenlijsten was hoog, alle 14 experts hebben gereageerd en een vragenlijst ingevuld. Slechts in enkele gevallen was het nodig om nader telefonisch contact te hebben.

De informatie uit de vragenlijsten is per topic verwerkt. De experts zijn naar beroep ingedeeld in categorieën. De volgende categorieën zijn onderscheiden:

- Psychiater
- Jurist
- Onderzoeker
- Inspectie van de gezondheidszorg (IGZ)
- Belangenbehartiger van patiënten (Basisberaad)

1.7 Opbouw van de scriptie

Om een helder beeld te schetsen van de huidige praktijk van de Wet Bopz wordt in het volgende hoofdstuk begonnen met een beschrijving van de achtergrond van de Wet Bopz. Hierbij wordt beschreven wanneer de Wet Bopz is ingevoerd, wat een gedwongen opname inhoudt en onder welke voorwaarden een machtiging tot gedwongen opname afgegeven wordt. In paragraaf 3.3 worden de ontwikkelingen op het gebied van de wetgeving nader besproken om een helder beeld te krijgen van de visie van de politiek op gedwongen opnames door de jaren heen.

Na dit inleidende hoofdstuk op de Wet Bopz volgen nog 4 hoofdstukken.

In hoofdstuk 2 wordt het theoretisch kader van de scriptie besproken. Tevens wordt de methode van onderzoek met toekomstscenario's toegelicht. Vervolgens gaat hoofdstuk 3 in op de relevante ontwikkelingen die gaande zijn in de GGZ met betrekking tot gedwongen opnames. Deze ontwikkelingen worden geanalyseerd met behulp van de MEPSTED-methode, op basis waarvan in hoofdstuk vijf de toekomstscenario's beschreven worden. Hoofdstuk 4 zal een korte samenvatting van de expert opinies geven. Deze expert opinies zijn bepalend bij de keuzes die gemaakt worden bij het opstellen van de toekomstscenario's.

Hierna zullen in hoofdstuk 5 enkele mogelijke toekomstscenario's voor de ontwikkeling van de dwangopnames uitgewerkt worden voor zowel Rotterdam als Nederland in het geheel. Tenslotte zal hoofdstuk 6 deze scriptie afsluiten met een conclusie waarin antwoord wordt gegeven op de probleemstelling.

Hoofdstuk 2 Theoretisch kader

Ter verduidelijk van het onderwerp zal in dit hoofdstuk relevante achtergrond informatie worden gegeven betreffende de Wet Bopz, gedwongen opname en de scenariomethode. Begonnen wordt met de bespreking van de Wet Bopz welke de patiëntenrechten in de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) nastreeft.

2.1 De Wet Bopz

Sinds 17 januari 1994 vervangt De Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen, de Wet Bopz, de oude Krankzinnigenwet uit 1884. De Wet Bopz regelt de onvrijwillige opname van mensen met een geestesstoornis in psychiatrische ziekenhuizen (Vree et al. 2002). Met de nieuwe wet wordt een verbetering van de rechten van de patiënt met een geestesziekte nagestreefd. In deze wet zijn verschillende regels en voorwaarden vastgelegd voor onvrijwillige opname. Voor onvrijwillige opname gelden de volgende voorwaarden:

- De betrokken persoon heeft een stoornis (dan wel een gebrekkige ontwikkeling) van de geestvermogens (criterium van de geestesstoornis);
- Deze geestesstoornis veroorzaakt gevaar voor de betrokkene zelf, voor anderen of voor de algemene veiligheid van personen of goederen (gevaarscriterium);
- Het gevaar kan niet door tussenkomst van personen of instellingen buiten een psychiatrisch ziekenhuis worden afgewend (criterium van ultimum-remedium);
- De betrokken persoon geeft geen blijk van de nodige bereidheid om zich te laten behandelen (bereidheidscriterium).

Als aan één van deze in de Wet Bopz vastgelegde voorwaarden niet is voldaan, is het niet mogelijk om de betrokken persoon onvrijwillig te laten opnemen. De wet Bopz bevat tevens een regeling van de rechtspositie van de onvrijwillig opgenomen patiënt. Dit betreft onder meer regels voor toepassing van dwangbehandeling, middelen en maatregelen ter overbrugging van noodsituaties en vrijheidsbeperking. Tenslotte bevat de wet ook een klachtenregeling (Vree et al. 2002).

De Wet Bopz voorziet in drie verschillende procedures voor 'bijzondere opnemingen':

1: Rechterlijke Machtiging (RM)

Dit wordt ook wel gezien als de 'gewone' (dat wil zeggen zonder spoedeisend karakter) procedure die verloopt via de rechter². Een rechterlijke machtiging wordt afgegeven aan een persoon die lijdt aan een stoornis van de geestvermogens en waar er sprake is van gevaar dat voortkomt uit deze stoornis. De afgifte geschiedt na een zitting waarin de patiënt gehoord wordt onder andere op basis van een door een psychiater opgestelde geneeskundige verklaring (IGZ 2007).

2: Inbewaringstelling (IBS).

Een aanvraag voor een (voorlopige) RM neemt vaak veel tijd in beslag. Daarom is er in geval van acuut gevaar de spoedprocedure van de IBS.

Een IBS verloopt in eerste instantie via de burgemeester op basis van een door een geneeskundige opgestelde geneeskundige verklaring en wordt in tweede instantie door de rechter bekrachtigd. Het gevaar moet niet zonder opname afgewend kunnen worden en er moet een ernstig vermoeden zijn dat dit gevaar veroorzaakt wordt door een stoornis van de geestvermogens. Voortzetting van een inbewaringstelling moet de eerste volgende werkdag verzocht worden aan en beoordeeld worden door de rechter. Na afloop van de inbewaringstelling wordt de inspectie geïnformeerd over deze inbewaringstelling (IGZ 2007).

3 Indicatieprocedure.

Deze procedure moet worden gevolgd bij opneming in een instelling voor verstandelijk gehandicapten of een psychogeriatrische verpleeginrichting ingeval van bezwaar. Deze procedure wordt in het kader van deze scriptie buiten beschouwing gelaten.

De meest voorkomende soorten gevaar voor een inbewaringstelling zijn suïcidaliteit, zelfverminking, het oproepen van agressie, het vertonen van ernstige vormen van overlast en het vormen van een gevaar voor de algemene veiligheid. Het kan bij een IBS zowel gaan om een nog niet opgenomen persoon als om een reeds in een (psychiatrisch) ziekenhuis verblijvende patiënt. In tegenstelling tot de rechterlijke machtiging (die moet worden aangevraagd door de partner, een naast familielid, de curator of de betrokkene zelf) mag iedereen de burgemeester verzoeken om een IBS af

² Er bestaan verschillende Rechterlijke machtigingen. Naast de voorlopige machtiging bestaan er de voorwaardelijke machtiging, de machtiging op eigen verzoek en de machtiging na verlenging van de voorlopige machtiging. Tevens bestaat de observatiemachtiging die van aanmerkelijk kortere duur is.

te geven. Bij een IBS is net zoals bij de rechterlijke machtiging een schriftelijke verklaring van een onafhankelijk psychiater of arts verplicht.

De burgemeester stelt vervolgens de Officier van Justitie en de Inspecteur voor de Gezondheidszorg mondeling op de hoogte van de IBS. De volgende werkdag worden zij ook schriftelijk op de hoogte gesteld. De burgemeester dient er binnen 24 uur voor te zorgen dat de betrokkene wordt bijgestaan door een raadsman. De Officier van Justitie dient binnen enkele dagen na ontvangst van de schriftelijke stukken een vordering in tot het verlenen van een machtiging tot voortzetting van de IBS. Binnen drie werkdagen na indiening van de vordering beslist de rechter hierover, na de betrokkene, diens advocaat, de psychiater die de geneeskundige verklaring heeft opgesteld en eventueel andere getuigen en deskundigen te hebben gehoord. De geldigheidsduur van de IBS behelst hoogstens drie weken na de beslissing van de rechter. Wordt gedurende een lopende IBS een rechterlijke machtiging aangevraagd, dan kan de IBS met drie weken worden verlengd (Vree et al. 2002).

Wanneer iemand een IBS krijgt opgelegd zal hij worden opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis. Dit heeft grote gevolgen voor de rechtspositie van de patiënt. Zo mag het ziekenhuis gedurende de IBS niet verlaten worden. De bewegingsvrijheid van de persoon in kwestie wordt dus beperkt. Als de patiënt toch besluit weg te gaan kan deze terug gehaald worden door de politie. Bovendien kan een hulpverlener in situaties binnen de instelling de patiënt dwingen tot het nemen van bepaalde medicijnen of het verblijven in een afgezonderde ruimte of separater (www.informentaal.nl).

2.2 Toekomst scenario's

Het onderzoek is gericht op het maken van toekomstverkenningen betreffende de toepassing van de Wet Bopz en maakt hierbij gebruik van toekomstscenario's. Een toekomstverkenning is een systematische manier van onderzoek naar de mogelijke, waarschijnlijke en wenselijke ontwikkelingen in de toekomst (Buystendijk, 2003).

Toekomstscenario's zijn geen echte toekomstvoorspellingen maar beschrijvingen van mogelijke 'toekomst'. Peter Schwartz beschrijft toekomstscenario's als 'educated guesses'; 'How the world might change, how to recognize it when it was changing, and as it changed, what to do' (Snoek 2004).

De Geus van The Living Company vergelijkt toekomstscenario's met 'stories'; 'They are works of art, rather than scientific analyses. The reliability (of the content) is less important than the types of conversations, learning and decisions they spark' (Snoek 2004).

Voor veel mensen is het onderscheid tussen een voorspelling en een scenario niet geheel duidelijk. In de onderstaande tabel zijn de verschillen naast elkaar gezet.

Tabel 1 – Verschillen tussen Voorspellingen en Scenario's (bron: Snoek 2004)

Voorspellingen	Scenario's
Bedoeld om onzekerheden te versterken	Bedoeld om onzekerheden in beeld te brengen
Versluiëren risico's	Verhelderen risico's
Enkelvoudige lineaire projecties	Alternatieve beelden van de toekomst
Versterken inertia	Stimuleren flexibiliteit en gevoeligheid

Er zijn twee doelstellingen om toekomstscenario's te onderscheiden. Op de eerste plaats kan een scenario-onderzoek verkennend zijn. In dat geval worden toekomstige ontwikkelingen beschreven met als doel de verschillende mogelijkheden weer te geven. Ten tweede kan het doel van het scenario-onderzoek strategisch zijn. Hierbij worden alternatieve wegen beschreven die tot een gewenste eindsituatie leiden (Huijsman & Zanen 2005).

In deze scriptie gaat het om een verkennend scenario-onderzoek. Er zal aandacht besteedt worden aan de beschrijving van de mogelijke toekomstontwikkelingen. Het maken van een toekomstscenario omvat verschillende 'activiteiten'. Zo wordt er vooruit gedacht in de tijd (fore-casting) en terug gedacht in de tijd (back-casting). Ook worden trends, trendbreuken en de bijdrage en invloed van de belangrijkste spelers en belanghebbenden in kaart gebracht. Er moet dus vastgesteld worden wat de actuele situatie is, hoe vroegere ontwikkelingen hebben geleid tot de actuele situatie en wat experts zeggen over de toekomst. Zowel formele onderzoeken, gebaseerd op statistische extrapolaties, als informele onderzoeken, zoals mediascans, kunnen een rol spelen. Geleerd wordt om de opvattingen van deskundigen te wegen en om afwijkende geluiden die ingaan tegen overheersende trends te beoordelen.

Bij het maken van toekomstscenario's kan de nadruk zowel komen te liggen op het proces (het out-of-the-box denken, het samenwerken, et cetera) als op het product (de

kwaliteit van de toekomstscenario's en de onderzoeken naar trends). Waar de nadruk op ligt, wordt vooral bepaald door de gehanteerde beoordelingscriteria (en de nadruk die daarbij gelegd wordt op de kwaliteit van uitgevoerd onderzoek, de creativiteit die in de scenariobeschrijvingen zit of de wijze waarop de eigen denkmodellen zijn geëxpliciteerd) en door de beschikbare tijd. Een vereiste voor bruikbare, goed beargumenteerde scenario's is dat er voldoende tijd is om het onderzoek uit te voeren en te evalueren. Als deze tijd niet voorhanden is zullen er keuzes gemaakt moeten worden die afhangen van de leerdoelen die men wil benadrukken.

De methode die bij het maken van toekomstscenario's wordt gebruikt kan worden opgedeeld in drie fases: een analyse van toekomstige trends, gevolgd door de ontwikkeling van de scenario's en een terugblik op de ontwikkelde toekomstscenario's (zie bijlage 1 voor het model voor de ontwikkeling van toekomstscenario's). In de tweede fase wordt gebruik gemaakt van een scenario sjabloon. Twee onzekere krachten bepalen de assen van een matrix. Deze assen komen tot stand door een selectie van zogenaamde kritieke onzekere ontwikkelingen. Dit zijn verwachte ontwikkelingen met betrekking tot het te onderzoeken onderwerp die een grote kans hebben om zich voor te doen, invloed hebben op het onderwerp en een groot maar onzeker effect hebben op het onderzoeksobject. Hiervoor moeten eerst de zogenaamde 'drijvende krachten' bepaald worden. Dat gebeurt met behulp van de MEPSTED-analyse. Hierbij wordt gekeken naar ontwikkelingen op Maatschappelijk, Economisch, Politiek, Sociaal, Technologisch, Epidemiologisch en Demografisch gebied (Huijsman & Zanen 2005). De twee onzekerste krachten bepalen dan de assen van de matrix. Zo ontstaan vier kwadranten die elk een verschillend scenario representeren. Het identificeren van verschillende scenario's kan ook op andere, vaak meer intuïtieve, manieren gebeuren.

Hoofdstuk 3. Ontwikkelingen binnen de GGZ beschreven volgens de MEPSTED analyse

In dit hoofdstuk wordt besproken welke ontwikkelingen zich voordoen binnen de GGZ met het oog op gedwongen opnamen. Met behulp van de MEPSTED-analyse is de belangrijkste informatie die naar voren is gekomen tijdens het (literatuur) onderzoek geanalyseerd. Met behulp van verschillende internetbronnen (onder andere; PUBMED, Medline, COS, CBS, IGZ) is relevante wetenschappelijke literatuur verzameld en beschreven. Deze vormden de basis voor de vragen die de experts zijn voorgelegd. De ontwikkelingen op Maatschappelijk, Economisch, Politiek, Sociaal, Technologisch, Epidemiologisch en Demografisch gebied, die in dit verband relevant bleken, zullen in dit hoofdstuk worden besproken. Per onderwerp is tevens een hypothese geformuleerd over de invloed van deze ontwikkeling op het aantal dwangopnames ten behoeve van de peiling van de meningen van de experts.

3.1 Maatschappelijke ontwikkelingen

3.1.1 Maatschappelijke participatie

Uitsluiting van psychiatrische patiënten of ook wel verminderde maatschappelijke participatie genoemd, zou één van de oorzaken van het toenemende aantal dwangopnames kunnen zijn. Met maatschappelijke participatie wordt de actieve deelname van psychiatrische patiënten aan de maatschappij bedoeld door er te wonen, te werken en bijvoorbeeld lid te worden van clubs en kerken. Door uitsluiting raken patiënten in een isolement en verliezen zij steunsystemen zoals familie, sociaal netwerk en sociale structuur die van belang zijn bij het dagelijks functioneren. De kans op maatschappelijke teloorgang neemt toe als zij in financiële problemen komen en daardoor bijvoorbeeld hun huis verliezen en letterlijk en figuurlijk op drift raken. De samenleving kan de participatie van psychiatrische patiënten vergemakkelijken door een flexibel aanbod van opleidings- en dagbestedingsmogelijkheden of door een veilige, stabiele woon- en leefomgeving te bieden (zie 3.1.3).

Tegenwoordig wordt er steeds meer aandacht besteed aan het helpen van de patiënten bij dit proces. Een goed voorbeeld is het Project Maatschappelijke steunsystemen van de sector Preventie en Dienstverlening van GGZ West Noord Brabant (GGZWNB).

Doel is het bevorderen van deelname aan de samenleving van mensen met een ernstige psychische stoornis. Daartoe werken diverse personen en instellingen samen, waaronder GGZ WNB. Zij ontwikkelen een systeem van ondersteunende diensten binnen en buiten de GGZ, ook wel een maatschappelijk steunsysteem genoemd. Dit maatschappelijke steun systeem helpt patiënten naar eigen kunnen te functioneren in de samenleving. (GGZWNB).

3.1.2 Begeleid zelfstandig wonen, voorzieningen voor langdurig verblijf

Ook worden er steeds meer projecten opgezet om de patiënt eraan te laten om wennen zelfstandig te functioneren, het zogenaamde begeleid zelfstandig wonen. Doel van dit soort projecten is om ondersteuning en begeleiding te geven aan de patiënten om functioneren in een eigen woonsituatie (weer) mogelijk te maken.

Wanneer patiënten een beter en stabielere leven gaan leiden is de kans dat zij terugvallen in ziekte en gebruik van middelen en daarmee heropgenomen worden aanzienlijk kleiner. Om deze reden dragen voorzieningen als deze bij aan het verminderen van het aantal dwangopnames (van de Wetering, persoonlijke communicatie).

Hypothese: Door het besteden van aandacht aan de verdere ontwikkeling van maatschappelijke steunsystemen en voorzieningen voor langdurig verblijf zouden dwangopnames voorkomen kunnen worden.

3.2 Economische ontwikkelingen

3.2.1 Extra inzet van middelen

Net zoals in de algehele gezondheidszorgsector leed ook de GGZ jarenlang aan een tekort aan budget (van Vree 2002). Vanwege de budgettekorten mocht de zorg enerzijds niet uitbreiden, maar psychiatrische ziekenhuizen hebben anderzijds wel een wettelijke zorgplicht om personen met een IBS op te nemen. In de praktijk was dat door capaciteitsproblemen dus echter lang niet altijd mogelijk. Voor patiënten die met een IBS moesten worden opgenomen werden tijdelijke 'gastplaatsingen' in een ander psychiatrisch ziekenhuis geregeld als de eigen capaciteit te kort schoot. Soms betekende dat, dat een patiënt uit Rotterdam bijvoorbeeld in Friesland op een gesloten

afdeling terecht kwam. Dit was niet alleen voor de betreffende patiënt vervelend, het betekende ook dat er vaak veel gebeld moest worden en er vaak uren verstreken voordat de acute crisissituatie die aanleiding was voor de IBS kon worden opgelost. Het spreekt voor zich dat het beperkte aantal (voor crisisopvang) beschikbare bedden en/of personeelsgebrek ertoe hadden kunnen leiden dat bij voorbaat al zou worden gezocht naar alternatieven en als gevolg daarvan in mindere mate IBS-en zouden worden uitgeschreven (van Vree 2002).

3.2.2 Veranderde financiering

De ingrijpende veranderingen in het zorgstelsel van de afgelopen jaren hebben de financiële druk op de instellingen almaar verhoogd. De introductie van de marktwerking en de DBC's hebben een steeds groter accent gelegd op het verhogen van de efficiëntie in het primaire proces en in de bedrijfsvoering. Het uitvoeren van dure, intensieve behandelingen is in de regel minder aantrekkelijk vanuit economisch perspectief. Gedwongen opnemingen zijn relatief duur, waardoor er steeds gestreefd zal worden deze zoveel mogelijk te beperken bijvoorbeeld door patiënten ambulante te behandelen en crisissituaties en opnamen te voorkomen bijvoorbeeld door het instellen van Assertive Community Treatment teams (ACT teams). ACT teams verlenen intensieve hulp aan mensen die buiten de GGZ-boot dreigen te vallen. Het gaat daarbij om patiënten met ernstige en blijvende psychiatrische stoornissen die op veel levensgebieden problemen ondervinden en van wie het maatschappelijk leven ernstig verstoord is geraakt (GGZ Leiden). Vaak zijn zij niet gemotiveerd voor hulp en keren zich daar zelfs van af ('zorgmijders'). Met andere woorden onder economische druk ontstaat een prikkel tot het ontwikkelen van nieuwe goedkopere en toch doeltreffende behandelvormen. Niet alleen worden daardoor de crisissituaties voorkomen, maar ook wordt er meer zorg op een planbare manier geleverd binnen kantooruren. Dat is economischer dan de acute, uitrukdiensten buiten kantooruren die meer kosten met zich mee brengen.

Hypothese: Onder economische druk ontstaat een prikkel tot het ontwikkelen van nieuwe goedkopere en toch doeltreffende behandelvormen waardoor er minder dwangopnames zullen plaatsvinden.

3.3 Politieke ontwikkelingen

3.3.1 Veranderde wetgeving

Een aantal zaken is veranderd met betrekking tot de wet- en regelgeving en de jurisprudentie in de geestelijke gezondheidszorg. Op 17 januari 1994 werd de Wet Bopz ingevoerd. Twee nieuwe criteria voor onvrijwillige opname werden toegevoegd, namelijk het ultimatum remedium criterium en het bereidheidscriterium (van Vree 2002). In het volgende stuk zullen deze nader toegelicht worden.

3.3.2 Verruiming van de wet Bopz

Bij voorstel tot wijziging van de Krankzinnigenwet in 1970 was al het gevaarscriterium voor de IBS in de wet opgenomen. Vóór die tijd werd er uitgegaan van het bestwil criterium. Bij het bestwil criterium kon een psychiater besluiten tot dwangopname als dat volgens hem het beste was voor de patiënt. Na een uitspraak van de Hoge Raad in 1982 gold het gevaarscriterium voor iedere gedwongen opname in een psychiatrisch ziekenhuis. Het gevaarscriterium betekent dat onvrijwillige opname alleen is toegestaan in die gevallen waarin sprake is van (dreigend) gevaar voor de betrokkene zelf, voor andere personen in zijn omgeving of voor de algemene veiligheid van personen en goederen. Sinds de introductie ervan is het gevaarscriterium – vooral onder druk van de hulpverleners in de GGZ - steeds ruimer geïnterpreteerd. Volgens de jurisprudentie van de Hoge Raad is onder gevaar momenteel te verstaan:

- gevaar voor de lichamelijke gezondheid van de betrokkene (suïcidaliteit, automutilatie);
- gevaarlijke staat van zelfverwaarlozing door de betrokkene;
- gevaar voor het maatschappelijk of sociaal bestaan van de betrokkene;
- gevaar voor zowel de lichamelijke als de geestelijke gezondheid van familie en buren van de betrokkene;
- het creëren van chronisch explosieve situaties in de sociale omgeving van betrokkene, waardoor verdergaand geweld onafwendbaar lijkt (van Vree 2002).

In 2001 hebben de wethouders van de vier grote steden en de gemeente Heerlen Minister van VWS verzocht het gevaarscriterium in de Wet Bopz verder te verruimen (van Vree 2002). Zij vinden dat er momenteel te weinig ruimte is om mensen gedwongen op te laten nemen wanneer bepaalde mensen overlast veroorzaken. Dit mag gezien worden als gevolg van een verschuiving in de opvatting over afwijkend

gedrag in relatie tot overlast. Waar voorheen een zeker mate van tolerantie bestond die leidde tot het gedogen van afwijkend gedrag en overlast, ontstond er geleidelijk een streven naar meer veiligheid en minder overlast in de publieke ruimte (zie ook hieronder in 3.4.2).

De 'verruiming' van de wet Bopz zou volgens critici kunnen leiden tot oneigenlijk gebruik van de Wet Bopz. Bovendien is het een voor de hand liggende verklaring voor de toename van het aantal IBS-en in de afgelopen jaren, zeker in steden als Amsterdam en Rotterdam.

3.3.3 Introductie ultimum-remediumcriterium

Met het ultimum-remediumcriterium wordt bedoeld dat als er in een situatie sprake is van gevaar deze niet meer door tussenkomst van personen of instellingen buiten het psychiatrische ziekenhuis kan worden afgewend. Gedwongen opneming wordt dan gezien als laatste redmiddel.

Verwacht werd dat de introductie van het ultimum-remediumcriterium zou leiden tot een afname van het aantal onvrijwillige opnemingen. Uit de eerste evaluatie van de Wet Bopz blijkt echter dat in de besluitvorming van psychiaters en rechters het ultimum-remediumcriterium maar een zeer beperkte rol speelt (van Vree 2002).

3.3.4 Het bereidheidscriterium

Ook het bereidheidscriterium is nieuw in de Wet Bopz. In de Krankzinnigenwet werd het zogenaamde 'geen-bezwaar'-criterium gehanteerd. Voorheen kwam het voor dat mensen die zo in de war waren dat ze niet duidelijk hun bereidheid tot opname konden tonen, maar zich daar ook niet tegen verzetten (de zogenaamde 'geen-bereidheid-geenbezwaar'- of gbgb-groep) toch met enige drang 'vrijwillig' werden opgenomen. Er vind dan eigenlijk opneming plaats zonder formele instemming van de patiënt. Onder het bereidheidscriterium is voor opneming, wanneer iemand geen blijk geeft van de nodige bereidheid maar zich ook niet verzet, een rechterlijke maatregel vereist. Verwacht werd dat de invoering van het bereidheidscriterium juist zou leiden tot toename van het aantal IBS-en. Het is echter niet zeker of de stijging van het aantal IBS-en van de afgelopen jaren het gevolg is van de invoering van het bereidheidscriterium (van Vree 2002).

Een alternatieve verklaring voor de toename van het aantal onvrijwillige opnamen zou kunnen zijn dat de invoering van de Wet Bopz zodanig de nadruk op de rechten van de psychiatrische patiënt heeft gelegd dat hulpverleners zich steeds meer genoodzaakt zien om behandelbeslissingen te documenteren en te legitimeren (Nijman 1999). Het aantal gedwongen opnames neemt daardoor toe omdat er dan toch om de formele toestemming van de patiënt wordt gevraagd. Wanneer de patiënt dan expliciet weigert volgt de dwangopname. Bij patiënten die niet instemmen met behandeling en verzorging, lijkt een juridische maatregel vaak de enige manier om die (minimale) zorg te kunnen bieden die vanuit medische optiek noodzakelijk is.

Nijman concludeert: 'Dwangopname blijkt sinds de Wet Bopz steeds vaker een middel om de voorwaarden te scheppen voor dwangbehandeling'. De Wet Bopz, ingevoerd om de autonomie van patiënten te beschermen, lijkt in de praktijk te leiden tot een stijging van het aantal opnamen met het stigmatiserende etiket 'dwang'. (Nijman 1999)

Hypothese: Verruiming van de Wet Bopz leidt tot oneigenlijk gebruik en is mogelijk een verklaring voor de toename van het aantal gedwongen opname in de afgelopen jaren.

3.4 Sociaal culturele ontwikkelingen

In het volgende stuk zal de Rotterdamse situatie als voorbeeld gebruikt worden voor sociale culturele (maar ook maatschappelijke) invloeden op het aantal gedwongenopnamen.

3.4.1 Sociaal culturele ontwikkelingen in Nederland en Rotterdam

Voordat er uitspraken gedaan kunnen worden over hoe de ontwikkeling van de dwangopnamen zich zal gaan ontwikkelen in de komende jaren, is het belangrijk om te kijken hoe dit zich de afgelopen tijd heeft ontwikkeld. Het sociaal-culturele klimaat heeft zich in de afgelopen decennia ontwikkeld in de richting van verharding, grotere sociale controle en een geringere tolerantie van afwijkend gedrag (bijvoorbeeld de invloed van Pim Fortuin en de Leefbaar Nederland partij). Het toepassen van dwang wordt in toenemende mate gezien als een oplossingsstrategie voor maatschappelijke problemen, zoals bijvoorbeeld bij verstoring van de openbare orde. Anderzijds heerst de discussie

over het zogenaamde 'modern paternalisme'. Hiermee wordt het groeiend besef dat een vrijblijvend hulpaanbod niet voldoet voor mensen die bemoeizorg nodig hebben bedoeld en dat patiëntenrechten geen excuus mogen zijn voor het verwaarlozen van hulpbehoevende mensen. De behoefte vanuit de maatschappij om meer drang en dwang behelst dus twee verschillende aspecten. Ten eerste behoefte aan veiligheid, orde en rust bij burgers, het beveiligingsdoel van een dwangopname. Ten tweede de bezorgdheid om de gezondheid en het welzijn van cliënten, het humanitaire doel van een dwangopname. Mede door deze maatschappelijke druk is het opnamebeleid van de GGZ veranderd en wordt er eerder overgegaan op een dwangopname (van Vree 2002).

In deze paragraaf zal Rotterdam als voorbeeld genomen worden om de historische ontwikkelingen met betrekking tot het sociaal culturele klimaat van de gedwongenopnamen weer te geven. Op deze manier wordt getracht om de 'drijvende' krachten van de stijging van het aantal dwangopnamen van de afgelopen jaren duidelijk te krijgen. De historie van de dwangopname in Rotterdam is als het ware op te delen in verschillende trends of periodes, te weten de bewaarpsychiatrie, de sociale psychiatrie na de oorlog, de antipsychiatrie, zorgvernieuwing en tenslotte de openbare geestelijke gezondheidszorg. Deze perioden zullen in onderstaand stuk achtereenvolgens besproken worden.

De bewaarpsychiatrie

In het verre verleden stond de bescherming en de veiligheid van de openbare orde centraal. De GGZ werd kort beschreven als: 'Vroeger kwam je het psychiatrisch ziekenhuis niet meer uit, tegenwoordig kom je er haast niet in' (Wierdsma 2006). Een vrijwillige psychiatrische opname was rond 1900 haast ondenkbaar. De inrichtingspsychiatrie was voor de overlastgevende en de armen. In die tijd was mantelzorg heel gewoon, patiënten die in de war waren werden verzorgd door de familie. Financieel beter gepositioneerde families lieten hun patiënt verplegen in 'zenuwsanatoria'. In 1909 werd aan de Oude Maas in Poortugaal het krankzinnigengesticht 'Maasoord' opgericht, dat het huidige psychiatrisch centrum 'Delta' zou worden. De zorg die toentertijd verleend werd, wordt in de studie van Wierdsma ook wel de 'bewaarpsychiatrie' genoemd (Wierdsma 2006). Genezen werden de patiënten in de 'bewaarpsychiatrie' niet, echter het bracht na 1900 wel een nieuwe methode om de patiënten te benaderen en bovendien continuïteit van zorg. Om de

patiënten zo 'normaal' mogelijk te kunnen laten deelnemen aan de maatschappij werd het wonen, werken en leven in de instelling aangepast. In het Maasoord werd een voor- en nazorgdienst opgericht van de gemeentelijke psychiatrische inrichting. Het doel hiervan was de preventie van psychiatrische opname door ambulante psychiatrische hulp en maatschappelijke ondersteuning. Bovendien werd de doorstroom vanuit de kliniek naar andere vormen van zorg verbeterd.

In het jaar 1926 werd in Rotterdam de Vereniging ter Behartiging van de Maatschappelijke Belangen voor Zenuw- en Zielszieken opgericht. De instelling had toezicht over eigen woonvoorzieningen of trad op als bemiddelaar bij het verkrijgen van woonruimte. Ook werd er aandacht besteedt aan werkverschaffing, arbeidsbemiddeling en financiële steun. De Rotterdamse GGD breidde sterk uit, wat ten gevolge had dat in 1983 verschillende taken samengebracht werden in de nieuwe 'Mentale afdeling'. Echter de betrokkenheid van de gezondheidsdienst bij de GGZ bleef beperkt. Tegelijkertijd steeg het aantal psychiatrische patiënten dat door de gemeente Rotterdam in de instellingen werd verpleegd aanzienlijk. Echter er werd nog steeds niet snel tot een gedwongen opname overgegaan. Nog altijd gold de Krankzinnigenwet van 1884, waar in 1994 verandering in zou komen.

De tweede periode, na de oorlog, werd gekenmerkt door de sociale psychiatrie. Behandeling en herstel van psychische stoornissen en zo ook het bevorderen van geestelijke volksgezondheid begon steeds meer centraal te staan. De GGZ begon zich uit te breiden tot buiten de psychiatrische klinieken. Echter capaciteitsproblemen leidden ertoe dat Maasoord na de oorlog niet meer werd beschouwd als 'voorbeeldorganisatie' die het eerder voor Nederland was. Door onder andere personeelstekort was de opnamecapaciteit sterk verminderd. Hierdoor moesten veel patiënten in andere inrichtingen ver weg van Rotterdam worden opgenomen. Uiteindelijk werd er zelfs een noodbeddenregeling getroffen. Patiënten die niet konden worden opgenomen in Maasoord konden voor één nacht in een van de cellen van het Gemeentelijk Tehuis voor Ouden den Dagen verblijven. (jaarverslag GG & Gd Rotterdam, 1949). Ook ging tijdens de wederopbouw de overheid een sterkere rol spelen. De openbare gezondheid werd gezien als 'een maatschappelijk handelen met geneeskundige doeleinden' (Wierdsma 2006).

In 1951 werd besloten de 'Mentale afdeling' anders te gaan inrichten en bovendien te laten integreren met de Voor- en Nazorgdienst van Maasoord. Maasoord werd opgesplitst in een kliniek en ambulante zorg. De psychiatrische kliniek droeg vanaf toen de naam 'Deltaziekenhuis'. De nieuwe afdeling die ontstond, Afdeling Sociale Psychiatrie en Geestelijke Hygiëne (SP&GH), hield stand tot begin jaren tachtig. Het vertrouwen in de GGZ nam midden jaren vijftig toe, toen de psychofarmaca werden geïntroduceerd. De kans op een geslaagde behandeling nam hierdoor aanzienlijk toe. Verdere uitbreiding van de GGZ voorzieningen kon beginnen. Rond 1960 bereikte het geloof in de behandeling van psychische problemen de top (Wierdsma 2006). Echter uit de GGD-jaarverslagen bleek dat de stijging van het aantal IBS-en na de oorlog vooral te maken had met de repatriëring en emigratie in plaats van met de veranderde kijk op de psychiatrische zorg. Er vertrokken ruim 110.000 Nederlandse dienstplichtige militairen naar Indonesië in de jaren 1946-1949, de meeste vanuit de haven van Rotterdam (Wierdsma 2006). In die tijd was de helft van het aantal IBS-en in Rotterdam voor militairen en burgers. Toen in 1949 de soevereiniteitsoverdracht getekend was, steeg het aantal IBS-en tot 134. Het opvolgende jaar liep dit weer terug tot 68. Na de Tweede Wereldoorlog werd Nederland een emigratieland. Wanneer de emigratie fout ging werden de mensen op een boot gezet en in Rotterdam weer opgevangen. Vervolgens brak er rond de jaren zestig en zeventig weer een nieuwe periode aan, namelijk die van de antipsychiatrie. Er ontstonden patiëntenorganisaties die streefden naar de sluiting van psychiatrische ziekenhuizen en wijziging van de Krankzinnigenwet. Deze zou namelijk het toepassen van dwang en drangmaatregelen te zeer vergemakkelijken. Er ontstond steeds meer kritiek op de gedwongen opname, bepaalde behandelingen (bijvoorbeeld Elektroschock therapie) en op de isoleercellen. Er begon een einde te komen aan de grote toename van het aantal IBS-en van na de oorlog. Niet alleen veranderde de visie op de GGZ, ook de wet werd in twijfel getrokken. In 1972 besloot de regering tot een tussentijdse wijziging van de Krankzinnigenwet. Dit resulteerde in de latere Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen, de Wet Bopz. De veranderingen hielden onder andere het volgende in:

- De burgermeester werd verplicht een psychiater te vragen de toestand van de geestelijke gezondheid van een patiënt te onderzoeken. Voor die tijd bestond alleen de mogelijkheid tot raadpleging van een psychiater.
- De burgermeester werd tevens verplicht binnen een dag de officier van justitie op de hoogte te stellen van de IBS en de geneeskundige verklaring.

- De officier van justitie werd verplicht de president van de rechtbank op de hoogte te stellen.
- Om te beoordelen of de patiënt langer gedwongen opgenomen moest blijven, diende de rechter zich voortaan bij de patiënt zelf op de hoogte te stellen van diens toestand.

In de jaren tachtig en negentig werd de zorg vernieuwd en vond er tevens een wetwijziging plaats. Ondanks de veranderende blik op dwangbehandeling in de GGZ nam het aantal IBS-en na 1975 aanzienlijk toe. In 1977 werd zelfs een nieuwe top bereikt van 325 dwangopnamen in Rotterdam. Vervolgens daalde het aantal IBS-en in tegenstelling tot de rest van Nederland, waar begin jaren tachtig een stijging van bijna 20% te zien was. Er zijn twee factoren die dit verschil kunnen verklaren: ten eerste de vernieuwing van de zorg waardoor er meer en betere hulp verleend kon worden, ten tweede de jurisprudentie en visiediscussie. Hierdoor werd de rechtspositie van de patiënt verbeterd. Er werden verscheidene knelpunten in de regio Rotterdam bekend. Zo was onder andere nogal wat mis met de APZ-accommodatie. Deze zou zijn verouderd, en niet goed toegankelijk zijn. Ook ontbrak er het nodige aan zorgvoorzieningen. Ook hadden patiënten weinig tot geen inbreng in de GGZ en ontbrak onderlinge communicatie en coördinatie tussen GGZ-instellingen. Uiteindelijk kwamen na 1980 op diverse vlakken verbeteringen. Verschillende ambulante zorginstellingen werden met de Afdeling SP&GH verspreid over drie Riagg's in Rotterdam. Ook werd de beschikbaarheid van Beschermende Woonvormen uitgebreid en bovendien werd de verhuizing van het psychiatrische ziekenhuis Bavo van Noordwijkerhout naar Rotterdam voorbereid. De tweede factor die de stijging en daling van het aantal IBS'en rond 1980 veroorzaakte was de nieuwe jurisprudentie. Dit kwam tot uiting in wijzigingen van de procedure bij de uitvoering van gedwongen opnamen.

Rond de eeuw wisseling werd de gezondheidszorg in toenemende mate openbaar. Toen in 1994 de Wet Bopz uiteindelijk de Krankzinnigenwet ging opvolgen werd verwacht dat er minder mensen onvrijwillig zouden worden opgenomen in psychiatrische ziekenhuizen. Dit vanwege het zogenaamde 'gevaarscriterium' dat het minder strenge 'bestwilcriterium' zou vervangen. Een patiënt kan nu alleen tegen zijn wil worden opgenomen wanneer er sprake is van gevaar voor zichzelf of voor de omgeving. Het liep echter niet zoals verwacht en het aantal IBS-en nam met de invoering van de nieuwe Wet Bopz juist enorm toe (Nijman 1999). Uiteindelijk waren het er 547 in 2005

(Wierdsma 2006).

De verklaring van de stijging van het aantal onvrijwillige opnamen kan ook worden gezocht in een daadwerkelijke verandering van de patiëntenpopulatie. Naar aanleiding van de toename van het aantal psychiatrische dwangopnamen en het tekort aan plaatsen in de terbeschikkingstelling (tbs)-klinieken en gevangenissen stelden Janssen en Steketee (1996) de vraag of de samenleving mogelijk steeds 'gekker en criminel' werd. Een goed onderbouwd antwoord op deze vraag is nauwelijks te geven. De indruk bestaat echter dat sneller tot dwangopname wordt overgegaan onder invloed van een steeds verder voortschrijdende individualisering en een verminderde tolerantie van afwijkend gedrag in de maatschappij (Nijman 1999).

Hypothese: Er wordt sneller tot dwangopname overgegaan onder invloed van een steeds verder voortschrijdende individualisering en een verminderde tolerantie van afwijkend gedrag in de maatschappij.

3.5 Technologische ontwikkelingen

De technologische ontwikkelingen betreffen in belangrijke mate de vakinhoudelijke ontwikkelingen binnen de GGZ, met andere woorden de verbetering van de diagnostiek en de effectiviteit van behandelingen. Steeds meer komt de nadruk te liggen op het meten en het registreren van de effecten van de behandelingen. Instellingen voor geestelijke gezondheidszorg zijn recent verplicht in hun jaarverantwoording cijfers te vermelden over landelijk vastgestelde prestatie indicatoren op inhoudelijk gebied. In het kader van de kwaliteitsontwikkeling verbetert de systematiek in de inhoud, beschrijving en de registratie van behandelingen zodat dergelijke metingen ook beter mogelijk zijn. Zeven instellingen voor geestelijke gezondheidszorg hebben zich verenigd in een systematische meting van resultaten (Routine Outcome Monitoring). Binnen de sector worden behandelrichtlijnen ontwikkeld voor de diagnostiek en behandeling van verschillende psychiatrische ziektebeelden.

Een ander aspect van de verbetering van behandeling zijn de ontwikkelingen in de farmacotherapie op het gebied van verhoogde effectiviteit en veiligheid van

geneesmiddelen. Op dit gebied valt weliswaar nog belangrijke terreinwinst te boeken. Echter kan er niet ontkend worden dat in vergelijking met tientallen jaren geleden er belangrijke vorderingen zijn geboekt op het gebied van de farmacogenetica (kennis betreffende interactie tussen en metabolisme van geneesmiddelen waardoor medicamenteuze behandelingen beter kunnen worden afgestemd op de individuele patiënt).

Tenslotte worden er steeds stringenter eisen gesteld aan de scholing en deskundigheid van het personeel waarmee zal worden bereikt dat steeds beter gekwalificeerd personeel zich met de behandeling zal gaan bezighouden.

Met het verhogen van de kwaliteit en effectiviteit van behandelingen mag worden verwacht dat hiermee een vermindering van het aantal dwangopnamen en dwangbehandelingen zal gaan aftekenen op overzienbare termijn.

Hypothese: Zowel de kwaliteit als de effectiviteit van de behandelingen zal binnen overzienbare termijn verhoogd worden waardoor het aantal dwangbehandelingen en dwangopnames zal afnemen.

3.6 Demografische ontwikkelingen

Verwacht wordt dat demografische factoren een grote rol spelen bij de toename van het aantal dwangopnames. Het is daarom van belang om te weten hoe de bevolkingsopbouw zich de afgelopen jaren heeft ontwikkeld en hoe het zich de komende jaren zal gaan ontwikkelen. Er zullen daarom niet alleen gegevens van de bevolkingsopbouw van de afgelopen jaren worden gegeven, maar ook prognoses van de bevolking van de Regio Rotterdam en Nederland in het geheel voor de komende twaalf jaar.

Er zal begonnen worden met een overzicht worden van de bevolkingsopbouw van de Regio Rotterdam, waarna de bevolkingsopbouw van Nederland in het geheel behandeld zal worden.

3.6.1 Regio Rotterdam

Geslacht

In onderstaande tabel (3.6.1) is per sexe te zien hoe de bevolking van de Regio Rotterdam zich heeft ontwikkeld tussen 2000 en 2007. Hierbij zijn de volgende gemeenten ingesloten: Albrandswaard, Barendrecht, Bernisse, Brielle, Capelle aan den IJssel, Dirksland, Goedereede, Hellevoetsluis, Krimpen aan den IJssel, Lansingerland, Maassluis, Middelharnis, Ostflakkee, Ridderkerk, Rotterdam, Rozenburg, Spijkenisse, Schiedam, Vlaardingen en Westvoorne.

Te zien is dat het aantal mannen is toegenomen van 571.462 in 2000 naar 581.278 in 2007. Het aantal vrouwen is gestegen van 591.743 in 2000 naar 603.770 in 2007. De totale bevolking van Rotterdam is toegenomen van 1.163.205 in 2000 naar 1.185.048 in 2007 wat een stijging inhoudt van 21.843 personen.

Tabel 3.6.1 Regio Rotterdam bevolkingsopbouw naar geslacht in de periode 2000-2007. (Bron: CBS)

	2000	2007
Mannen	571462	581278
Vrouwen	591743	603770
Totaal	1163205	1185048

Leeftijd

In tabel 3.6.2 (zie bijlage 2) is te zien hoe de Rotterdamse bevolking zich tussen 2000 en 2007 heeft ontwikkeld naar leeftijdscategorie. Te zien is dat de grootste toename heeft plaatsgevonden in de leeftijdscategorie van 20 tot 65 jaar. Het aantal personen nam hier toe van 718.879 in 2000 naar 734.446 in 2007, een stijging van 15.567. Verder nam de leeftijdscategorie van 0 tot 20 jaar toe met 3.398 van 276.549 in 2000 naar 279.947 in 2007.

Ook in de leeftijdscategorie van 65 jaar en ouder is een toename te zien. Hier nam het aantal met 2.878 personen toe naar 1706.55 in 2007.

Bevolkingsgroepen

In tabel 3.6.3 (zie bijlage 2) is te zien dat tussen 2000 en 2007 in de Regio Rotterdam het totale aantal allochtonen is gestegen en het aantal autochtonen is afgenomen. De grootste stijging is te zien onder het aantal niet-westerse allochtonen welke met 46.621 personen is gestegen. Het aantal westerse allochtonen steeg tussen 2000 en 2007 met 3.184 personen.

In totaal is het aantal allochtonen toegenomen van 336.077 in 2000 naar 385.882 in 2007, een stijging van 49.805 personen. Het aantal autochtonen is met 27.962 personen afgenomen van 827.128 in 2000 naar 799.166 in 2007.

Regio Rotterdam, verwachte bevolkingsontwikkeling tussen 2005 en 2020

In onderstaande tabel (3.6.4) is te zien hoe verwacht wordt dat de bevolking van de Regio Rotterdam zich tussen 2005 en 2020 zal gaan ontwikkelen naar geslacht en leeftijdscategorie. Zoals te zien in de tabel zal naar verwachting zowel het aantal mannen als het aantal vrouwen toenemen tussen 2005 en 2020. Het aantal mannen zal toenemen van 581.278 naar 593.021, een toename van 11.743. Verwacht wordt dat het aantal vrouwen zal toenemen met 17.329 van 603.770 naar 621.099. Echter de toename bij zowel de mannen als bij de vrouwen is vooral te zien in de leeftijdscategorie van 65 jaar en ouder wat kan betekenen dat de vergrijzing zal toenemen. Het aantal mannen van 65 jaar en ouder zal naar verwachting met 24.828 personen toenemen. Het aantal ouderen vrouwen met 18.969 personen.

Tabel 3.6.4 Rotterdam bevolkingsopbouw naar leeftijdscategorie en geslacht 2005-2020 (Bron: CBS)

	Bevolking Man '05	Bevolking Vrouw '05	Bevolking Man '20	Bevolking Vrouw '20
0-20	143317	136630	136082	130258
20-65	366773	367673	360923	372405
65>	71188	99467	96016	118436
Totaal	581278	603770	593021	621099

3.6.2 Nederland

Geslacht

In tabel 3.6.5 is te zien hoe de bevolking naar geslacht zich heeft ontwikkeld tussen 2000 en 2007. Te zien is dat zowel het aantal mannen als het aantal vrouwen is toegenomen. Het aantal mannen nam toe van 7.846.317 in 2000 naar 8.088.514 in 2007, een stijging van 242.197 mannen. Het aantal vrouwen is met iets meer gestegen van 8.017.633 in 2000 naar 8.269.478 in 2007, een stijging van 251.845 vrouwen. De totale bevolking is met 494.042 personen toegenomen van 15.863.950 in 2000 tot 16.357.992 in 2007.

Tabel 3.6.5 Nederland Bevolkingsopbouw naar geslacht in de periode 2000-2007. (Bron:CBS)

Nederland	2000	2007
Mannen	7846317	8088514
Vrouwen	8017633	8269478
Totaal	15863950	16357992

Leeftijd

In tabel 3.6.6 (zie bijlage 2) wordt de leeftijdsopbouw van de bevolking van Nederland tussen 2000 en 2007 weergegeven. In Nederland is in alle leeftijdscategorieën een toename te zien. Deze toename is, anders dan bij de Regio Rotterdam, het grootst in de categorie van 60 jaar en ouder. In deze categorie steeg het aantal met 416.996 personen van 2.875.894 in 2000 naar 3.292.890 in 2007. Daarnaast is ook het aantal personen van 0 tot 20 jaar sterk gestegen van 2.284.827 in 2000 naar 2.499.926 in 2007, een stijging van 215.099 personen. In de leeftijdscategorie van 20 tot 65 jaar is de kleinste toename te zien. Dit is opvallend aangezien in deze leeftijdscategorie in de Regio Rotterdam de grootste stijging te zien is. In Nederland in het geheel nam het aantal personen in deze categorie toe van 7.193.778 in 2000 naar 7.286.233 in 2007, een stijging van 92.455 personen.

De totale bevolking is tussen 2000 en 2007 toegenomen met 493.993 van 15.863.999 naar 16.357.992 personen.

Bevolkingsgroepen

In tabel 3.6.7 (zie bijlage 2) is te zien dat tussen 2000 en 2007 zowel het aantal autochtonen als het aantal allochtonen is toegenomen. Echter niet in dezelfde mate. Het aantal autochtonen steeg met 98938 personen van 13088648 in 2000 naar 13187586 in 2007. Het totaal aantal allochtonen steeg met 395104 personen van 2775302 in 2000 naar 3170406 in 2007.

Verder is de grootste stijging te zien onder de Marokkaanse bevolkingsgroep welke toenam van 262221 in 2000 naar 329493 in 2007, en de Turkse bevolkingsgroep die toenam van 308890 in 2000 naar 368600 in 2007.

Verwachte bevolkingsontwikkeling tussen 2005 en 2020

In tabel 2.6.8 is te zien hoe naar verwachting de bevolking van Nederland zich tussen 2005 en 2020 zal gaan ontwikkelen naar geslacht en leeftijdscategorie.

Zoals te zien in de tabel wordt verwacht dat zowel het aantal mannen als het aantal vrouwen zal toenemen. Het aantal mannen zal naar verwachting toenemen van 8.065.979 in 2005 naar 8.289.008 in 2020 wat een toename van 223.029 mannen inhoudt. Verwacht wordt dat het aantal vrouwen zal toenemen van 8.239.547 in 2005 naar 8.458.893 vrouwen in 2020 wat een toename van 219.346 vrouwen betreft. Echter de toename bij zowel de mannen als bij de vrouwen is alleen te zien in de leeftijdscategorie van 65 jaar en ouder wat betekent dat de vergrijzing de komende jaren zal toenemen. Het aantal mannen van 65 jaar en ouder neemt met 518.304 personen toe. Het aantal vrouwen van 65 jaar en ouder met 416.718 personen.

Tabel 3.6.8 Nederland bevolkingsopbouw naar leeftijdscategorie en geslacht 2005-2020 (Bron: CBS)

	Bevolking Man '05	Bevolking Vrouw '05	Bevolking Man '20	Bevolking Vrouw '20
0-20	2137539	2042157	1986198	1897467
20-65	5036300	4948013	4892366	4895331
65>	892140	1249377	1410444	1666095
Totaal	8065979	8239547	8289008	8458893

Hypothese: Zowel in de Regio Rotterdam als in Nederland in zijn geheel zal het aantal mannen, het aantal personen van niet-westerse afkomst en het aantal ouderen (65 jaar en ouder) toenemen.

3.7 Epidemiologische ontwikkelingen

Voordat de epidemiologische ontwikkelingen worden besproken zal eerst duidelijk gemaakt worden wat er precies met de epidemiologie van de spoedeisende psychiatrie wordt bedoeld. In dit stuk wordt spoedeisende psychiatrie als volgt gedefinieerd; 'Spoedeisende psychiatrie heeft betrekking op die activiteiten voor patiënten die binnen 24 uur na aanmelding dienen te geschieden'. Hiermee worden dus voornamelijk de activiteiten en patiënten bij de crisisdiensten en acute opnameafdelingen bedoeld (Mulder 2005). De belangrijkste epidemiologische ontwikkelingen die mogelijk hebben bijgedragen aan de toename van het aantal gedwongen opnames zijn het veranderend middelen gebruik en het beloop van de aandoeningen met acute crises.

3.7.1 Veranderend middelen gebruik

De laatste jaren is er een verschuiving te zien in het middelengebruik van heroïne naar stimulantia, cocaïne en amfetamine. Stimulantia zoals cocaïne en amfetamine hebben als complicatie dat ze een acute heftige psychose kunnen veroorzaken. Doordat deze middelen steeds meer gebruikt worden, en het aantal mensen met een psychose daarmee toeneemt, komen er meer mensen in aanmerking voor een gedwongen opname. Daarnaast blijkt dat voor jongeren die met cannabis gebruik op jongere leeftijd zijn begonnen een verhoogd risico hebben op schizofrenie in de vroege volwassenheid (van de Wetering, persoonlijke communicatie).

3.7.2 Beloop van de aandoening

Het beloop van de aandoening speelt eveneens een rol. Patiënten die gedwongen worden opgenomen kampen vaak met een chronische aandoening. Dat wil zeggen dat deze mensen langdurige zorg nodig hebben.

3.8 Overzicht ontwikkelingen

In onderstaande tabel wordt een overzicht gegeven van de ontwikkelingen die besproken zijn in de Mepsted-analyse.

tabel 3.7.7 Overzicht ontwikkelingen Mepsted-analyse

Mepsted- analyse	Ontwikkelingen
Maatschappelijke ontwikkelingen	<ul style="list-style-type: none"> • Verminderde maatschappelijke participatie patiënten/ uitsluiting • Voorzieningen voor langdurig verblijf
Economische ontwikkelingen	<ul style="list-style-type: none"> • Extra inzet van middelen • Veranderde financiering
Politieke ontwikkelingen	<ul style="list-style-type: none"> • Veranderde wetgeving (verruiming van de Wet Bopz) • Meer aandacht voor veiligheid
Sociaal culturele ontwikkelingen	<ul style="list-style-type: none"> • Modern paternalisme • Verminderde tolerantie • Individualisering
Technologische ontwikkelingen	<ul style="list-style-type: none"> • Nieuwe behandelingen • Kwaliteitsontwikkelingen in de systematiek
Demografische ontwikkelingen	<ul style="list-style-type: none"> • Vergrijzing • Toename aantal mannen • Toename aantal niet-westerse allochtonen
Epidemiologische ontwikkelingen	<ul style="list-style-type: none"> • Veranderend middelen gebruik • Beloop van de aandoening

Hoofdstuk 4. Expert opinies

Voorgaande ontwikkelingen zijn nader bekeken om er mogelijke assen voor een matrix voor de bouw van scenario's van te maken. Alvorens deze assen zijn bepaald zijn de opinies van verschillende experts op het gebied van gedwongen opname betrokken. Om een goed beeld te krijgen zijn er mensen met zeer uiteenlopende functies binnen de geestelijke gezondheidszorg benaderd. Uiteindelijk zijn de respondenten in 4 groepen onderverdeeld, te weten; 6 psychiaters, 1 jurist, 1 onderzoeker/socioloog, 4 mensen van de inspectie in de gezondheidszorg en 3 medewerkers van Het Basisberaad Rijnmond. Het Basisberaad Rijnmond is het platform in de regio Rijnmond dat opkomt voor de belangen van (ex-) cliënten van de geestelijke gezondheidszorg, maatschappelijke opvang en verslavingszorg, en anderen die daar op een of andere manier bij zijn betrokkenen (www.basisberaad.nl).

In totaal hebben er 15 experts meegewerkt aan de studie.

Door het stellen van vragen over de ontwikkelingen welke in de MEPSTED-analyse naar voren zijn gekomen werd het mogelijk om een afweging te maken tussen de ontwikkelingen waarvan vrijwel alle respondenten dachten dat zij zouden gaan gebeuren en de ontwikkelingen waarover nog veel onduidelijkheid bestaat. Ook werd het zo mogelijk om een beeld te schetsen over de heersende opvattingen onder de experts met betrekking tot de dwangopnames.

De volgende personen hebben meegewerkt aan de studie:

6 Psychiaters:

- Psychiater RIAGG (Rotterdam NW)
- Psychiater GGD (Rotterdam)
- Psychiater. Professor of Public Mental Health. O3 onderzoekscentrum, Erasmus MC (Rotterdam)
- Psychiater. Raad van Bestuur/ Geneesheer – Directeur Bouman GGZ (Rotterdam)
- Psychiater, Geneesheer-directeur, Bavo-groep (Rotterdam)
- Psychiater Parnassia-groep (Den-Haag)

1 Jurist:

- Jurist, Delta Psychiatrisch Centrum (Rotterdam)

3 Straatadvocaten (belangen behartigen van mensen die op straat leven).

- Het Basisberaad (Rotterdam)

4 medewerkers van de Inspectie van de Gezondheidszorg:

- Toezichtmedewerker Bopz (Rijswijk)
- Jurist Regio Zuid-West (Rijswijk)
- Inspecteur met aandachtsgebied Bopz
- Inspecteur met aandachtsgebied Bopz

1 Onderzoeker/socioloog:

- O3 onderzoekscentrum, Erasmus MC (Rotterdam)

De experts hebben vanuit verschillende invalshoeken met gedwongen opnamen te maken. Zo worden de psychiaters direct met de problematiek geconfronteerd. De medewerkers van het basisberaad en de straatjuristen worden op indirecte wijze vanuit cliëntenbelang geconfronteerd. Bekeken is of er een verband bestaat tussen de antwoorden die gegeven werden en het beroep dat de experts uitoefenen. De gegevens uit de vragenlijsten en interviews zijn daarom per topic maar ook per beroep geordend. Uit de antwoorden van de experts kwam naar voren dat de meeste problemen zich voordoen rond de Wet Bopz in relatie tot de demografische factoren. Op basis van die punten is er een verdeling gemaakt in drie categorieën, namelijk de Wet Bopz, de demografische factoren en het toekomstbeeld dat de experts hebben betreffende de ontwikkeling van gedwongen opnamen in de toekomst. De drie categorieën zullen achtereenvolgens kort worden besproken.

4.1 Wet Bopz

A. Heeft de invoering van de Wet Bopz bijgedragen aan de stijging van het aantal dwangopnames?

Psychiaters:

Vier van de zes psychiaters denken dat de invoering van de Wet Bopz wel aan de stijging van het aantal dwangopnames heeft bijgedragen. De reden die zij hiervoor geven is dat door de ruimere interpretatie van het gevaarscriterium meer ruimte is gekomen voor het bestwil criterium. Ook wordt als reden gegeven dat in de GGZ in engere zin tot de komst van de Wet Bopz patiënten die noch de nodige bereidheid noch bezwaar maakten tegen opname, 'vrijwillig' werden opgenomen. Bij de Wet Bopz was dat niet/veel minder mogelijk. Ook was het zo dat voor de komst van de Wet Bopz de patiënten die twijfelden, uiteindelijk vrijwillig werden opgenomen. Na de invoering echter, moesten de patiënten die twijfelden een IBS krijgen. Tevens werden in verpleeghuizen en instellingen voor verstandelijk gehandicapten tot de komst van de Wet Bopz nauwelijks mensen met een RM opgenomen: met de Wet Bopz moest dat veel vaker. Één psychiater is van mening dat de invoering van de Wet Bopz een beetje aan de stijging heeft bijgedragen, namelijk door het aanscherpen van de eisen van vrijwilligheid. Tenslotte is er slechts één psychiater die vermoedt dat de invoering van de Wet Bopz helemaal niet aan de stijging van het aantal dwangopnames heeft bijgedragen.

Comment [PC1]: Wat bedoel je hiermee?

Jurist:

De jurist is van mening dat de Wet Bopz op zich niet heeft bijgedragen aan de stijging van het aantal gedwongen opnames. De expert antwoordde het volgende; 'Wetgeving staat nooit op zichzelf en - is altijd een antwoord of tenminste een poging daartoe, op een maatschappelijk probleem. Zo zijn ook in de loop van de tijd de verschillende soorten machtigingen tot stand gekomen (zelfbinding, voorwaardelijke machtiging, observatiemachtiging en dergelijke). De Wet Bopz is ten opzichte van de Krankzinnigenwet een ander type wet, omdat daarin de behandeling en zelfs dwangbehandeling expliciet een plaats kreeg, terwijl de Krankzinnigenwet uitsluitend over dwangopname ging.

IGZ:

De medewerkers van de IGZ gaven aan dat naar hun mening de Wet Bopz nauwelijks aan de stijging heeft bijgedragen. Zo antwoordde een van de respondenten kort en krachtig: 'De stijging was al gaande vanaf 1990, de inwerkingtreding van de Wet Bopz echter pas in 1994'.

Basisberaad:

Twee experts van het Basisberaad zijn van mening dat de invoering van de Wet Bopz heeft bijgedragen aan het aantal gedwongen opnamen en wel om de reden dat er met de komst van de Wet Bopz duidelijkere criteria zijn om mensen op te nemen. 'Het is volgens een expert sinds de komst van de Wet Bopz makkelijker voor een patiënt om geen behandeling of opname te krijgen als hij of zij niet wil. Gedwongen opnamen is dan de enige mogelijkheid om toch nog de benodigde zorg te kunnen bieden.

Één expert van het Basisberaad antwoordde echter ; 'Niet de Wet Bopz, maar de veranderende omstandigheden en de jurisprudentie hebben bijgedragen aan de stijging van het aantal gedwongen opnamen.'

Onderzoeker/socioloog:

De onderzoeker gaf aan dat niet de invoering van de Wet Bopz op zich, maar de nadruk uit onder andere de 4 grote steden en de brochure van de inspectie waarop de nadruk wordt gelegd op ruimhartige interpretatie van het gevaarscriteriums, bijdragen aan de stijging van het aantal dwangopnames.

B. Zal de komende jaren de wet BOPZ vervangen worden door een behandelwet en wat zullen de gevolgen hiervan zijn op het aantal gedwongen opnamen?

Psychiaters:

Vijf psychiaters zijn van mening dat de behandelwet er komt; 'Toezegging en plannen zijn er al.' Twee psychiaters van dit vijftal denken dat het aantal dwangopnames zal blijven stijgen ondanks de komst van de behandelwet. Zo zei één van de experts; 'Het aantal dwangopnames zal mogelijk toenemen omdat met de behandelwet meer perspectief komt voor de behandelaars.' Twee andere psychiaters van deze vijf dachten dat er een redelijke kans bestaat dat het aantal dwangopnames zal gaan dalen, omdat de behandelwet ambulante dwangbehandeling mogelijk maakt. Ook werd als reden gegeven dat er door de behandelwet beter toezicht is op de uitvoering van de ambulante machtigingen waardoor de noodzaak tot dwangopname zal verminderen.

Één psychiater was erg sceptisch en antwoordde: 'Ze zeggen het (derde evaluatiecommissie BOPZ en minister Hirsch Ballin in de eerste kamer – en wel voor 2011!) maar ik moet het nog zien. Bij de Wet Bopz heeft het ongeveer 25 jaar geduurd..Alleen de contouren behandelwet zijn beschreven dus het kan nog alle kanten op; persoonlijk ben ik van mening dat er bij opneming altijd een rechterlijke toets zal zijn dus dat zal het verschil niet zijn. De mate waarin behandelbehoefte bij gebleken wilsonbekwaamheid een grond kan zijn voor een gedwongen opneming is een veel spannender discussie. Als die het, op de een of andere manier, haalt zijn we terug bij bestwilprincipe en dat kan een forse toename tot gevolg hebben.'

Jurist:

De jurist denkt wel dat er een behandelwet komt, maar dit zou dan wel nog enige tijd gaan duren. De expert gaf het volgende antwoord; 'Ik zie geen effect op het aantal dwangopnames ten gevolg van de nieuwe wet. Dat is ook niet het doel van de behandelwet; die wil meer behándelen en dat is gewoon het volgen van een trend'. Ik ben niet optimistisch dat er de komende jaren al een behandelwet zal komen. Het is echt ingewikkelde materie om in een wet vast te leggen. Dat is overigens ook niet de uitkomst van de laatste evaluatie. Die zegt dat met de Wet Bopz goed te leven valt, maar dat die niet toekomstbestendig is. Het optimisme van Hirsch Ballin in de Eerste Kamer is intussen aardig ingedamd. Er is tenminste al een flinke vertraging in de uitvoering van een en ander opgetreden.'

Basisberaad:

Twee respondenten van het basisberaad dachten dat de behandelwet er zou komen. Één van de 2 respondenten dacht dat dwangbehandeling vaker toegepast zal worden in combinatie met dwangopnames, die volgens de respondenten ook zouden blijven toenemen. De andere respondent dacht het aantal dwangopnames in eerste instantie zouden blijven stijgen, maar na verloop van tijd zou verminderen omdat mensen dan daadwerkelijk bijvoorbeeld medicatie en therapie hebben gekregen in plaats van zoals nu bij een gedwongen opname slechts 'opgesloten' mogen worden. De andere respondent was nogal twijfelachtig en antwoordde; 'Hopelijk komt die behandelwet er, dan moeten mensen tijdens hun opname ook behandeld worden in plaats van alleen te worden opgenomen.'

IGZ:

De medewerkers van de IGZ gaven aan dat zij dachten dat de behandelwet er zou komen omdat er een wetsvoorstel in de maak is met als werktitel: Wet op onvrijwillige zorg. Deze wet zal zowel gedwongen behandeling als gedwongen opname regelen. De gevolgen voor het aantal dwangopnames is volgens de experts van de IGZ moeilijk te voorspellen. Het aantal dwangopnames is niet alleen het gevolg van de wetgeving, maar van allerlei maatschappelijke factoren en ook nog eens in samenhang met elkaar, alsmede van de kwaliteit van de vrijwillige zorg en de bemoeizorg

Onderzoeker/socioloog:

De onderzoeker was twijfelachtig over het idee of er een behandelwet zou komen, maar als die er zou komen zou dat nog enkele jaren duren, aldus de expert. Er werd nog geen uitspraak gedaan over het mogelijke effect daarvan op het aantal gedwongen opnames.

C: Hangt de stijging van het aantal gedwongen opnames samen met de uitbreiding van de mogelijkheden om iemand gedwongen op te nemen (bredere toepassing van de gevaarscriteria)?

Psychiaters:

Vier psychiaters zijn van mening dat het aantal gedwongen opnames samenhangt met de uitbreiding van de mogelijkheden om iemand gedwongen op te nemen. Het gevaarscriterium wordt namelijk ruimer geïnterpreteerd waardoor er meer ruimte is voor het bestwilcriterium. De drempel voor opname wordt uitgebreid.

Één andere psychiater antwoordde dat de stijging samenhangt met meerdere factoren. Zo heeft onder andere het preciezer kijken naar maatschappelijke teloorgang en zelfverwaarlozing via ACT-teams, lokale zorgnetwerken en andere signaleringspraktijken van kwetsbare mensen uiteraard gevolgen voor het aantal RM-en. 'Wat niet weet wat niet deert achter de geraniums. Onderzoek naar lokale netwerken liet ook zien dat wijken met een netwerk meer IBS-en genereerden dan wijken zonder netwerk.'

Tenslotte gaf één expert aan dat de uitbreiding van de mogelijkheden om iemand gedwongen op te nemen niet naar zijn mening niet bijdraagt aan de stijging van het aantal dwangopnames.

Juristen:

Volgens de jurist is het zeker zo dat de uitbreiding van de gevaarscriteria bijdraagt aan de stijging van het aantal gedwongen opnames. Volgens de expert komt de verwachting van het behandelen daarbij. 'Je ziet nog steeds dat de verwachting dat iemand wel of niet behandeld kan worden een rol speelt bij de psychiaters die een geneeskundige verklaring moeten opmaken. Daar wordt uiteraard niet naar gevraagd, maar psychiaters zien natuurlijk ook het beeld van volle psychiatrische instellingen met patiënten die niets willen of met wie niets kan'.

Basisberaad:

Twee medewerkers van het basisberaad denken dat de stijging inderdaad samenhangt met de uitbreiding van de mogelijkheden om iemand gedwongen op te nemen.

Echter één expert van de het Basisberaad denkt van niet. Wel denkt de expert dat door meer hulpverlening en andere criteria en normen 'gekke' mensen eerder opvallen en er minder tolerantie hiervoor is.

IGZ:

De medewerkers van de IGZ antwoordden het volgende op de vraag of de uitgebreidere gevaarscriteria bijdragen aan de stijging van het aantal gedwongen opnames: 'Niet echt, misschien enigszins door de explicitering van het gevaarscriterium van artikel 1 lid 1 onder f de motie Dittrich. Deze explicitering wordt door sommigen geïnterpreteerd als bredere uitleg van het gevaarscriterium.'

Onderzoeker/socioloog:

De onderzoeker was van mening dat de stijging wel degelijk samenhangt met de uitbereiding van de criteria om iemand gedwongen op te nemen.

4.2 Demografische factoren

A: Is het toegenomen aantal dwangopnames toe te schrijven aan het toegenomen aantal allochtonen in Nederland?

Psychiaters:

Vier psychiaters denken dat de invloed van de allochtonen gering is en ook niet van betekenis zal blijven. Twee psychiaters denken dat dit wel het geval is, omdat allochtone jonge mannen een fors grotere kans hebben op een IBS dan gemiddeld (onbekendheid met culturele aspecten bij diagnostiek lijkt een rol te spelen, ze hebben een grotere kans om psychotisch te worden en de meerderheid van het aantal mensen met een psychotische stoornis is allochtoon).

Jurist:

Ook de jurist denkt dat het toegenomen aantal gedwongen opnames niet is toe te schrijven aan het toegenomen aantal allochtonen in ons land. De expert antwoordde dat er haast gezegd kunnen worden dat naarmate de allochtonen meer integreren zij ook meer kans hebben met de BOPZ te maken te krijgen. 'Ik vergelijk het met de verhoudingen tussen stad en platteland in Nederland in de vorige eeuw(en). Toen zag men praktisch geen dwangopnames uit rurale gebieden. En hoe kwam dat: de familie zorgde langer voor de patiënt en men zat niet zo op elkaars lip dat men snel hinder ondervond van iemand die wat vreemd deed. In Zeeland en op de Zuid-Hollandse eilanden heeft men de GGZ ontdekt na de watersnoodramp van 1953 en de ontsluiting van die gebieden door de Deltawerken'.

Basisberaad

Twee medewerkers van het basisberaad denken dat er wel een verband bestaat tussen het toegenomen aantal allochtonen en de stijging van het aantal dwangopnames. De experts antwoordde; 'Het is algemeen bekend dat er onder mensen uit bijvoorbeeld oorlogsgebieden een hoger aantal mensen is met psychiatrische problemen en dat emigreren stressvol is.' Een ander van deze twee zei; 'Ik geloof dat het niet de enige reden is maar wel meespeelt: allochtonen en illegalen hebben het vaak moeilijk zich maatschappelijk te handhaven in onze maatschappij en cultuur.'

Één expert was hier niet mee eens en denkt dat de stijging van het aantal gedwongen opname eerder door veroorzaakt wordt door het gebrek van de hulpverlening om adequaat te reageren op mensen die afwijken van de standaardnorm. De dwangopnames waren volgens de expert hoe dan ook toegenomen.

IGZ:

De experts van de IGZ denken wel dat er een verband bestaat tussen het toegenomen aantal allochtonen in ons land en de stijging van het aantal gedwongen opnames. 'Wat het aandeel is van die groep is overigens nog niet bekend.'

Onderzoeker:

De onderzoeker antwoordde dat het aandeel van de allochtonen dat bijdraagt aan de stijging van het aantal dwangopnames beperkt is en dat de toename ook aanzienlijk zou zijn geweest wanneer de allochtonen geen rol speelden.

B: De samenleving wordt niet steeds 'gekker', er komen slechts meer mensen in de marge van de samenleving waardoor sociale alternatieven beperkt worden.

Psychiaters:

Vijf psychiaters zijn van mening dat de bevolking niet steeds gekker wordt. Eén van de experts geeft kort en krachtig aan: 'De gekte wordt meer zichtbaar en de tolerantie voor afwijkingen neemt af'. Ook werd geantwoord: 'Procentueel neemt het aantal waarschijnlijk niet toe (aantal psychiatrische stoornissen bij x percentage van de bevolking) wel neemt de bevolking de afgelopen decennia toe waardoor het lijkt op een toename.'

Één psychiater is wel van mening dat er meer 'gekke' mensen in de bevolking voorkomen. De reden die hij hiervoor gaf was het veranderend drugsgebruik. Er wordt meer amfetamine en cocaïne gebruikt wat leidt tot meer dwangopnames.

Jurist:

De jurist antwoordde; 'Ik weet niet of het een kwestie is van gekker worden of een kwestie van onderkennen wat die gekte eigenlijk is. Wat zeker is dat de epidemiologische gegevens wel een toename laten zien. Nog niet zo lang geleden zouden vier op de tien mensen psychische problemen hebben. Dat is natuurlijk meer dan psychiatrie alleen, maar toch. Ik denk dat zo'n getal 50 jaar geleden ondenkbaar was.

Basisberaad:

Twee experts van het basisberaad zijn van mening dat er niet steeds meer 'gekke' mensen in de samenleving voorkomen en denken dat wat wij als 'gek' benoemen aan verandering onderhevig is en dat steeds meer sociale problemen als gevolg van intolerantie overgelaten worden aan hulpverleners. De andere expert van dit tweetal antwoordde: 'Nee ik denk niet dat de samenleving steeds gekker wordt, wel denk ik dat door meer hulpverlening en andere criteria/normen de 'gekke' mensen sneller opvallen en er minder tolerantie is.

Tenslotte antwoordde één expert een beetje twijfelachtig : 'Ik geloof wel dat het steeds moeilijker is voor sociaal kwetsbare mensen om zich te handhaven in onze steeds onpersoonlijker samenleving, waarin sociale banden niet meer vanzelfsprekend vangnet vormen'.

IGZ:

De medewerkers van de IGZ waren niet van mening dat de samenleving steeds gekker wordt. Zij antwoordde: 'De bevolking wordt niet steeds gekker, wat wel bijdraagt aan de stijging van het aantal dwangopnames is het algemeen opname beleid van de GGZ-instellingen: zo weinig mogelijk klinische opnames, zo kort mogelijke klinische opnames en zoveel mogelijk ambulante behandeling. Daardoor komt het vaker voor dat mensen die hulp nodig hebben en er om vragen, pas worden geholpen als de situatie is geëscaleerd. De vraag of het aantal mensen met een ernstige psychiatrische stoornis de laatste jaren is toegenomen, en bijvoorbeeld ook of er een toename is in aantal personen met een dubbele diagnose (met name verstandelijke beperking én psychische stoornis), zou door het RIVM onderzocht kunnen worden in een epidemiologisch onderzoek.'

Onderzoeker/socioloog:

De onderzoeker gaf het volgende antwoord: 'We worden niet steeds gekker, maar er komen steeds meer mensen in de marge van de samenleving waardoor sociale alternatieven beperkt worden'.

4.3 Toekomstperspectief

Psychiaters:

Vier psychiaters denken dat het aantal gedwongen opnames zal blijven stijgen. 'Er zijn tot nu toe geen neigingen op te merken om minder vaak IBS-en uit te schrijven.' Één expert van dit viertal dacht wel dat we na de stijging een plateaufase zullen zien. Hij noemde dat als een soort natuurwet.

Één psychiater gaf aan niet te weten wat er in de toekomst zal gaan gebeuren maar antwoordde ook; 'Door de oogharen beschouwd denk ik dat het aantal zich zal stabiliseren omdat er, behoudens eventuele nieuwe wetgeving, weinig ontwikkelingen van majeure aard te verwachten zijn die het aantal gedwongen opnames beïnvloed'. Één psychiater denkt dat het aantal dwangopnames in de toekomst zal gaan dalen.

Jurist:

De jurist antwoordde; 'Ik kan me niet voorstellen dat de stijging van het aantal gedwongen opnames in dezelfde lijn doorzet. Dat zal ook afhangen van het antwoord op de vraag of met het ouder worden de kans op een dwangopname groter wordt. Op dit moment lopen ongehuwde mannen van tussen de 40 en de 50 jaar de meeste kans om gedwongen (met een IBS) opgenomen te worden. Als hun aantal daalt zou dus ook het aantal dwangopnames moeten dalen. Maar als ouderen een groter kans lopen met het ouder worden, dan zal er tot 2030 onder die leeftijdsgroep een stijging zijn.

Ik verwacht ook nog wel een verbetering in de diagnostiek door onder andere beeldvormende technieken, dat zou kunnen betekenen dat de gehele psychiatrische ziektebeelden eerder als zodanig worden herkend en als die dan ook beter of met minder bijwerkingen kunnen worden behandeld, kan dat van invloed zijn op het aantal dwangopnames.'

IGZ:

Volgende de experts van de IGZ zal in eerste instantie dezelfde trend aanhouden, dus stijging van het aantal IBS-en en RM-en, inclusief aantal VWM-en. Reden die zij hiervoor geven: trend in het recente verleden en ongewijzigd beleid. Vervolgens (gewenste ontwikkeling van) stabilisatie en daling als gevolg van a. ongewijzigd beleid in GGZ-instellingen; b. meer zorg op gemeentelijk niveau voor mensen met psychiatrische klachten en c. nieuwe wettelijke regeling, die in plaats van opname vaker dwangbehandeling of drangbehandeling (huidige voorwaardelijke machtiging) mogelijk maakt.

Basisberaad

Twee van de experts van het basisberaad zijn van mening dat het aantal dwangopnames de komende jaren zal blijven stijgen. Wel zullen we volgens de experts minder het idee krijgen dat het een probleem is (er aan wennen). Tevens zal er een oplossing komen voor het capaciteitsprobleem door de ontwikkeling van de tweederangs GGZ, omdat sommige instellingen er mee om zullen gaan als 'gat in de markt'.

Één expert van het basisberaad dacht echter dat het aantal gedwongen opnames uiteindelijk zal gaan dalen, dit gevoed door optimistische hoop dat;

1. ; er betere zorg zal komen, en betere nazorg
2. ; meer inzicht in/respect voor de achtergrond voor allochtone groepen
3. ; in sommige gevallen dwangbehandeling bij dwangopname

Onderzoeker/socioloog:

Volgens de onderzoeker zal het aantal gedwongen opnames de komende jaren stabiliseren. 'Er zit een plafond in de opnamecapaciteit, en verschillende ontwikkelingen kunnen elkaar opheffen. Maar het blijft een gok.'

Overzicht expertgesprekken

In onderstaand overzicht wordt het bovenstaande nog eens weergegeven in een tabel.

Tabel 4.2 Ontwikkelingen en beoordeling van experts op kans en effect op het aantal dwangopnames.

Ontwikkeling	eens	oneens	Geen mening
Invoering Wet Bopz bijgedragen aan aantal dwangopnames	6	8	1
BOPZ zal vervangen worden door behandelwet	11	1	3
Stijging hangt samen met bredere toepassing van de Gevaarscriteria	8	6	1
Stijging hangt samen met het toegenomen aantal allochtonen in Nederland	8	7	-
Samenleving wordt niet 'gekker', er komen meer mensen in de marge	13	1	1
Stijging door toename aantal ouderen	6	4	5
Met toename aantal mannen zal dwangopnames toenemen (uit stellingen, vragenlijst)	6	3	6

Gezien bovenstaand schema kan gesteld worden dat de respondenten het eens zijn over de gedachte dat de Wet Bopz in de toekomst vervangen zal worden door een behandelwet. Ook zijn zij het eens over de gedachte dat er niet steeds meer 'gekke' mensen (mensen met een psychotische stoornis) in de samenleving voorkomen. Het meest onenigheid bestaat over of de invoering van de Wet Bopz op zich, de bredere toepassing van de gevaarscriteria en of het toegenomen aantal allochtonen heeft bijgedragen aan de stijging van het aantal dwangopnames. Tevens bestaat er

onienigheid over of de vergrijzing en het aantal mannen een rol speelt bij de ontwikkeling van het aantal gedwongen opname.

Concluderend lijkt het erop dat het meest onzekerheid bestaat over de volgende ontwikkelingen:

Stijging door:

- Invoering Wet Bopz
- Breder toepassing van de gevaarscriteria
- Toegenomen aantal allochtonen in Nederland
- Aantal ouderen (vergrijzing)
- Aantal mannen

Omdat er in deze scriptie slechts twee onzekere ontwikkelingen betrokken kunnen worden bij de uitwerking van de toekomstscenario's is er gekozen voor de het aantal ouderen (vergrijzing) en het aantal mannen. Over deze twee ontwikkelingen zijn de meningen van de experts namelijk het meest verdeeld. De vergrijzing en het aantal mannen zullen de assen van de scenario's vormen.

Hoofdstuk vijf. Uitwerking mogelijke scenario's

Uit voorgaand hoofdstuk zijn twee onzekere ontwikkelingen gekozen welke de assen vormen voor de scenario's, namelijk de verandering in de mate van vergrijzing en de verandering in de groei van het aantal mannen. Een combinatie van deze assen levert een assenstelsel op met vier kwadranten, wat betekent dat er vier scenario's gehanteerd zullen worden. Er zal steeds worden uitgegaan van een marge van 10%, wat acceptabel lijkt gezien de voorspellingen van de demografische factoren op dit moment redelijk accuraat zijn. De vier scenario's luiden als volgt:

Scenario 1: De groei van het aantal mannen en de vergrijzing nemen beide met 10% af.

Scenario 2: De groei van het aantal mannen neemt met 10% toe, de mate van vergrijzing neemt met 10% af.

Scenario 3: De groei van het aantal mannen neemt met 10% af, de mate van vergrijzing neemt met 10% toe.

Scenario 4: De groei van het aantal mannen neemt met 10% toe, evenals de mate van vergrijzing.

De beschrijving van de scenario's zijn geen vaststaande situaties over de toekomst, maar een beschrijving van mogelijke toekomstbeelden in scenario's over de mogelijke richtingen waarin de GGZ zich binnen nu en twaalf jaar beweegt. In de werkelijkheid zal een bepaalde combinatie van de verschillende scenario's ontstaan. De scenario's zullen steeds zowel op Rotterdam als op Nederland in zijn geheel toegepast worden.

Voordat de scenario's uitgewerkt worden wordt er eerst een overzicht gegeven van een aantal historische cijfers omtrent het aantal dwangopnames in zowel Nederland als Rotterdam.

5.1 Historische cijfers

In onderstaande tabellen wordt achtereenvolgens een overzicht gegeven van het aantal IBS-en en RM-en in Zuid-Holland, de Regio Rotterdam en Nederland in het geheel tussen 2002 – 2006. Zoals te zien in tabel 5.1 vond er zowel in Zuid-Holland, Rotterdam en in Nederland in het geheel ieder jaar een toename van het aantal inbewaringstellingen plaats. Zo werden er in 2002 in Zuid-Holland 4,9 IBS-en per 10.000 inwoners afgegeven, in 2006 lag dit aantal al op 6,1 per 10.000. Ook in Rotterdam vond

een flinke toename plaats waar het aantal IBS-en steeg van 5,2 per 10.000 inwoners in 2002 naar 9,3 in 2006. In Nederland in het geheel werden in 2002 4,3 IBS-en per 10.000 inwoners afgegeven, in 2006 is dit aantal gestegen naar 5 IBS-en per 10.000 inwoners (IGZ, tabellenboek).

Tabel 5.1 Aantal Inbewaringstellingen in periode 2002-2006 per 10.000 inwoners (Bron: IGZ, CBS)

	2002	2003	2004	2005	2006
Zuid-Holland	4,9	5,1	5,8	6,0	6,1
Rotterdam	5,2	6,7	6,7	9,4	9,3
Nederland	4,3	4,3	4,6	4,8	5,0

In onderstaande tabel (tabel 5.2) is het aantal RM-en dat tussen 2002 en 2006 is afgegeven in Zuid-Holland en Nederland in het geheel weergegeven. Het aantal Rechterlijke Machtigingen in Rotterdam is merkwaardigerwijze niet bekend, deze worden dan ook buiten beschouwing gelaten.

Zoals te zien in de tabel is het aantal RM-en zowel in Zuid-Holland als in Nederland in het geheel tussen 2000 en 2006 gestegen. In 2006 werden er in Nederland 5.3 RM-en afgegeven per 10.000 inwoners. Dit zijn er 1.6 meer dan in 2002. In Zuid-Holland werden er in 2002 4,3 RM-en afgegeven per 10.000, in 2006 steeg dit aantal tot 6,5.

Tabel 5.2 Aantal Rechterlijke Machtigingen in periode 2002-2006 per 10.000 inwoners (Bron: IGZ, CBS)

	2002	2003	2004	2005	2006
Zuid-Holland	4.3	5.2	6.0	6.2	6.5
Nederland	3.9	4.4	5.0	5.3	5.5

Geslacht

Opvallend is dat er in Nederland meer IBS-en afgeven worden aan mannen dan aan vrouwen, zie tabel 5.3. In totaal werden er in 2002 3775 IBS-en afgegeven aan mannen (4,7 per 10.000 mannen), en 3188 aan vrouwen (3,9 per 10.000 vrouwen). In 2003 bedroeg dit aantal 3802 voor de mannen (4,7 per 10.000) en 3203 (3,9 per 10.000) voor de vrouwen in Nederland.

Ook de RM-en werden vaker afgegeven aan mannen dan aan vrouwen. In 2002 werden er 3602 RM-en afgegeven aan mannen (4,5 per 10.000), 1068 meer dan aan de vrouwen aan wie er 3.1 per 10.000 werden afgegeven. In 2003 is dit verschil opgelopen

tot 1262 RM-en, 4108 voor de mannen (5,1 per 10.000) en 2846 voor de vrouwen (3,5 per 10.000).

Tabel 5.3 Aantal IBS-en en RM-en in Nederland naar geslacht (per 10.000) (Bron: IGZ, CBS)

	IBS '02	RM '02	IBS '03	RM '03
Man	3775 (4,7)	3602 (4,5)	3802 (4,7)	4108 (5,1)
Vrouw	3188 (3,9)	2534 (3,1)	3203 (3,9)	2846 (3,5)
Totaal	6963	6136	7005	6954

In tabel 5.4 is het aantal IBS-en in de Regio Rotterdam in 2005 weergegeven naar leeftijd en geslacht. In totaal werden er 446 IBS-en afgegeven, 258 voor de mannen (4,4 per 10.000 mannen) en 188 voor de vrouwen (3,1 per 10.000 vrouwen). Te zien is dat de meeste IBS-en werden afgegeven in de leeftijdscategorie van 20 tot 65 jaar. Voor de mannen bedroeg het aantal in deze categorie 210 IBS-en (5,7 per 10.000). Voor de vrouwen waren dit er 141 (3,8 per 10.000). Wanneer er gekeken wordt naar het aantal IBS-en per 10.000 inwoners is te zien dat zowel voor de vrouwen als voor de mannen het aantal IBS-en nog steeds het hoogst is de leeftijdscategorie van 20-65 jaar.

Tabel 5.4 Bevolking en IBS-en Rotterdam 2005 naar leeftijd en geslacht (Bron: COS)

	IBS Man 2005	IBS Man per 10.000	IBS Vrouw 2005	IBS Vrouw per 10.000
0-20	16	1,1	16	1,2
20-65	210	5,7	141	3,8
65>	32	4,5	31	3,1
Totaal	258	4,4	188	3,1

In tabel 5.5 wordt het aantal IBS-en en RM-en opgesplitst naar leeftijdscategorie in 2002 en 2003 in Nederland weergegeven. Te zien is dat ook in Nederland voor personen tussen de 19 en 60 jaar de meeste IBS-en werden afgegeven. In zowel 2002 als in 2003 lag dit aantal op 6 per 10.000 inwoners.

Ook voor de RM-en geldt dat in de leeftijdscategorie 19 tot 60 jaar de meeste Rechterlijke Machtigingen werden afgegeven. Bovendien is in de tabel te zien dat boven de leeftijd van 59 jaar meer Rechterlijke Machtigingen dan Inbewaringstellingen werden afgegeven. Wanneer de aantallen worden gecorrigeerd voor het aantal inwoners per leeftijdscategorie is nog steeds hetzelfde verschil te zien; de meeste IBS-en en RM-en zijn afgegeven in de leeftijdscategorie van 19 tot 60 jaar.

Tabel 5.5 Aantal inbewaringstellingen en rechterlijke machtigingen naar leeftijd in 2002 en 2003 (per 10.000 inwoners) (Bron: IGZ).

	IBS Nederland 2002	RM Nederland 2002	IBS Nederland 2003	RM Nederland 2003
0 -18	350 (0,9)	140 (0,4)	370 (0,9)	218 (0,6)
19 - 60	5701 (6,0)	4928 (5,2)	5691 (6,0)	5537 (5,8)
60 >	928 (3,3)	1216 (4,3)	978 (3,4)	1378 (4,9)
totaal	6979	6284	7039	7133

5.2 Toepassing scenario's Regio Rotterdam

In tabel 5.2.1 wordt nog eens een overzicht gegeven van de vier scenario's welke in deze paragraaf toegepast zullen worden op de cijfers die gebaseerd zijn op de basisgegevens uit 2005 (weergegeven in tabel 5.2.2).

In tabel 5.2.3 wordt de bevolkingsprognose van Rotterdam naar leeftijd en geslacht gegeven, tot en met het jaar 2020. Ook wordt het verwachte aantal dwangopnames in deze tabel weergegeven welke gebaseerd zijn op de opnamecoëfficiënt uit 2005. Bij de toepassing van de scenario's wordt er in eerste instantie van uitgegaan dat het aantal gedwongen opnames naar verhouding tot de bevolkingsomvang gelijk blijft aan het aantal dat in 2005 is geconstateerd (zie tabel 5.2.2).

Tabel 5.2.1 Schema toekomstscenario's.

Scenario 1. Aantal mannen neemt af, vergrijzing neemt af	Scenario 2. Aantal mannen neemt toe, vergrijzing neemt af
Scenario 3. Aantal mannen neemt af, vergrijzing neemt toe	Scenario 4. Aantal mannen neemt toe, vergrijzing neemt toe

Tabel 5.2.2 Inbewaringstellingen in Rotterdam in 2005 naar geslacht verdeeld over leeftijdscategorieën (Bron CBS, IGZ).

Man	Bevolking 2005	IBS per 10.000 mannen	IBS	Vrouw	Bevolking 2005	IBS per 10.000 vrouwen	IBS	Totaal IBS
0-20	143317	1,1	16	0-20	136630	1,2	16	32
20-65	366773	5,7	210	20-65	367673	3,8	141	351
65>	71188	4,5	32	65>	99467	3,1	31	63
Totaal	581278	4,4	258	Totaal	603770	3,1	188	446

In tabel 5.2.3 is het referentie model te zien. Tijdens het bespreken van de scenario's in paragraaf 5.2.1 zal er steeds een vergelijking gemaakt worden met dit model om te zien wat het effect van het scenario is.

In de tabel is te zien dat zowel het totale aantal vrouwen als het totale aantal mannen in 2020 naar verwachting zal gaan toenemen. Vooral in de groep van 65 jaar en ouder wordt een toename verwacht. Het aantal mannen zal naar verwachting toenemen van 71188 in 2005 naar 96016 in 2020. Het aantal vrouwen van 65 jaar en ouder zal naar verwachting toenemen van 99467 in 2005 naar 118436 in 2020. Te zien is dat het aantal IBS-en het hoogst is in de leeftijdscategorie van 20-65 jaar (voor de mannen 5,7 per 10.000, voor de vrouwen 3,8 per 10.000 inwoners). Wanneer de opnamecoëfficiënt hetzelfde blijft als in 2005 zullen er in 2020 in totaal 459 IBS-en voorkomen (4,5 per 10.000 voor de mannen, 3.1 voor de vrouwen) wat er 13 meer zijn dan in 2005. In tabel 5.2.4 zijn de 4 scenario's, welke weergegeven zijn in tabel 5.2.1, (zie onder) toegepast op deze cijfers. Deze scenario's zullen hieronder kort besproken worden.

Tabel 5.2.3 Bevolkingprognose en IBS voorspelling 2020 naar geslacht een leeftijd (referentiemodel) (Bron CBS, IGZ).

Man	Bevolking	IBS per 10.000 mannen	IBS	Vrouw	Bevolking	IBS per 10.000 vrouwen	IBS	IBS totaal
0-20	136082	1,1	15	0-20	130258	1,2	16	31
20-65	360923	5,7	206	20-65	372405	3,8	142	348
65>	96016	4,5	43	65>	118436	3,1	37	80
Totaal	593021	4,5	264	Totaal	621099	3,1	195	459

5.2.1 Scenario's Regio Rotterdam 2020

Scenario 1 Aantal mannen neemt af, vergrijzing neemt af

In de tabel (5.2.4) is te zien dat het aantal mannen is afgenomen met 10% van 593021 naar 525078, een afname van 67943 mannen.

Ook het aantal ouderen (totaal aantal mannen en vrouwen van 65 jaar en ouder) is met 10% afgenomen van 214452 naar 184365, een afname van 30087 ouderen.

Hierdoor komt in dit scenario het totaal aantal IBS-en uit op 424, een afname van 35 IBS-en (8%) ten opzichte van het referentiemodel.

Scenario 2 Aantal mannen neemt toe, vergrijzing neemt af

In het tweede scenario uit tabel 5.2.4 neemt het aantal mannen met 10% toe van 593021 naar 641761, een toename van 48740 mannen. Het aantal ouderen is daarentegen met 12804 (10%) afgenomen van 214452 naar 201648 ouderen.

Het totale aantal IBS-en komt hierdoor uit op 476, een toename van 17 IBS-en (4%) ten opzichte van het referentiemodel.

Scenario 3 Aantal mannen neemt af, vergrijzing neemt toe

In scenario drie daalt het aantal mannen met 10% van 593021 naar 542361, een afname van 50660 mannen. Het aantal ouderen is echter met 10884 (10%) toegenomen van 214452 naar 225336 ouderen.

In totaal komt het aantal IBS-en uit op 439, een afname van 20 IBS-en (4%) ten opzichte van het referentiemodel.

Scenario 4 Aantal mannen neemt toe, vergrijzing neemt toe

In het laatste scenario neemt zowel het aantal mannen met 10% toe (van 593021 naar 662884, een toename van 214452 mannen) als het aantal ouderen (van 214452 naar 246459, een toename van 32007 ouderen).

In totaal komt het aantal IBS-en uit op 482, een stijging van 23 IBS-en (5%) ten opzichte van het referentiemodel.

Tabel 5.2.4 Aantal inbewaringstellingen in 2020 op basis van 4 scenario's voor mannen en vrouwen per leeftijdscategorie (Bron CBS, IGZ).

	Sc. 1				Sc. 2				Sc. 3				Sc. 4			
	Man Sc. 1	Vrouw Sc. 1	IBS M	IBS V	Man Sc. 2	Vrouw Sc. 2	IBS M	IBS V	Man Sc. 3	Vrouw Sc. 3	IBS M	IBS V	Man Sc. 4	Vrouw Sc. 4	IBS M	IBS V
0-20	122474	130258	13	16	149690	130258	16	16	122474	130258	13	16	149690	130258	16	16
20-65	324831	372405	185	142	397015	372405	226	142	324831	372405	185	142	397015	372405	226	142
65>	77773	106592	35	33	95056	106592	43	33	95056	130280	43	40	116179	130280	42	40
Totaal	525078	609255	233	191	641761	609255	285	191	542361	632943	241	198	662884	632943	284	198

5.2.2 Scenario's Regio Rotterdam 2020 bij alternatief referentiemodel

In eerste instantie is er van uitgegaan dat het aantal dwangopnames relatief gelijk blijft aan het aantal dat in 2005 is geconstateerd. Echter is bij dit scenario er van uit gegaan dat de opnamecijfers zullen gaan stijgen met 30%. Gezien de fluctuaties in het verleden (zie tabel 5.1) lijkt dit een acceptabel percentage. De vier scenario's zijn vervolgens toegepast op de cijfers van 2020 met een verhoogde coëfficiënt van 30% (zie tabel 5.2.6) Zoals in tabel 5.2.5 te zien zal het aantal IBS-en voor de mannen niet 264 maar 343 IBS-en bedragen wat een toename van 79 IBS-en inhoudt. Voor de vrouwen zal het aantal IBS-en niet 195 maar 254 IBS-en bedragen, een toename van 59 IBS-en. In totaal zullen er bij dertig procent toename van de opname coëfficiënt 597 IBS-en worden afgegeven, 138 (30%) meer dan wanneer de opname coëfficiënt op het niveau van 2005 zou blijven. Hieronder zullen alle vier de scenario's kort besproken worden.

Tabel 5.2.5 Bevolkingsprognose en IBS-voorspelling 2020 naar geslacht en leeftijd uitgaande van verhoogde opnamecoëfficiënt (alternatief referentiemodel) (Bron CBS,IGZ).

Man	Bevolking	IBS per 10.000 mannen	IBS	Vrouw	Bevolking	IBS per 10.000 vrouwen	IBS	IBS totaal
0-20	136082	1,4	19	0-20	130258	1,6	21	40
20-65	360923	7,4	267	20-65	372405	5,0	186	453
65>	96016	5,9	57	65>	118436	4,0	47	104
Totaal	593021	-	343	Totaal	621099	-	254	597

Scenario 1 Aantal mannen neemt af, vergrijzing neemt af

Door de stijging van de opname coëfficiënt met 30% komt in scenario 1 het totaal aantal IBS-en uit op 553, een afname van 44 IBS-en (7%) ten opzichte van het alternatieve referentiemodel.

Scenario 2 Aantal mannen neemt toe, vergrijzing neemt af

In het tweede scenario neemt het aantal IBS-en toe naar 621, een toename van 24 IBS-en (4%) ten opzichte van het alternatieve referentiemodel.

Scenario 3 Aantal mannen neemt af, vergrijzing neemt toe

In het derde scenario neemt het aantal IBS-en af naar 593, een afname van 4 IBS-en (0,7%) ten opzichte van het alternatieve referentiemodel.

Scenario 4 aantal mannen neemt toe, vergrijzing neemt toe

Tenslotte neemt in het laatste scenario het aantal IBS-en toe naar 651, een toename van 54 IBS-en (9%) ten opzichte van het alternatieve referentiemodel.

Tabel. 5.2.6 Aantal inbewaringstellingen in 2020 op basis van 4 scenario's voor mannen en vrouwen per leeftijdscategorie (Bron CBS,IGZ).

	Sc. 1				Sc. 2				Sc. 3				Sc. 4			
	Man Sc. 1	Vrouw Sc. 1	IBS M	IBS V	Man Sc. 2	Vrouw Sc. 2	IBS M	IBS V	Man Sc. 3	Vrouw Sc. 3	IBS M	IBS V	Man Sc. 4	Vrouw Sc. 4	IBS M	
0-20	122474	130258	17	21	149690	130258	21	21	122474	130258	17	21	149690	130258	21	
20-65	324831	372405	240	186	397015	372405	294	186	324831	372405	240	186	397015	372405	294	
65>	77773	106592	46	43	95056	106592	56	43	95056	130280	77	52	116179	130280	77	
Totaal	525078	609255	303	250	641761	609255	371	250	542361	632943	334	259	662884	632943	392	

5.3 Uitwerking scenario's Nederland

In tabel 5.3.2 is te zien hoeveel IBS-en er in 2005 voorkwamen opgesplitst naar leeftijdscategorie en geslacht. In totaal werden er 7358 IBS-en afgegeven, 3899 voor de mannen en 3459 voor de vrouwen. Te zien is dat voor de mannen in de leeftijdscategorie van 65 jaar en ouder de meeste IBS-en afgegeven zijn per 10.000 personen, namelijk 6,1 IBS-en. Voor de vrouwen werden de meeste IBS-en afgegeven in de leeftijdscategorie van 20-65 (5,5 per 10.000 vrouwen).

Tabel 5.3 1

Scenario 1. Aantal mannen neemt af, vergrijzing neemt af	Scenario 2. Aantal mannen neemt toe, vergrijzing neemt af
Scenario 3. Aantal mannen neemt af, vergrijzing neemt toe	Scenario 4. Aantal mannen neemt toe, vergrijzing neemt toe

Tabel. 5.3.2 Inbewaringstellingen in Nederland in 2005 naar geslacht verdeeld over leeftijdscategorieën (Bron CBS, IGZ).

	Bevolking Man '05	Bevolking Vrouw '05	IBS M	IBS per 10.000 mannen	IBS V	IBS totaal	IBS per 10.000 vrouwen	RM M&V	RM per 10.000 inwoners
0-20	2137539	2042157	141	0,7	152	293	0,7	251	0,6
20-65	5036300	4948013	3214	6,0	2709	5923	5,5	5791	5,8
65>	892140	1249377	544	6,1	598	1142	4,8	1050	4,9
Totaal	8065979	8239547	3899	4,8	3459	7358	4,2	7092	4,3

In tabel 5.3.3 wordt de bevolkingsprognose naar leeftijd en geslacht van Nederland in 2020 gegeven. Ook het aantal IBS-en en RM-en wordt weergegeven. Het aantal IBS-en is opgesplitst naar zowel leeftijd als geslacht en zijn gebaseerd op de opname coëfficiënt van 2005 (zie tabel 5.3.2) (zie onder). Voor het aantal RM-en was het niet mogelijk om het onderscheid naar geslacht niet te maken, deze cijfers zijn bovendien niet gebaseerd op het aantal RM-en in 2005 maar in 2003. Te zien is dat het aantal IBS-en nog steeds het hoogst is in de leeftijdscategorie van 20-65 jaar. Wanneer de stijging zich op dezelfde manier voortzet zouden er in totaal 7559 IBS-en voorkomen (4,8 per 10.000

voor de mannen, 4,2 per 10.000 voor de vrouwen) wat er 201 meer zijn dan in 2005 (stijging van 3%).

In tabel 5.3.4 zijn de 4 scenario's op deze cijfers toegepast welke hieronder kort zullen worden besproken.

Tabel. 5.3.3 Bevolkingsprognose en IBS voorspelling 2020 naar geslacht een leeftijd (referentiemodel) (Bron CBS, IGZ).

	Bevolking Man '20	Bevolking Vrouw '20	IBS M	IBS V	M per 10.000	V per 10.000	RM M & V	RM per 10.000
0-20	1986198	1897467	139	133	0,7	0,7	233	0,6
20-65	4892366	4895331	2935	2692	6,0	5,5	5677	5,8
65>	1410444	1666095	860	800	6,1	4,8	1508	4,9
Totaal	8289008	8458893	3934	3625	4,8	4,2	7418	4,4

5.3.1 Scenario's Nederland 2020

Scenario 1 Aantal mannen neemt toe, vergrijzing neemt toe

In het eerste scenario neemt het aantal mannen met 10% af van 8289008 naar 7333167, een afname van 955841 mannen. Ook het aantal ouderen neemt met 10% af van 3076539 naar 2641946, een afname van 434593 ouderen.

Het aantal IBS-en is hierdoor met 550 IBS-en afgenomen (afname van 7% ten opzichte van het referentiemodel) naar 7009. Het aantal RM-en is in dit scenario in totaal afgenomen naar 6909, een afname van 641 IBS-en (8%) ten opzichte van het referentiemodel.

Scenario 2 Aantal mannen neemt toe, vergrijzing neemt af

In scenario twee stijgt het aantal mannen met 10% van 8289008 naar 8962761, een toename van 673753 mannen. Het aantal ouderen neemt daarentegen met 10% (180713 ouderen) af van 3076539 naar 2895826.

Het aantal IBS-en is in totaal toegenomen naar 7779, een stijging van 220 IBS-en (3%) ten opzichte van het referentiemodel. Het aantal RM-en is daarentegen met 1% (75 RM-en) toegenomen ten opzichte van het referentiemodel naar 7625.

Scenario 3 Aantal mannen neemt af, vergrijzing neemt toe

In scenario drie daalt het aantal mannen met 10% van 8289008 naar 7587047, een afname van 701961 mannen. Het aantal ouderen neemt juist met 10% (30764 ouderen) af van 3076539 naar 3045775.

Het aantal IBS-en is hierdoor in totaal afgenomen naar 7236, een daling van 4% (323 IBS-en) ten opzichte van het referentiemodel. Het aantal RM-en daalde met 6% (444 RM-en) ten opzichte van het referentiemodel naar 7196.

Scenario 4 Aantal mannen neemt toe, vergrijzing neemt toe

In het laatste scenario neemt zowel het aantal mannen met 10% toe (van 8289008 naar 9273058, een stijging van 984050 mannen) als het aantal ouderen (van 3076539 naar 3356072, een stijging van 279533).

Het aantal IBS-en is in totaal met 6% (481 IBS-en) toegenomen ten opzichte van het referentiemodel naar 8040. Het aantal RM-en steeg van naar 7701, een stijging van 300 RM-en (2%) ten opzichte van het referentiemodel.

5.3.2 Scenario's Nederland 2020, alternatieve referentiemodel

Ook bij dit scenario wordt, net zoals bij het scenario van Rotterdam, uitgegaan van een stijging van de opnamecoëfficiënten met 30% (zie tabel 5.3.5).

In tabel 5.3.5 is te zien dat wanneer de coëfficiënt met 30 procent zal toenemen het aantal IBS-en voor de mannen niet 3934 maar 5109 zal bedragen, een toename van 1175 IBS-en (+30%). Ook voor de vrouwen zal het aantal met 30% toenemen (1104 IBS-en) van 3625 maar 4729. In totaal zullen er 9838 IBS-en voorkomen wat er 2279 (30%) meer zijn ten opzichte van het referentiemodel.

In tabel 5.3.6 zijn de 4 scenario's op deze cijfers toegepast welke hieronder kort zullen worden besproken.

tabel 5.3.5 Bevolkingsprognose en IBS-voorspelling 2020 naar geslacht en leeftijd uitgaande van een verhoogde opnamecoëfficiënt (alternatief referentiemodel) (Bron CBS, IGZ).

	Bevolking Man '05	Bevolking Vrouw '05	IBS M	IBS V	Totaal IBS	M per 10.000	V per 10.000	RM M&V	RM 10.000
0-20	1986198	1897467	179	171	350	0,9	0,9	311	0,8
20-65	4892366	4895331	3816	3525	7341	7,8	7,2	7341	7,5
65>	1410444	1666095	1114	1033	2147	7,9	6,2	1969	6,4
Totaal	8289008	8458893	5109	4729	9838	6,2	5,6	9621	5,7

Scenario 1 Aantal mannen neemt af, vergrijzing neemt af

Door de stijging van de opname coëfficiënt met 30% is in dit scenario het totaal aan IBS-en afgenomen naar 9335, een afname van 503 IBS-en (5%) ten opzichte van het referentiemodel. Het aantal RM-en is in dit scenario afgenomen naar 8960, een afname van 661 RM-en (7%) ten opzichte van het referentiemodel.

Scenario 2 Aantal mannen neemt toe, vergrijzing neemt af

In het tweede scenario's neemt het aantal IBS-en toe naar 10124, een toename van 286 IBS-en (3%) ten opzichte van het referentiemodel. Het aantal RM-en is in dit scenario afgenomen naar 9888, een afname van 267 RM-en (3%) ten opzichte van het referentiemodel.

Scenario 3 Aantal mannen neemt af, vergrijzing neemt toe

In scenario's 3 neemt het aantal IBS-en door de verhoogde coëfficiënt af van 9838 naar 9530, een afname van 308 IBS-en (3%) ten opzichte van het referentiemodel. Het aantal RM-en is in dit scenario afgenomen naar 9336, een afname van 285 RM-en (3%) ten opzichte van het referentiemodel.

Scenario 4 aantal mannen neemt toe, vergrijzing neemt toe

In dit laatste scenario's neemt het aantal IBS-en toe naar 10575, een toename van 737 IBS-en (7%) ten opzichte van het referentiemodel. Het aantal RM-en is in dit scenario toegenomen naar 10300, een toename van 679 RM-en (7%) ten opzichte van het referentiemodel.

5.4 Nabeschuwing scenario's

Omdat voorspeld wordt dat zowel het aantal mannen als het aantal ouderen in de toekomst zal gaan toenemen is voor zowel de Regio Rotterdam als voor Nederland in het geheel het vierde scenario het meest waarschijnlijk (aantal mannen neemt 10% toe, vergrijzing neemt 10% toe).

Voor de Regio Rotterdam zal hierdoor het aantal IBS-en toenemen van 459 in 2005 naar 482 in 2020, een stijging van 5% (23 IBS-en).

Voor Nederland in het geheel betekent dit dat het totale aantal IBS-en met 6% (481 IBS-en) zal gaan stijgen van 7559 in 2005 naar 8040 in 2020. Het aantal RM-en zal met 2% (300 RM-en) stijgen van 7550 in 2005 naar 7701 RM-en in 2020.

Wanneer zowel het aantal mannen als het aantal ouderen toeneemt, zal ook het aantal acute opnames in de toekomst gaan toenemen. Er zal meer geïnvesteerd moeten worden in de langere behandeltrajecten omdat daardoor het aantal acute heropname af zal nemen. De vraag is wat de relatie is tussen de IBS-en de RM-en. Vaak wordt in de praktijk een IBS gevolgd door een RM. Als dat zo is, mag aangenomen worden dat het aantal IBS-en te zijner tijd nog relatief minder zal zijn dan in het scenario berekend is omdat je niet meer met een IBS kan worden opgenomen als je met een RM bent opgenomen. Aanvankelijk zal er geïnvesteerd moeten worden in gesloten opnamecapaciteit van de instellingen.

Hoofdstuk 6. Resultaten, conclusie discussie en aanbevelingen

Dit hoofdstuk begint met een samenvatting van de resultaten welke eerder in deze scriptie besproken zijn. Vervolgens zal de probleemstelling 'Hoe zal het aantal gedwongen opnames zich tot 2020 ontwikkelen in Nederland (en de Regio Rotterdam in het bijzonder)?' worden beantwoord.

Tevens zullen de onderzoeksvragen worden behandeld, waarna uiteindelijk de slotconclusie wordt besproken.

6.1 Samenvatting resultaten

Gezien de demografische en epidemiologische cijfers zou geconcludeerd kunnen worden dat het aantal gedwongen opnames in de toekomst mogelijk verder toeneemt. In onderstaande tabel wordt nog eens een overzicht gegeven van de belangrijkste behandelde ontwikkelingen en de gevolgen daarvan op het aantal gedwongen opnames.

tabel 6.1 Overzicht ontwikkelingen

Maatschappelijke ontwikkelingen	<ul style="list-style-type: none"> • Verminderde maatschappelijke participatie patiënten/ uitsluiting • Voorzieningen voor langdurig verblijf 	+
Economische ontwikkelingen	<ul style="list-style-type: none"> • Extra inzet van middelen • Veranderde financiering • Economische druk om goedkopere en doeltreffende behandelvormen te ontwikkelen 	+/-
Politieke ontwikkelingen	<ul style="list-style-type: none"> • Veranderde wetgeving (verruiming van de Wet Bopz) • Meer aandacht voor veiligheid 	+
Sociaal culturele ontwikkelingen	<ul style="list-style-type: none"> • Modern paternalisme • Verminderde tolerantie • Individualisering 	+
Technologische ontwikkelingen	<ul style="list-style-type: none"> • Nieuwe behandelingen/medicatie • Kwaliteitsontwikkelingen in de systematiek 	+/-

Demografische ontwikkelingen	<ul style="list-style-type: none"> • Vergrijzing • Toename aantal mannen • Toename aantal niet-westerse allochtonen 	+
Epidemiologische ontwikkelingen	<ul style="list-style-type: none"> • Veranderend middelen gebruik • Beloop van de aandoening • Meer diagnose psychische aandoeningen 	+

+ Toename aantal dwangopname

- Afname aantal dwangopname

6.2 Toelichting demografische factoren

Uit de demografische factoren blijkt dat in de Regio Rotterdam de afgelopen 7 jaar het aantal mannen is toegenomen (van 571462 in 2000 tot 581278 in 2007, een stijging van 2%). Aangezien mannen een grotere kans hebben om een gedwongen opname te krijgen zou dit kunnen betekenen dat hiermee ook het aantal gedwongen opnamen zou kunnen gaan toenemen. Ook het aantal ouderen (65 jaar en ouder), die een grotere kans hebben op een gedwongen opname, is met 2% toegenomen. Tevens is het aantal allochtonen, die wederom een grotere kans hebben op een dwangopname, toegenomen. Wanneer gekeken wordt naar de prognose van de Regio Rotterdam is te zien dat het aantal mannen in 2005 ligt op 581278. Verwacht wordt dat dit aantal in 2020 zal stijgen naar 593021, wat eveneens een stijging inhoudt van 2%. Tevens wordt verwacht dat het aantal ouderen in de Regio Rotterdam met 26% zal toenemen, van 170655 in 2005 naar 214452 in 2020.

Ook in Nederland in het geheel wordt verwacht dat het aantal mannen en het aantal ouderen zal gaan stijgen. Verwacht wordt dat het aantal mannen in 2020 op 8289008 zal komen te liggen, wat er 223029 minder zijn dan in 2005. Het aantal ouderen zal naar verwachting met 935022 toenemen naar 3076539 in 2020, een stijging van maar liefst 44%. Tevens wordt verwacht dat het aantal allochtonen zal stijgen (niet westerse van 10% tot 17% in 2050, niet-westerse van 9% tot 13% in 2050). Op grond van deze demografische ontwikkelingen bestaat er reden om aan te nemen dat het aantal dwangopnames in de Regio Rotterdam en in Nederland in het geheel de komende jaren zal gaan toenemen.

6.3 Toelichting op de epidemiologische factoren

Uit de epidemiologische cijfers is gebleken dat het aantal gedwongen opnamen de laatste jaren is gestegen, zowel in de Regio Rotterdam als in Nederland in het geheel. De Regio Rotterdam telde in 2002 5,2 IBS-en per 10.000 inwoners. In 2006 was dit aantal gestegen naar 9.3 per 10.000 inwoners. In Nederland in het geheel bedroeg dit aantal 4.3 IBS-en in 2002 en 5 in 2003, eveneens per 10.000 inwoners. Het aantal RM-en lag op 3,9 (per 10.000 inwoners) in 2002 en steeg naar 5.5 in 2006.

Gezien deze enorme stijging van het aantal gedwongen opnamen in de afgelopen jaren, en de hiervoor beschreven demografische gegevens, lijkt het aannemelijk dat het aantal gedwongen opnamen zowel in de Regio Rotterdam, als in Nederland in het geheel in de toekomst zal stijgen.

6.4 Mogelijke scenario's

Wanneer gekeken wordt naar de uitgewerkte scenario's, is te zien dat het aantal IBS-en voor zowel de Regio Rotterdam als voor Nederland in zijn geheel zullen gaan stijgen vanaf 2005 tot 2020. In de Regio Rotterdam zal het aantal, wanneer er van uitgegaan wordt dat het aantal dwangopnames relatief gelijk blijft, stijgen van 446 in 2005 (258 voor de mannen en 188 voor de vrouwen) naar 459 in 2020 (264 voor de mannen en 195 voor de vrouwen). Dit houdt een stijging in van 13 IBS-en (3%) ten opzichte van het aantal in 2005.

Wanneer scenario vier zich voor zou doen waar het aantal mannen en het aantal ouderen (65 jaar en ouder) met tien procent zou toenemen ten opzichte van wat nu aangenomen wordt, zal het aantal IBS-en stijgen van 459 naar 482 IBS-en. Dit zijn er 23 meer dan thans mag worden aangenomen (stijging van 5%). Ten opzichte van het aantal IBS-en in 2005 is dit een stijging van 8%.

Wanneer het minst aannemelijke scenario zich in 2020 zou voordoen (scenario 1, het aantal mannen neemt af, vergrijzing neemt af) zou het totale aantal IBS-en komen te liggen op 424, een afname van 8% ten opzichte van het referentiemodel. Ten opzichte van het aantal IBS-en in 2005 is dit een afname van 5%.

In Nederland in zijn geheel wordt verwacht dat het aantal IBS-en zal stijgen van 7358 in 2005 (3899 voor de mannen en 3459 voor de vrouwen) naar 7559 IBS-en in 2020 wat een stijging betreft van 201 IBS-en (3%).

Wanneer scenario vier zich voor zou doen waar het aantal mannen en het aantal ouderen met tien procent toeneemt ten opzichte van wat nu aangenomen wordt, zullen er in totaal 7668 IBS-en voorkomen wat er 310 meer zijn dan wordt aangenomen. Concluderend valt uit het bovenstaande op te maken dat wanneer de stijging zich op dezelfde manier voortzet het aantal IBS-en volgens de scenario methode zal blijven stijgen. Ook wanneer het scenario zich voor zal doen waarin het aantal mannen en het aantal ouderen toeneemt, zal het aantal IBS-en toenemen.

6.5 Expert opinies

Uit de interviews van de experts bleek dat het meer van de helft (9 respondenten) van de respondenten denkt dat het aantal dwangopnames uiteindelijk zal gaan stijgen. Opvallend is, is dat het merendeel van de psychiaters (4 van de 6) verwacht dat het aantal zal blijven stijgen. Dit is een interessant gegeven omdat juist de psychiaters degenen zijn die de geneeskundige verklaringen voor de gedwongen opname uitschrijven op grond van hun beoordeling van de patiënt. Een verklaring zou kunnen zijn dat de psychiaters redeneren vanuit het behandelperspectief en daarmee vanuit een meer impliciet bestwil criterium. Dat wil zeggen dat zij er vanuit de gedachte dat de patiënt baat zal hebben bij behandeling er toe over te gaan de patiënt gedwongen doen op te nemen. De andere respondenten redeneren mogelijk meer vanuit de rechtspositie van de patiënt en/of de aantasting of inbreuk van de persoonlijke vrijheid bij de gedwongen opname en de emotionele gevolgen die dat kan hebben voor de patiënt. Daarbij kan ook nog komen dat zij een meer impliciete hoop of verwachting hebben dat ontwikkeling op het gebied van behandelingen er toe zal kunnen leiden dat gedwongen opnamen niet meer nodig zijn of kunnen worden voorkomen.

6.6 Beantwoording van de onderzoeksvragen

1. Hoe heeft de toename van de dwangopnamen zich de afgelopen jaren ontwikkeld?

Het aantal dwangopnamen is laatste twintig jaar enorm toegenomen. Reden voor deze grote toename is onder andere de veranderende (maatschappelijke) opvatting dat zieke individuen beschermd moeten worden, maar ook dat de samenleving beschermd moet worden (Barendregt & van der Poel 2008).

Het aantal IBS-en is toegenomen van ongeveer 3101 in 1979 tot 7450 in 2004 (Mulder et al. 2006). De stijging van het aantal IBS-en neemt ieder jaar toe sinds de invoering van de Wet Bopz die de Krankzinnigenwet uit 1884 verving. Een einde aan deze stijging lijkt nog niet in zicht.

Ook het aantal patiënten dat een RM kreeg is de laatste jaren verdubbeld, van 4353 in 1999 tot 8976 in 2006. Dit aantal kan worden opgesplitst in opnames met een voorlopige machtiging, voortgezette machtiging en voorwaardelijke machtiging³. In deze scriptie is dit onderscheidt echter niet gemaakt.

Op dit moment zijn naar schatting 90% van de patiënten op gesloten opname-afdelingen van psychiatrische instellingen in de GGZ onder een dwangmaatregel opgenomen. Vijfentwintig jaar geleden was dit slechts 50%. Er wordt daarom ook wel gesproken van een 'epidemie van dwangopnames' (Mulder 2006).

De gevolgen van de verschuivende inzichten zijn niet gering. De grenzen van wat overlast of 'maatschappelijke teloorgang' wordt gevonden staan niet vast. Het zijn onderdelen van publieke en politieke opinievorming geworden. Het veiligheids- en overlastdiscours is overheersend in het maatschappelijk debat. Het is vanzelfsprekend dat ideeën over goede zorg daarin meegaan. Echter het belang van de individuele patiënt valt daar niet altijd mee samen (Barendregt & van der Poel 2008).

Zo heeft de stijging van het aantal gedwongen opnamen niet alleen gevolgen voor de opnamecapaciteit van gesloten afdelingen van psychiatrische ziekenhuizen, voor de opnameduur en voor de kosten die met een gedwongen opname gepaard gaan (inschakelen van een psychiater, rechter, advocaat, ziekenhuiskosten), maar ook brengt het ingrijpende gevolgen mee voor de patiënt zelf en zijn omgeving.

³ Er bestaan verschillende Rechterlijke machtigingen. Naast de voorlopige machtiging bestaan er voorwaardelijke machtiging, de machtiging op eigen verzoek en de machtiging na verlenging van de voorlopige machtiging. Tevens bestaat de observatiemachtiging die van aanmerkelijk kortere duur is.

. Er hangen verschillende zaken samen met de stijging van de dwangopnames. Zo kan de stijging worden veroorzaakt door de toename van het aantal opnamen in de psychiatrische ziekenhuizen, de kortere opnameduur of de veranderende maatschappelijke ontwikkelingen en opvattingen over de behandeling van patiënten met een psychische ziekten (Mulder et al. 2006). Bovendien kan het zijn dat de vervanging van de Krankzinnigenwet uit 1884 door de Wet Bopz in 1994 aan deze stijging heeft bijgedragen (Mulder et al. 2006). Daarnaast lijkt er een verminderde maatschappelijke tolerantie voor overlast en ernstige verslaving te zijn. Men is steeds sneller geneigd overlastveroorzakende mensen gedwongen van de straat te halen (van de Wetering et al 2004). Tevens wordt verondersteld dat de ambulante (bemoei) zorg mogelijk te kort schiet (Mulder et al. 2006).

Vraag 2. Hoe heeft de maatschappelijke kijk op de GGZ zich de laatste jaren ontwikkeld (toegespitst op Rotterdam)?

Het sociaal-culturele klimaat heeft zich in de afgelopen decennia ontwikkeld in de richting van verharding, grotere sociale controle en een geringere tolerantie van afwijkend gedrag (bijvoorbeeld de invloed van Pim Fortuin en de Leefbaar Nederland partij). Het toepassen van dwang wordt in toenemende mate gezien als een oplossingsstrategie voor maatschappelijke problemen, zoals bij verstoring van de openbare orde. Anderzijds heerst de discussie over het zogenaamde 'modern paternalisme'. Hiermee wordt het groeiende besef dat een vrijblijvend hulpaanbod niet voldoet voor mensen die bemoeizorg nodig hebben bedoeld en dat patiëntenrechten geen excuus mogen zijn voor het verwaarlozen van hulpbehoevende mensen. De behoefte vanuit de maatschappij om meer drang en dwang behelst dus twee verschillende aspecten. Ten eerste behoefte aan veiligheid, orde en rust bij burgers, het beveiligingsdoel van een dwangopname. Ten tweede de bezorgdheid om de gezondheid en het welzijn van cliënten, het humanitaire doel van een dwangopname. Mede door deze maatschappelijke druk is het opnamebeleid van de GGZ veranderd en wordt er eerder overgegaan op een dwangopname (van Vree 2002).

Vraag 3. Hoe heeft de bevolkingsopbouw zich ontwikkeld de laatste jaren (Nederland en de Regio Rotterdam) en hoe zal dit zich gaan ontwikkelen in de toekomst (prognose)?

Zie paragraaf 6.2.

6.7 Slotconclusie

Op grond van de bevindingen wordt verwacht dat het aantal gedwongen opnamen, zowel in Rotterdam als in Nederland in zijn geheel, de komende jaren zal blijven toenemen uitgaande van de factoren vergrijzing en demografische ontwikkeling van aantallen mannen en vrouwen. Zowel de epidemiologische en demografische ontwikkelingen, als de expertgesprekken en de uitgewerkte scenario's wijzen op deze toename.

Of deze stijging zich zal voortzetten is nog maar de vraag. Wanneer er namelijk door de toename van het aantal gedwongen opnames patiënten effectiever behandeld kunnen worden, mag worden verwacht dat er op een gegeven moment een daling gaat ontstaan. Dit zou kunnen aansluiten bij de mening van de inspectie dat het aantal uiteindelijk zal gaan dalen, na de aanvankelijke stijging.

6.8 Kanttekeningen

Tot besluit enige kanttekeningen bij de bevindingen uit dit onderzoek. De hier geschetste ontwikkelingen met betrekking tot de gedwongen opnamen in de GGZ zijn in eerste instantie gebaseerd op literatuuronderzoek via de MEPSTED-analyse. De experts zijn vervolgens na een selectie van de meest kritiek onzekere ontwikkelingen betrokken in het onderzoek. Zij zijn daarbij ondervraagd over voorgeselecteerde factoren. De vraag kan opgeworpen worden of zij dezelfde factoren zouden hebben geselecteerd als meest kritische voor de ontwikkeling in aantallen dwangopnames. Geen van de respondenten heeft overigens aangegeven dat belangrijke aspecten zijn gemist in de interviews. De scenario's zijn uitgewerkt aan de hand van interviews die gehouden zijn met de experts. De experts zijn op basis van hun beroepen geselecteerd. Zo is getracht een goede spreiding te krijgen in de achtergrond van de respondenten. Echter de respondenten die benaderd zijn voor het expertonderzoek zijn voornamelijk afkomstig uit Rotterdam. Hierdoor bestaat de kans dat de meningen niet representatief zijn voor het

gehele land. Tenslotte wordt opgemerkt dat het onderzoek een toekomstonderzoek betreft waarvan de bevindingen verwachtingen en veronderstellingen zijn. Ze berusten deels op harde feiten, maar ook voor een belangrijk deel op opinies. De toekomst zal uitwijzen hoe reëel deze zijn geweest. Echter op grond van de bevindingen kunnen wij ons beter voorbereiden op wat ons mogelijk te wachten staat.

Literatuur

(Basisberaad). *Onze missie*. [Internet]. Basisberaad. [aangehaald op 15-06-2008].

Bereikbaar op:

<http://www.basisberaad.nl/>

Barendregt, C. & A. van der Poel. 2008. *Dak- en thuislozen en verslaafden in Rotterdam: leefsituatie en overlast*. April 2008. Factsheet, IVO.

Benammar, K. et al. (2006). *Leren met toekomstscenario's. Scenarioleren voor het hoger onderwijs*. Utrecht, Stichting Digitale Universiteit.

Boevink, W.A. et al. 1995. *Kwaliteit van leven van langdurig van ambulante zorg afhankelijke psychiatrische patiënten; een conceptuele verkenning*. [Internet].

[aangehaald op 01-04-2008]. Bereikbaar op:

<http://www.socialresearchmethods.net/research/Boevink1995.pdf>

Buystendijk, J. 2003. 'De waarde van toekomstverkenning.' Health Management Forum, tijdschrift voor toekomstverkenning, strategieontwikkeling en innovatie 9 (1):11-13.

(College bouw ziekenhuisvoorzieningen). 2003. *Signaleringsrapport. Vergrijzing in de Geestelijke Gezondheidszorg*. [Internet]. College bouw ziekenhuisvoorzieningen.

Utrecht. [aangehaald op 01-04-2008]. Bereikbaar op:

www.bouwcollege.nl/Pdf/zorg/ut564_ggz.pdf

Ergun, C., Bik, M., & C. Stolk. 2007. *Bevolkingsprognose Rotterdam 2025*. [Internet].

Centrum voor Onderzoek en Statistiek (COS). [aangehaald op 01-06-2008]. Bereikbaar op:

www.cos.rotterdam.nl/smartsite1144.dws?goto=2156574&channel=2804&substyle=-

(De Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal). [2007]. *Antwoorden op Kamervragen van Vendrik over onveiligheid in de GGZ*. [Internet].

[aangehaald op 25-03-2008]. Bereikbaar op:

<http://www.minvws.nl/kamerstukken/cz/2007/antwoorden-op-kamervragen-van-vendrik-over-onveiligheid-in-de-ggz.asp>.

(GGZ Nederland). 2001. Persbericht. [Internet]. GGZ Nederland, 27-06-2001.

[aangehaald op 20-03-2008]. Bereikbaar op:

<http://www.ggz nederland.nl/actueel/persberichten/2001/270601.html> Utrecht, 27 juni 2001

(GGZ Leiden). *Assertive Community Treatment (ACT) Team*. [Internet]. GGZ Leiden.

aangehaald op 23-05-2008]. Bereikbaar op:

<http://www.ggzleiden.nl/templates/Content.aspx?PageID=6788>

(Informentaal). *Clientenrechten: Algemene rechten in de GGZ*. [Internet]. Informentaal.

[aangehaald op 25-04-2008]. Bereikbaar op

www.informentaal.nl/brochures/PDF/clientenrechten.pdf

(Nova TV). 2005. *Marktwerking in de verslavingszorg*. [Internet]. Nova TV, 26-09-2005.

[aangehaald op 25-02-2008]. Bereikbaar op:

http://www.novatv.nl/index.cfm?ln=nl&fuseaction=videoaudio.details&reportage_id=3747makers

Mulder, C.L. et al. (2006). *Versnelde stijging van het aantal inbewaringstellingen na de invoering van de Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen*

(BOPZ). *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*. 2006;150:319-2

Mulder, C.L. 2006. *Epidemiologie van spoedeisende psychiatrie. Handboek spoedeisende psychiatrie*.

(Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport). 2007. *Antwoorden van minister Klink op Kamervragen van het Kamerlid Vendrik over onveiligheid in de GGZ*.

(2060710740). [Internet]. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 11-05-2007.

[aangehaald op 20-01-2008]. Beschikbaar op:

<http://www.minvws.nl/kamerstukken/cz/2007/antwoorden-op-kamervragen-van-vendrik-over-onveiligheid-in-de-ggz.asp>

(Geestelijke Gezondheidszorg Westelijk Noord-Brabant). *Preventie en Dienstverlening*. [Internet]. GGZWNB. [aangehaald op 23-02-2008]. Bereikbaar op: <http://www.ggzwnb.nl/135.htm>

Nijman, H.L.I., J.M.L.G. à Campo, D.P. Ravelli1 [1999] *Stijging van het aantal onvrijwillige opnamen*. Tijdschrift voor de psychiatrie.

Snoek, M. (2004) *Van veranderd worden naar zelf veranderen; veranderingsbekwaamheid als metacompetentie van leraren*. [Internet]. 2004. [aangehaald op 25-01-2008]. Bereikbaar op: <http://www.cop.hva.nl/article-6569-nl.html>

(Inspectie van de Gezondheidszorg). 2007. *Tabellenboek Wet BOPZ 2002 – 2006; De belangrijkste kwantitatieve ontwikkelingen Wet Bopz in beeld gebracht*. [Internet]. IGZ. November 2007. [aangehaald op 25-02-2008]. Bereikbaar op: www.igz.nl/15451/475693/2007-11_Tabellenboek_Wet_Bo1.pdf

Van Vree et al. (2002). *Inbewaringstelling in Nederland. Verkenning van factoren die het aantal inbewaringstellingen beïnvloeden*. Eindrapport Research voor beleid, Leiden.

Wierdsma, A.L. 2006. *Epidemiologie van dwangopnamen vanuit een historisch perspectief*. Mension. Badhoevedorp.

Wetering, B.J.M. ,Nota zorg

Bijlage 1

Model voor de ontwikkeling van toekomstscenario's

Fase I: Analysefase

In fase I wordt er gefocused op de factoren die mogelijk van grote invloed zijn op toekomstige ontwikkelingen van het bepaalde thema. Toekomstvisies voor het betreffende thema zijn gezocht, besproken en gecontroleerd vanuit een grote hoeveelheid bronnen.

Stap 1: Brainstormen over visies op de toekomst en het opstellen van een kernvraag(in dit geval zal die gaan over de toekomstige situatie van de stijging van het aantal dwangopnames)

Stap 2: Trends onderzoeken (welke factoren kunnen samenhangen met de stijging)

Er kunnen zoveel ideeën over de toekomst ingebracht worden als men wil, maar er moet in dat geval ook voor ieder idee onderzoek gedaan worden om aan te tonen dat een trend aannemelijk wordt geacht binnen opvattingen die de hoofdstroom vertegenwoordigen of binnen opvattingen die de afwijkende geluiden vertegenwoordigen. Er wordt niet alleen nadruk gelegd op de variëteit aan bronnen maar ook op de kwaliteit van de informatie. Alleen trends die door onderzoek ondersteund worden, kunnen overeind blijven. Alle vaardigheden met betrekking tot het doen van veldonderzoek kunnen tijdens deze stap gebruikt worden. Er kan bijvoorbeeld gebruik worden gemaakt van STEEP-factoren* of DSTEP-factoren* of MEPSTED – factoren om er zeker van te zijn dat alle relevante gebieden zijn onderzocht.

* STEEP staat voor Samenlevings-, Technologische, Economische, Ecologische/Milieu- en Politieke factoren

* DSTEP staat voor Demografische, Samenlevings-, Technologische, Economische en Politieke factoren

Stap 3: Drijvende krachten kiezen naar aanleiding van de voorafgaande analyses (welke factoren zijn de drijvende krachten achter de stijging)

Toekomstvisies voor het betreffende thema worden gezocht, besproken en gecontroleerd vanuit een grote hoeveelheid bronnen. Uit deze visies wordt een aantal trends gedestilleerd. Gekeken wordt vervolgens naar de drijvende krachten die ten

grondslag liggen aan de verwachte trends. In dit onderzoek betekent dit dus dat alle mogelijke factoren zullen worden onderzocht uit een grote hoeveelheid bronnen om er zo achter te komen welke factoren de drijvende krachten zijn achter de stijging van het aantal IBS-en en RM-en.

-

Fase II: Ontwikkelingsfase

In fase II worden de assen van het scenario geselecteerd, wordt het scenariosjabloon gebouwd en ontwikkelen en de vier scenario's gepresenteerd.

Stap 4: Een scenariosjabloon maken

Door te kijken naar de hoek hoge onzekerheid en grote impact op het impactdiagram kan er een lijst opgesteld worden van de drijvende krachten en de daaraan verbonden extremen. De meest belangrijke drijvende krachten moeten gekozen worden die zullen dienen als assen voor het scenario.

Als de lijst is teruggebracht tot slechts enkele assen, worden twee assen gekozen als basis voor de scenariosjabloon. De assen moeten onafhankelijk van elkaar zijn, niet dezelfde drijvende kracht vertegenwoordigen en samen vier mogelijke kwadranten weergeven. Er kunnen verschillende mogelijke combinaties van assen geprobeerd worden voor een sjabloon.

Stap 5: Scenario's ontwikkelen

Stap 6: Scenario's presenteren

Twee drijvende krachten, met een grote impact en een groot onzekerheidsgehalte, worden uitgekozen als de zogenaamde assen van het scenario. Deze assen vormen het scenariosjabloon waarin ruimte is voor vier scenario's.

Fase III: Reflectiefase

Stap 7: Scenario's evalueren

Stap 8: Beleidsadviezen opstellen

Overwogen wordt welke het meest waarschijnlijke, het meest wenselijke en het meest onwenselijke scenario is. Er worden aanbevelingen geformuleerd voor beleid om het meest onwenselijke scenario te vermijden. Het meest waarschijnlijke en het meest

wenselijke scenario worden gekozen. Er wordt gereflecteerd over hoe deze scenario's zich met de tijd zullen ontwikkelen en welke aanbevelingen gedaan kunnen worden om bij te dragen aan een optimale toekomst.

Bijlage 2.**Tabellen Rotterdam***Tabel 3.6.2 Regio Rotterdam bevolkingsopbouw naar leeftijd in periode 2000-2007. (Bron: CBS)*

Leeftijd	2000	2007
0-20	276549	279947
20-65	718879	734446
65>	167777	170655
Totaal	1163205	1185048

Tabel 3.6.3 Regio Rotterdam bevolkingsopbouw per afkomst 2000-2007. (Bron: CBS)

	2000	2007
Totaal	1163205	1185048
Autochtoon	827128	799166
Totaal allochtoon	336077	385882
Westerse allochtoon	101988	105172
Niet-westerse allochtoon	234089	280710

Tabellen Nederland

Tabel 3.6.6 Nederland bevolkingsopbouw naar leeftijd in periode 2000-2007. (Bron: CBS)

Leeftijd	2000	2007
0-18	2284827	2499926
19-60	7193778	7286233
60>	2875894	3292890
Totaal	15863999	16357992

Tabel 3.6.7 Nederland bevolkingsopbouw per afkomst 2000-2007. (Bron: CBS)

Nederland	2000	2007
Totaal	15863950	16357992
Autochtoon	13088648	13187586
Westerse allochtoon	1366535	1431954
Niet-westerse allochtoon	1408767	1738452
Marokko	262221	329493
Nederlandse Antillen en Aruba	107197	129965
Suriname	302514	333504
Turkije	308 890	368600

Bijlage 3

Tabel 5.1 Aantal Inbewaringstellingen in periode 2002-2006 per 10.000 inwoners (Bron: IGZ, CBS)

	2002	2003	2004	2005	2006
Zuid-Holland	4,9	5,1	5,8	6,0	6,1
Rotterdam	5,2	6,7	6,7	9,4	9,3
Nederland	4,3	4,3	4,6	4,8	5,0

Tabel 5.2 Aantal Rechterlijke Machtigingen in periode 2002-2006 per 10.000 inwoners (Bron: IGZ, CBS)

	2002	2003	2004	2005	2006
Zuid-Holland	4.3	5.2	6.0	6.2	6.5
Nederland	3.9	4.4	5.0	5.3	5.5

Tabel 5.3 Aantal IBS-en en RM-en in Nederland naar geslacht (per 10.000) (Bron: IGZ, CBS)

	IBS '02	RM '02	IBS '03	RM '03
Man	3775 (4,7)	3602 (4,5)	3802 (4,7)	4108 (5,1)
Vrouw	3188 (3,9)	2534 (3,1)	3203 (3,9)	2846 (3,5)
Totaal	6963	6136	7005	6954

Tabel 5.4 Aantal inbewaringstellingen en rechterlijke machtigingen naar leeftijd in 2002 en 2003 (per 10.000 inwoners) (Bron: IGZ)

	IBS Nederland 2002	RM Nederland 2002	IBS Nederland 2003	RM Nederland 2003
0 -18	350 (0,9)	140 (0,4)	370 (0,9)	218 (0,6)
19 - 60	5701 (6,0)	4928 (5,2)	5691 (6,0)	5537 (5,8)
60 >	928 (3,3)	1216 (4,3)	978 (3,4)	1378 (4,9)
totaal	6979	6284	7039	7133

Tabel 5.7 Bevolking en IBS-en Rotterdam 2005 naar leeftijd en geslacht (Bron: COS)

	Bevolking man 2005	Bevolking vrouw 2005	IBS Man 2005	IBS Man per 10.000	IBS Vrouw 2005	IBS Vrouw per 10.000
0-20	143317	136630	16	1,1	16	1,2
20-65	366773	367673	210	5,7	141	3,8
65>	71188	99467	32	4,5	31	3,1
Totaal	581278	603770	258		188	

Tabel 3.7.6 Verwachte bevolking en IBS-en Rotterdam naar leeftijd en geslacht 2020 (Bron: COS)

	Bevolking Man 2020	Bevolking Vrouw 2020	IBS Man 2020	IBS Man per 10.000	IBS Vrouw 2020	IBS Vrouw per 10.000
0-20	136082	130258	15	1,1	16	1,2
20-65	360923	372405	206	5,7	142	3,8
65>	96016	118436	43	4,5	37	3,1
Totaal	593021	621099	264	11,3	195	8,1

Bijlage 4.



Geachte heer/mevrouw,

Graag stel ik mij even voor. Ik ben Fleur van de Wetering en studeer Gezondheidswetenschappen aan de Erasmus Universiteit te Rotterdam. Ter afronding van mijn Bachelor schrijf ik een scriptie met als onderwerp 'toekomstscenario's voor dwangopnames in de GGZ'.

Het onderzoek gaat over de toename van het aantal dwangopnames in de GGZ in Nederland die de laatste jaren heeft plaatsgevonden. Mijn belangstelling gaat uit naar de achterliggende factoren hiervan, en hoe de stijging zich zal gaan ontwikkelen in de toekomst. In het onderzoek tracht ik enkele toekomstscenario's te ontwikkelen over hoe de situatie er over een aantal jaren uit zal zien.

Al vorens ik deze toekomstscenario's ontwikkel zou ik graag weten hoe u er, als expert, tegenover staat en hoe u denkt dat het aantal dwangopnames zich zal gaan ontwikkelen. Om deze reden verzoek ik u deze vragenlijst in te vullen en in bijgevoegde envelop te retourneren (postzegel is niet nodig). Door de beperkte tijd die ik heb voor deze scriptie hoop ik, zonder al teveel druk op u uit te oefenen, op een snelle en vooral een enthousiaste respons.

Ik hoop u hierbij voldoende te hebben geïnformeerd.

Bij voorbaat dank voor uw medewerking,

Fleur van de Wetering.

Mede namens dr. G. Koopmans en prof.dr. C.L. Mulder, Onderzoekcentrum O3 en Erasmus Universiteit

Vragenlijst

Inleiding

De laatste jaren is er in Nederland sprake van een toename van het aantal dwangopnames in de GGZ. Het aantal IBS-en is de laatste 25 jaar ruim verdubbeld van ongeveer 7000 per jaar in 1981 tot ongeveer 16.000 per jaar in 2006. Ook het aantal patiënten dat een rechterlijke machtiging kreeg is de laatste jaren toegenomen, van 4353 in 1999 tot 8976 in 2006. De stijging van het aantal dwangopnames is bepaald door veel factoren

- 1) Wat zijn volgens u de drie belangrijkste oorzaken van het stijgende aantal dwangopnames gedurende de laatste 15 jaar?
- 2) Denkt u dat de invoering van de wet BOPZ aan de stijging van het aantal dwangopnames heeft bijgedragen, en zo ja waarom?
- 3) Denkt u dat de wet BOPZ de komende jaren vervangen zal worden door een behandelwet en zo ja, wat zullen de gevolgen hiervan zijn wat betreft de dwangopnames?
- 4) Denkt u dat het toegenomen aantal dwangopnamen toe te schrijven is aan het toegenomen aantal allochtonen in ons land? Zo ja, wat is het aandeel van die groep in de stijging, zou het aantal dwangopnames ook toegenomen zijn als de allochtonen geen rol speelden?
- 5) Denkt u dat de stijging van het aantal dwangopnames samenhangt met het steeds 'gekker' (toename van het aantal ernstige psychiatrische aandoeningen) worden van de bevolking?
- 6) Denkt u dat de stijging van het aantal dwangopnames samenhangt met de uitbreiding van de mogelijkheden om iemand gedwongen op te nemen (bredere toepassing van de gevaarscriteria)?

- 7) Het is aannemelijk dat er capaciteitsproblemen zullen ontstaan bij de gesloten afdelingen wanneer het aantal dwangopnames blijft toenemen. Op welke manier zou dit volgens u opgelost kunnen worden?
- 8) Hoe zal volgens u de toekomst eruit zien met betrekking tot de dwangopnames? Zal het aantal (1) verder stijgen (2) stabiliseren of (3) dalen en waarom verwacht u deze ontwikkeling (3 redenen)?

Stellingen.

- Door het dreigende tekort aan personeel in de GGZ neemt het aantal dwangopnames toe, omdat de ambulante zorg steeds verder zal versoberen. Eens/ Oneens
- Door het meer aandacht geven aan de verdere ontwikkeling van maatschappelijke steunsystemen kunnen dwangopnames worden voorkomen. Eens/Oneens
- Als patiënten een beter en stabielere leven gaan leiden is de kans dat zij terugvallen in ziekte en gebruik en daarmee heropgenomen worden aanzienlijk kleiner. Eens/Oneens
- Onder economische druk ontstaat een prikkel tot het ontwikkelen van nieuwe goedkopere en toch doeltreffende behandelvormen waardoor de toename van het aantal dwangopname kan worden voorkomen. Eens/Oneens
- Verruiming van de Wet Bopz leidt tot oneigenlijk gebruik van de wet en draagt bij aan de toename van het aantal IBS'en. Eens/Oneens
- De invoering van het ultimatum remedium principe heeft geen invloed (gehad) op het aantal dwangopnames. Eens/Oneens
- De invoering van het bereidheidscriterium heeft het aantal dwangopnames doen toenemen. Eens/Oneens
- Er wordt sneller tot dwangopname overgegaan onder invloed van een steeds verder voortschrijdende individualisering en een verminderde tolerantie van afwijkend gedrag in de maatschappij. Eens/Oneens
- Zowel de kwaliteit als de effectiviteit van de behandelingen zal in overzienbare termijn verhoogd worden waardoor het aantal dwangbehandelingen en dwangopnames zal afnemen. Eens/Oneens
- Met de afname van het aantal mannen in Nederland zal ook het aantal dwangopnames afnemen. Eens/Oneens
- Met de toename van het aantal ouderen zal ook het aantal dwangopnames toenemen. Eens/Oneens
- Het aantal mensen met een psychotische stoornis neemt toe waardoor het aantal dwangopnames ook zal toenemen. Eens/Oneens

