

Lastgevingen tot inbewaringstelling in de GGZ in de periode 2011-2014

Hoe vaak werden lastgevingen aangevraagd?

Hoeveel tijd was gemoeid met de aanvraagprocedure?

Voor welke personen werd een lastgeving aangevraagd?

Lastgevingen tot inbewaringstelling in de GGZ in de periode 2011-2014

Hoe vaak werden lastgevingen aangevraagd?

Hoeveel tijd was gemoeid met de aanvraagprocedure?

Voor welke personen werd een lastgeving aangevraagd?

Colofon

Opdrachtgever en financier

Ministerie van VWS

Projectuitvoering

Bob van Wijngaarden

Jasper Nuijen

Projectleiding en eindredactie

Jasper Nuijen

Met dank aan

Khonraad Software Engineering B.V.

Margré Jongeling (Ministerie van VWS)

Aarnout Melis (Ministerie van VWS)

Linda Verstegen (Ministerie van VWS)

Productiebegeleiding

Martin Fraterman

Opmaak en druk

Canon Nederland N.V.

U kunt dit rapport downloaden via www.trimbos.nl met artikelnummer **AF1442**

© 2016 Trimbos-instituut, Utrecht

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het Trimbos-instituut.

Inhoudsopgave

Samenvatting	5
1 Inleiding	9
1.1 Aanleiding: kostenevaluatie van de Wet Bopz	9
1.2 BOPZ-online: landelijke informatie rondom lastgeving tot IBS	10
2 Hoe vaak werden lastgevingen tot IBS aangevraagd en afgegeven in de periode 2011-2014?	13
2.1 Verdeling van aanvragen voor lastgeving tot IBS naar type zorginstelling	13
2.2 Geschatte aantallen aangevraagde lastgevingen tot IBS voor psychiatrische patiënten	15
2.3 Verhouding nog niet opgenomen versus reeds opgenomen onder psychiatrische patiënten	16
2.4 Aantal aanvragen voor lastgeving tot IBS per psychiatrische patiënt	17
2.5 Aantal toegekende lastgevingen tot IBS voor psychiatrische patiënten	18
3 Hoeveel tijd was gemoeid met de aanvraagprocedure voor een lastgeving tot IBS in de GGZ in de periode 2011-2014?	19
3.1 Opsteller van de geneeskundige verklaring	20
3.2 Van het opstarten van BOPZ-online tot het definitieve besluit een geneeskundige verklaring op te stellen	22
3.3 Van de start van het opstellen van een geneeskundige verklaring tot de ondertekening door de opsteller	24
3.4 Van de ondertekening van de geneeskundige verklaring door de opsteller tot de ondertekening door de bestuurder	25
3.5 Van de ondertekening door de bestuurder tot de daadwerkelijke opname	27
3.6 Van het opstarten van BOPZ-online tot de daadwerkelijke opname	28
3.7 Ambulancemelding	28
4 Voor welke personen werd een lastgeving tot IBS in de GGZ aangevraagd in de periode 2011-2014?	31
4.1 Leeftijd, geslacht en herkomst	33
4.2 Aantal en type diagnoses	35
4.3 Aantal en type gevaarscriteria	37
4.4 Te onderscheiden patiëntengroepen op basis van type gevaarscriterium	40
4.5 Demografische kenmerken en gestelde diagnoses per patiëntengroep	42
4.6 Vergelijking tussen patiëntengroepen: zijn er verschillen in demografisch kenmerken en gestelde diagnoses?	47

Samenvatting

1 Doel

Op basis van gegevens over de periode 2011-2014 vanuit BOPZ-online – een digitaal processysteem waarmee de aanvraagprocedure voor een lastgeving tot IBS wordt geautomatiseerd – wordt in dit rapport ingegaan op:

- Het aantal lastgevingen tot IBS in een GGZ-instelling dat werd aangevraagd en toegekend.
- De tijd die betrokkenen (o.a. psychiaters en bestuurders) besteedden aan het beoordelen van een aanvraag lastgeving tot IBS.
- En de kenmerken (leeftijd, geslacht, diagnoses en gevaarscriteria) van de personen voor wie een lastgeving tot IBS werd aangevraagd.

Om gebruik te kunnen maken van de benodigde gegevens is expliciet toestemming gevraagd aan alle gemeenten die zijn aangesloten bij BOPZ-online. Uiteindelijk hebben 334 gemeenten hiermee ingestemd, die bij elkaar 88% van alle Nederlanders vertegenwoordigen in 2014. Het is belangrijk te benadrukken dat het ging om gepseudonimiseerde gegevens die voor de onderzoekers op geen enkele wijze herleidbaar waren tot unieke aanwijsbare personen.

2 Hoe vaak werden lastgevingen tot IBS aangevraagd en afgegeven in de GGZ in periode 2011-2014?

- Het geschatte aantal aanvragen in Nederland voor een lastgeving tot IBS in een GGZ-instelling – oftewel lastgevingen met betrekking tot psychiatrische patiënten – liet tussen 2011 en 2014 geen duidelijk patroon zien. De aantallen (per jaar) waren respectievelijk: 8.521 (2011), 8.522 (2012), 8.812 (2013) en 8.344 (2014).
- Circa 50% van de psychiatrische patiënten voor wie in de jaren 2011-2014 een lastgeving tot IBS werd aangevraagd was reeds vrijwillig opgenomen in een instelling. Ruim 20% verbleef op dat moment in de eigen thuissituatie en ruim 25% verbleef elders (bv. op een politiebureau of bij een crisisdienst).
- Voor circa 90% van de patiënten werd in een jaar één lastgeving tot IBS aangevraagd, voor ruim 7% van de patiënten twee lastgevingen, en voor de resterende gevallen drie of meer lastgevingen in de periode 2011-2014.
- Op jaarbasis werden gemiddeld 1,1 lastgevingen tot IBS aangevraagd voor een psychiatrische patiënt in de periode 2011-2014.
- In vrijwel alle gevallen (99,9%) werd een aanvraag voor lastgeving tot IBS door de verantwoordelijk bestuurder (burgemeester/wethouder) gehonoreerd.

3 Hoeveel tijd was gemoeid met de aanvraagprocedure voor lastgeving tot IBS in de GGZ in de periode 2011-2014?

- Kijkend naar de aangevraagde lastgevingen tot IBS in de GGZ voor nog niet opgenomen patiënten, werd de beoordeling in 64% van de gevallen uitgevoerd door een psychiater, in 26% van de gevallen door een arts-assistent in opleiding (AIOS) of niet in opleiding (ANIOS), en in 10% door een andere arts. Bij de aangevraagde lastgevingen voor reeds opgenomen patiënten waren deze percentages respectievelijk 59%, 32% en 9%. Kortom, in de klinische setting werd de beoordeling iets vaker uitgevoerd door een A(N)IOS dan in de ambulante setting.
- De tijdsduur tussen het opstarten van BOPZ-online en het definitieve besluit een geneeskundige verklaring in te vullen (wat staat voor een deel van het psychiatrisch onderzoek) was gemiddeld 48 minuten bij nog niet opgenomen patiënten, en gemiddeld 56 minuten bij reeds opgenomen patiënten. Er was een significante invloed van type beoordelend arts: psychiaters hadden de minste tijd nodig, ANIOS de meeste tijd.
- Het invullen en ondertekenen van een geneeskundige verklaring duurde gemiddeld 30 minuten bij nog niet opgenomen patiënten, en gemiddeld 36 minuten bij reeds opgenomen patiënten. Er was wederom een significante invloed van type beoordelend arts: psychiaters hadden de minste tijd nodig, ANIOS de meeste tijd.
- Het al dan niet bekrachtigen van de lastgeving door de bestuurder (burgemeester/wethouder) duurde zowel bij ambulante patiënten als bij reeds opgenomen patiënten gemiddeld 12 minuten. Type beoordelend arts had weinig invloed op deze tijdsduur.
- De tijd tussen ondertekening door bestuurder en de daadwerkelijke dwangopneming (tenuitvoerlegging) was gemiddeld 104 minuten bij nog niet opgenomen patiënten, en gemiddeld 62 minuten bij reeds opgenomen patiënten.
- Bij de lastgevingen voor ambulante patiënten werd in 84% van de gevallen ambulancevervoer ingeschakeld voor de tenuitvoerlegging, blijktens uit de registratie van ambulancemeldingen. Bij de lastgevingen voor reeds opgenomen patiënten was dit percentage 27%.
- De totale tijdsduur tussen het opstarten van BOPZ-online tot de daadwerkelijke dwangopneming van een patiënt was gemiddeld 3,2 uur bij nog niet opgenomen patiënten, en gemiddeld 2,7 uur bij reeds opgenomen patiënten. Het significante verschil werd veroorzaakt doordat de tenuitvoerlegging bij ambulante patiënten beduidend langer duurde dan bij reeds opgenomen patiënten.
- De gemiddelde tijd die beoordelend psychiaters/artsen en bestuurders besteedden aan aanvraagprocedures voor lastgeving tot IBS in een GGZ-instelling bleek nagenoeg stabiel in de jaren 2011-2014. De onderzochte tijdsperioden waren rechtscheef verdeeld, wat betekent dat er (vooral) uitschieters waren naar een hogere waarde (oftewel een langere tijdsduur).

4 Voor welke personen werd een lastgeving aangevraagd in de GGZ in de periode 2011-2014?

- De kenmerken (leeftijd, geslacht, diagnoses en gevaarscriteria) van psychiatrische patiënten voor wie een lastgeving tot IBS in de GGZ werd aangevraagd in de periode 2011-2014 waren nagenoeg stabiel. De gemiddelde leeftijd was ruim 40 jaar, ruim de helft was man, circa twee derde was geboren in Nederland, schizofrenie of een overige psychotische stoornis werden het vaakst gesteld als belangrijkste (voorlopige) diagnose, en suïcidegevaar en/of het zichzelf toebrengen van ernstig letsel of het gevaar voor het aanbrengen van ernstig letsel bij anderen waren het vaakst het belangrijkste gevaarscriterium om een lastgeving tot IBS aan te vragen.
- Of een aanvraag voor een lastgeving tot IBS betrekking had op een al dan niet reeds vrijwillig opgenomen patiënt was van invloed. Vergeleken met patiënten die reeds waren opgenomen, waren nog niet opgenomen patiënten wat ouder (43,1 vs. 41,5 jaar) en wat vaker van het mannelijke geslacht (56,5% vs. 50,7%). Daarnaast hadden zij relatief vaker schizofrenie (17,2 vs. 15,1%) of een overige psychotische stoornis (30,5 vs. 26,6%) als de belangrijkste (voorlopig) gestelde diagnose, en daarentegen verhoudingsgewijs minder vaak een persoonlijkheidsstoornis (4,8% vs. 7,8%). Tot slot was bij hun het belangrijkste gevaarscriterium relatief vaker het gevaar voor ernstig letsel voor anderen (31,1% vs. 23,5%), en verhoudingsgewijs minder vaak het gevaar om zichzelf ernstig letsel toe te brengen (36,2% vs. 42,0%).
- Met behulp van statistiek (principale componenten analyse) blijken patiënten in vier groepen ingedeeld te kunnen worden op basis van het geregistreerde belangrijkste type gevaarscriterium:
 - a '*Agressie naar/door anderen*': patiënten bij wie het gevaar/risico bestaat dat zij een ander van het leven zullen beroven of hen ernstig lichamelijk letsel zullen toebrengen; patiënten bij wie het gevaar/risico bestaat dat zij met hinderlijk gedrag agressie van anderen zullen oproepen; of patiënten die een gevaar/risico vormen voor de algemene veiligheid van personen of goederen.
 - b '*Agressie naar zichzelf*': patiënten bij wie het gevaar/risico bestaat dat zij zich van het leven zullen beroven of zij zichzelf ernstig lichamelijk letsel zullen toebrengen.
 - c '*Verwaarlozing van zichzelf*': patiënten bij wie het gevaar/risico bestaat dat zij zichzelf in ernstige mate zullen verwaarlozen; of patiënten bij wie het gevaar/risico bestaat dat zij maatschappelijk te gronde zullen gaan.
 - d '*Verwaarlozing van anderen*': patiënten die een gevaar/risico vormen voor de psychische gezondheid van anderen; of patiënten bij wie het gevaar bestaat dat zij een ander, die aan hun zorg is toevertrouwd, zullen verwaarlozen.

- De meeste aangevraagde lastgevingen tot IBS in de periode 2011-2014 (45,7%) hadden betrekking op de patiëntengroep 'agressie naar/door anderen', gevolgd door aangevraagde lastgevingen met betrekking tot de patiëntengroep 'agressie naar zichzelf' (39,1%), de patiëntengroep 'verwaarlozing van zichzelf' (12,2%) en de patiëntengroep 'verwaarlozing van anderen' (3%).
- Er werden diverse verschillen tussen de patiëntengroepen gevonden:
 - In de patiëntengroepen 'agressie naar zichzelf' en 'verwaarlozing van zichzelf' ging het verhoudingsgewijs vaker om reeds opgenomen patiënten; voor de twee andere patiëntengroepen gold het omgekeerde.
 - In de patiëntengroep 'agressie naar/door anderen' ging het relatief vaker om mannen dan in de andere drie patiëntengroepen.
 - De patiëntengroep 'verwaarlozing van zichzelf' was gemiddeld ouder dan de patiëntengroepen 'agressie naar/door anderen' en 'agressie naar zichzelf'.
 - Schizofrenie, overige psychotische stoornissen en stemmingsstoornissen (al dan niet met gemengde, psychotische of manische kenmerken) werden relatief vaker als belangrijkste diagnose gesteld in de patiëntengroep 'agressie naar/door anderen' dan in de patiëntengroep 'agressie naar zichzelf'. In de laatstgenoemde patiëntengroep was daarentegen een depressieve stoornis of een persoonlijkheidsstoornis vaker de belangrijkste (voorlopige) diagnose, in vergelijking met de andere drie patiëntengroepen.

Inleiding

1.1 Aanleiding: kostenevaluatie van de Wet Bopz

In de nabije toekomst zal de regeling van gedwongen GGZ grondig veranderen als gevolg van de inwerkingtreding van de nieuwe Wet verplichte GGZ (Wvvggz). In de nieuwe wet wordt niet meer de gedwongen opname centraal gesteld, maar uitgegaan van de onder dwang te bieden zorg, waaronder ook lichtere vormen van dwang in de ambulante setting. Het wetsvoorstel Wvvggz spreekt van verplichte zorg, waaronder de zorg wordt verstaan die ondanks het verzet van een patiënt met een psychische stoornis kan worden verleend. De huidige Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz) betreft een opnamewet en hanteert een bereidheidscriterium: dwangopneming kan alleen plaatsvinden wanneer een psychiatrische patiënt geen blijk geeft van de nodige bereidheid om zich te laten behandelen.

Met de invoering van de Wvvggz worden de volgende doelen beoogd:¹

- het versterken van de rechtspositie van psychiatrische patiënten die tegen hun wil zorg wordt verleend;
- het zoveel mogelijk voorkomen van dwang en het beperken van de duur van de dwang;
- het verhogen van de kwaliteit van verplichte zorg; en
- een integrale benadering van verplichte zorg op maat met aandacht voor maatschappelijk deelname.

De taken van diverse actoren die betrokken zijn bij de toepassing van dwangopneming onder het regime van de Wet Bopz (o.a. geneesheer-directeur, zorgverantwoordelijke, rechter, officier van justitie, inspecteur voor de gezondheidszorg) zullen gaan veranderen als gevolg van de invoering van de Wvvggz. Naar verwachting zullen er ook verschuivingen op gaan treden in de frequentie, duur en inhoud van zorg die onder dwang wordt geboden.

Het is aannemelijk dat de verwachte veranderingen in de tijdsbesteding van betrokken actoren en in de frequentie, duur en inhoud van verplichte zorg gepaard zullen gaan met veranderingen in kosten van verplichte zorg onder het regime van de Wvvggz. Om hier in de toekomst zicht op te kunnen krijgen heeft het Ministerie van VWS het Trimbos-instituut gevraagd een kostenevaluatie van de Wet Bopz uit te voeren. Een toekomstige kostenevaluatie, na de inwerkingtreding van de Wvvggz, kan worden afgezet tegen deze kostenevaluatie van de Wet Bopz om na te gaan in hoeverre de wetswijziging gepaard at met verandering in kosten.

1 Memorie van toelichting zoals ingediend bij de Tweede Kamer.

In het kader van de kostenevaluatie werden voor de periode 2011-2014 kosteninschattingen op jaarbasis gemaakt van:

- de tijdsbesteding van betrokkenen aan Bopz-procedures, waaronder de diverse actoren binnen de GGZ, burgemeester, officier van justitie, rechter, advocaat, inspecteur van de gezondheidszorg, ambulancepersoneel en politie.
- het GGZ-gebruik tijdens een Bopz-maatregel (inbewaringstelling of rechterlijke machtiging), waarbij een onderscheid werd gemaakt tussen de duur van dwangopneming en het GGZ-gebruik gedurende ambulante drang (d.w.z. voorwaardelijke ontslag of voorwaardelijke machtiging).

De kosteninschattingen van de tijdsbesteding van betrokkenen waren gebaseerd op gegevens uit diverse databronnen, waaronder expertraadplegingen, registratiesystemen, digitale processystemen en een landelijk uitgezette vragenlijst onder GGZ-instellingen. Voor het inschatten van de kosten van dwangopneming en ambulante dwang werd uitgegaan van (gekoppelde) gegevens uit verschillende bestaande registratiesystemen.

1.2 BOPZ-online: landelijke informatie rondom lastgeving tot IBS

Eén van de databronnen waarvan in het kader van de kostenevaluatie gebruik werd gemaakt was het digitale processysteem BOPZ-online. Kort gezegd, betreft BOPZ-online een automatisering van de aanvraagprocedure voor lastgeving tot inbewaringstelling (IBS).

Een lastgeving tot IBS is een spoedmaatregel om iemand bij onmiddellijk dreigend gevaar – voor zichzelf of voor anderen – gedwongen op te nemen in een psychiatrisch ziekenhuis. Er moet een ernstig vermoeden zijn dat het gevaar door een psychiatrische stoornis wordt veroorzaakt. Een onafhankelijke (niet-behandelend) psychiater of arts (niet zijnde een psychiater) dient de betrokkene te zien en te beoordelen of aan alle eisen van een lastgeving tot IBS wordt voldaan. Zo ja, dan wordt door de psychiater/ arts een geneeskundige verklaring opgesteld en ondertekend. De geneeskundige verklaring wordt via een gestandaardiseerd format ingevuld, waarbij het onder meer gaat om de demografische kenmerken van betrokkene, de uitkomsten van het psychiatrisch onderzoek (o.a. de gestelde (voorlopige) diagnoses) en de gevaarscriteria die de aanleiding vormen om de lastgeving aan te vragen. Vervolgens beslist de burgemeester of wethouder van de gemeente waar de betrokkene verblijft of de lastgeving al dan niet wordt toegekend, op basis van de geneeskundige verklaring en mondelinge toelichting van de beoordelend psychiater/arts. Indien een lastgeving wordt afgegeven door de bestuurder, wordt de betrokkene naar de gekozen opnamelocatie vervoerd

(tenuitvoerlegging van de last), dikwijls met een ambulance of onder begeleiding van politie. Een lastgeving tot IBS wordt voor drie dagen afgegeven; aansluitend op een lastgeving kan via de rechter een machtiging voortzetting IBS worden aangevraagd (voor maximaal drie weken).

De automatisering van BOPZ-online houdt onder andere in dat de psychiater of arts die moet beoordelen of een lastgeving tot IBS moet worden aangevraagd voor een persoon, de hiervoor benodigde geneeskundige verklaring digitaal kan invullen en ondertekenen. De bestuurder van een gemeente (burgemeester of wethouder) kan de ingevulde geneeskundige verklaring vervolgens ook digitaal inzien en ondertekenen.

BOPZ-online wordt door de gebruikers ervaren als gebruiksvriendelijk en ondersteunend, wat tot uitdrukking komt in het gegeven dat eind 2014 bijna alle gemeenten (97,7%) gebruik maakten van het systeem. Zodoende vormt BOPZ-online een unieke en rijke databron op basis waarvan inzichten kunnen worden verkregen inzake lastgevingen tot IBS in Nederland.

Ten behoeve van de kostenevaluatie zijn op basis van gegevens van BOPZ-online voor de periode 2011-2014 analyses uitgevoerd om de volgende essentiële informatie te verkrijgen voor de kosteninschattingen:

- Het aantal lastgevingen tot IBS dat werd aangevraagd en toegekend voor psychiatrische patiënten.
- De tijd die psychiaters of andere artsen (niet zijnde een psychiater) besteedden aan het beoordelen van een aanvraag lastgeving tot IBS.
- De tijd die burgemeesters/wethouders nodig hadden om te beslissen een aanvraag al dan niet toe te kennen.
- De frequentie waarmee een ambulance werd ingeschakeld bij het vervoeren van patiënten naar hun opnamelocatie, uitgaande van het aantal geregistreerde ambulancemeldingen in BOPZ-online.

Naast deze informatie die in de kostenevaluatie werd gebruikt, bieden de gegevens van BOPZ-online de unieke mogelijkheid om zicht te krijgen op de kenmerken van patiëntenpopulatie voor wie een lastgeving tot IBS werd aangevraagd in de periode 2011-2014, waarbij het onder andere gaat om leeftijd, geslacht en herkomst, het aantal en type diagnoses, en het aantal en type gevaarscriteria.

In dit rapport worden achtereenvolgens de resultaten beschreven van analyses van gegevens van BOPZ-online voor de jaren 2011-2014 rondom deze drie onderwerpen: volumina (Hoofdstuk 2), tijdsbesteding (Hoofdstuk 3) en patiëntkenmerken (Hoofdstuk 4). Om gebruik te kunnen maken van de benodigde gegevens is expliciet toestemming

gevraagd aan alle gemeenten die aangesloten zijn bij BOPZ-online. Uiteindelijk hebben 334 gemeenten hiermee ingestemd, die bij elkaar 88% van alle Nederlanders vertegenwoordigen in 2014. Het is belangrijk te benadrukken dat het ging om gepseudonimiseerde gegevens die voor de onderzoekers op geen enkele wijze herleidbaar waren tot unieke aanwijsbare personen.

2 Hoe vaak werden lastgevingen tot IBS aangevraagd en afgegeven in de GGZ in de periode 2011-2014?

Bevindingen samengevat

- Het geschatte aantal aanvragen in Nederland voor een lastgeving tot IBS in een GGZ-instelling – oftewel lastgevingen met betrekking tot psychiatrische patiënten – liet tussen 2011 en 2014 geen duidelijk patroon zien.
- De aantallen (per jaar) waren respectievelijk: 8.521 (2011), 8.522 (2012), 8.812 (2013) en 8.344 (2014).
- Circa 50% van de psychiatrische patiënten voor wie in de jaren 2011-2014 een lastgeving tot IBS werd aangevraagd was reeds vrijwillig opgenomen in een instelling. Ruim 20% verbleef op dat moment in de eigen thuissituatie en ruim 25% verbleef elders (bv. op een politiebureau of bij een crisisdienst).
- Voor circa 90% van de patiënten werd in een jaar één lastgeving tot IBS aangevraagd, voor ruim 7% van de patiënten twee lastgevingen, en voor de resterende gevallen drie of meer lastgevingen in de periode 2011-2014.
- Op jaarbasis werden gemiddeld 1,1 lastgevingen tot IBS aangevraagd voor een psychiatrische patiënt in de periode 2011-2014.
- In vrijwel alle gevallen (99,9%) werd een aanvraag voor lastgeving tot IBS door de verantwoordelijk bestuurder (burgemeester/wethouder) gehonoreerd.

2.1 Verdeling van aanvragen voor lastgeving tot IBS naar type zorginstelling

In Tabel 2.1 is weergegeven hoe vaak in elk jaar in de periode 2011-2014 een lastgeving tot IBS werd aangevraagd. Dit betrof zowel een aanvraag voor een lastgeving tot IBS in een psychiatrisch ziekenhuis of op een afdeling psychiatrie van een ziekenhuis, als in een verslavingszorginstelling, een verpleeghuis, of een instelling voor zwakzinnigenzorg.

De verdeling van aangevraagde lastgevingen tot IBS-en naar type zorginstelling was betrekkelijk constant over de jaren. In 2014 lijkt er ten opzichte van 2013 wel sprake

te zijn geweest van een lichte verschuiving van gedwongen opnames in een algemeen psychiatrisch ziekenhuis (APZ) naar gedwongen opnames op een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis (PAAZ). Verder laat Tabel 2.1 zien dat er tussen 2011 en 2014 sprake was van een lichte verschuiving van het relatieve aandeel van psychiatrische instellingen versus verpleeginstellingen en zwakzinnigeninstellingen.

Bij deze observaties moet rekening worden gehouden met het feit dat het aantal gemeenten dat was aangesloten op BOPZ-online tussen einde 2011 en einde 2014 opliep van 82,2% tot 97,7%. Deze toename is deels veroorzaakt doordat meer gemeenten zich hebben aangesloten en deels doordat door fusies het aantal gemeenten is afgenomen.

Tabel 2.1 Aantal aangevraagde lastgevingen tot IBS in de periode 2011-2014, uitgesplitst naar type zorginstelling

	2011 N (%)	2012 N (%)	2013 N (%)	2014 N (%)
Algemeen psychiatrisch ziekenhuis (APZ)	5.765 (79,0%)	5.921 (80,2%)	6.241 (80,0%)	5.973 (76,7%)
Psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis (PAAZ)	488 (6,7%)	422 (5,7%)	471 (6,0%)	641 (8,2%)
Verpleeghuis	276 (3,8%)	295 (4,0%)	351 (4,5%)	384 (4,9%)
Psychiatrische universiteitskliniek (PUK)	342 (4,7%)	299 (4,0%)	289 (3,7%)	294 (3,8%)
Instelling voor kinder- en jeugd psychiatrie	242 (3,3%)	239 (3,2%)	224 (2,9%)	241 (3,1%)
Verslavingszorginstelling	83 (1,1%)	86 (1,2%)	101 (1,3%)	124 (1,6%)
Instelling voor verstandelijk gehandicapten	38 (0,5%)	44 (0,6%)	59 (0,8%)	62 (0,8%)
Forensische psychiatrie	51 (0,7%)	70 (0,9%)	55 (0,7%)	53 (0,7%)
Onbekend	8 (0,1%)	11 (0,1%)	15 (0,2%)	15 (0,2%)
<i>Totaal GGZ-instellingen</i>	<i>6.979 (95,7%)</i>	<i>7.048 (95,4%)</i>	<i>7.396 (94,7%)</i>	<i>7341 (94,3%)</i>
<i>Totaal verpleeghuizen + instellingen voor verstandelijk gehandicapten</i>	<i>314 (4,3%)</i>	<i>339 (4,6%)</i>	<i>420 (5,3%)</i>	<i>446 (5,7%)</i>
Totaal	7.293	7.387	7.806	7.787

2.2 Geschatte landelijke aantallen aangevraagde lastgevingen tot IBS voor psychiatrische patiënten

Een klein aantal gemeentes gaf geen toestemming om hun data door het Trimbos-instituut te laten analyseren. Daarnaast verschilde het aantal gemeentes waarvoor gegevens beschikbaar waren in de jaren 2011-2014, omdat gemeentes in de loop van deze periode een contract afsloten met BOPZ-online of vanwege fusering van gemeentes.

Daarom is per onderzoeksjaar op basis van de dekkingsgraad van BOPZ-online een extrapolatie gemaakt van het aantal aangevraagde lastgevingen tot IBS naar een landelijke schatting. Dit is gebeurd op basis van de inwoneraantallen van de gemeentes die toestemming tot het gebruik van hun data hebben gegeven (Tabel 2.2). De aannames hierbij zijn, dat de verhouding GGZ-instellingen versus overige instellingen over de jaren constant was én dat het aantal aangevraagde lastgevingen tot IBS gelijk over de Nederlandse bevolking verdeeld was. Vanwege privacy redenen kan niet worden beschikt over de namen van gemeentes die geen toestemming hebben gegeven óf niet bij BOPZ-online zijn aangesloten.

Het absolute aantal aangevraagde lastgevingen tot IBS in een GGZ-instelling (willekeurig welk type) was in 2011 en 2012 vrijwel gelijk, steeg in 2013 (3,4% meer t.o.v. 2012) en daalde in 2014 weer (5,3% t.o.v. 2013). Anders gezegd, er was tussen 2011 en 2014 geen duidelijk patroon te zien wat betreft het totaal aantal aangevraagde lastgevingen tot IBS voor psychiatrische patiënten.

Daarentegen was er met betrekking tot psychogeriatrische patiënten en verstandelijk beperkten in deze jaren sprake van een doorgaande stijging van het aantal aangevraagde lastgevingen tot IBS (een stijging van 32,0% in de periode 2011-2014).

Tabel 2.2 Geschatte aantallen aangevraagde lastgevingen tot IBS in Nederland in de periode 2011-2014 op basis van de dekkingsgraad van de BOPZ-online gegevens qua inwoneraantallen, uitgesplitst naar GGZ (grijs gearceerd) en overig (psychogeriatric/ verstandelijk gehandicaptenzorg)

Jaar	BOPZ-online gegevens				Extrapolatie naar landelijk niveau		
	Aantal aangevraagde lastgevingen tot IBS	GGZ	Overig	Landelijke dekking	Landelijk aantal aangevraagde lastgevingen tot IBS	GGZ	Overig
2011	7.293	6.979	314	81,90%	8.905	8.521	384
2012	7.387	7.048	339	82,70%	8.932	8.522	410
2013	7.806	7.396	420	83,92%	9.301	8.812	489
2014	7.787	7.341	446	87,98%	8.851	8.344	507

2.3 Verhouding nog niet opgenomen versus reeds opgenomen onder psychiatrische patiënten

In BOPZ-online wordt bijgehouden waar een betrokkene zich bevindt op het moment waarop gestart wordt met de aanvraagprocedure voor een lastgeving tot IBS. Hierbij worden drie categorieën onderscheiden:

- *Instelling*: de persoon is op het moment van de aanvraag al vrijwillig in een instelling opgenomen (in de meeste gevallen een GGZ-instelling).
- *Woonadres*: de persoon is op het moment van de aanvraag aanwezig op het eigen woonadres. Het kan hierbij ook gaan om een plaats voor beschermd wonen of begeleid zelfstandig wonen, of een verzorgingshuis.
- *Elders*: de persoon is op het moment van de aanvraag tijdelijk elders aanwezig, zoals bij familie, op het politiebureau (in de meeste gevallen), bij een crisisdienst, maar bijvoorbeeld ook op de treinrails. Het betreft dus alle tijdelijke verblijfplaatsen anders dan een instelling of het eigen woonadres.

Op basis van deze informatie is voor aangevraagde lastgevingen tot IBS in een GGZ-instelling (willekeurig welke type) nagegaan hoe vaak deze betrekking hadden op psychiatrische patiënten die al dan niet reeds vrijwillig verbleven op een opnameafdeling van een instelling.

Het bleek dat in de jaren 2011-2014 de helft van de patiënten voor wie een lastgeving tot IBS werd aangevraagd reeds opgenomen was in een instelling (Tabel 2.3). Ongeveer een vijfde verbleef op dat moment in de eigen thuishouding en ruim een kwart verbleef elders. De verhouding tussen al dan niet reeds opgenomen zijn in een instelling, was vergelijkbaar in alle vier de jaren.

Tabel 2.3 Verblijfplaats ten tijde van een aanvraag voor lastgeving tot IBS

	Instelling (%)	Elders (%)	Woonadres (%)
2011	3.522 (50,5%)	2.003 (28,7%)	1.454 (20,8%)
2012	3.523 (50,0%)	2.001 (28,4%)	1.524 (21,6%)
2013	3.795 (51,3%)	1.968 (26,6%)	1.633 (22,1%)
2014	3.700 (50,4%)	1.968 (26,8%)	1.673 (22,8%)
Totaal	14.540 (50,5%)	7.941 (27,6%)	6.284 (21,8%)

2.4 Aantal aanvragen voor lastgeving tot IBS per psychiatrische patiënt

In Tabel 2.4 is weergegeven hoe vaak het in de jaren 2011-2014 voorkwam dat voor dezelfde psychiatrische patiënt meerdere lastgevingen tot IBS waren aangevraagd. Over alle vier jaren samen genomen was er in 85% van de gevallen sprake geweest van één aanvraag voor lastgeving tot IBS, voor ongeveer 11% van de patiënten werden twee lastgevingen aangevraagd en voor de resterende gevallen drie of meer.

Kijkend per onderzoeksjaar, dan was de verdeling als volgt: voor ongeveer 90% van de patiënten werd in een jaar één lastgeving tot IBS aangevraagd, voor circa 7% werden in een jaar twee lastgevingen aangevraagd, en voor de resterende gevallen drie of meer lastgevingen. Deze verdeling blijft stabiel in de jaren 2011 tot en met 2014. Op jaarbasis werden gemiddeld 1,1 lastgevingen tot IBS aangevraagd voor een psychiatrische patiënt.

Tabel 2.4 Aantal aangevraagde lastgevingen tot IBS per psychiatrische patiënt in de periode 2011-2014

	Aantal aanvragen lastgeving IBS				Totaal aantal aanvragen lastgeving IBS	Totaal aantal patiënten
	1	2	3	≥ 4		
Totaal 2011-2014						
Aantal patiënten (%)	20.343 (85,3%)	2.703 (11,3%)	542 (2,3%)	253 (1,1%)	28.765	23.843
2011						
Aantal patiënten (%)	5.800 (91,6%)	453 (7,2%)	57 (0,9%)	21 (0,3%)	6.979	6.331
2012						
Aantal patiënten (%)	5.866 (91,4%)	485 (7,6%)	50 (0,8%)	24 (0,4%)	7.048	6.415
2013						
Aantal patiënten (%)	6.064 (90,9%)	508 (7,6%)	77 (1,2%)	22 (0,3%)	7.396	6.671
2014						
Aantal patiënten (%)	6.057 (91,3%)	488 (7,4%)	70 (1,1%)	22 (0,3%)	7.341	6.637

2.5 Aantal toegekende lastgevingen tot IBS voor psychiatrische patiënten in de jaren 2011-2014

Uit de cijfers van BOPZ-online blijkt dat in vrijwel alle gevallen een aanvraag voor lastgeving tot IBS door de verantwoordelijk bestuurder (burgemeester/wethouder) werd gehonoreerd. In slechts 15 gevallen (0,5%) werd de aanvraag niet toegekend. Het betrof in elk kalenderjaar gelijke aantallen.

Bedacht moet worden dat bij deze cijfers geen rekening is gehouden met de gevallen waarin een aanvraag voor lastgeving tot IBS niet werd voltooid, bijvoorbeeld omdat de patiënt alsnog aangaf vrijwillig te willen worden opgenomen of omdat de beoordelend psychiater van mening was dat niet voldaan werd aan de eisen voor een lastgeving en geen geneeskundige verklaring invulde. In BOPZ-online worden alleen die gevallen geregistreerd waarbij de aanvraagprocedure wordt afgerond, en voorgelegd wordt aan de burgemeester/wethouder.

3 Hoeveel tijd was gemoeid met de aanvraagprocedure voor lastgeving tot IBS in de GGZ in de periode 2011-2014?

Bevindingen samengevat

- Kijkend naar de aangevraagde lastgevingen tot IBS in de GGZ voor nog niet opgenomen patiënten, werd de beoordeling in 64% van de gevallen uitgevoerd door een psychiater, in 26% van de gevallen door een arts-assistent in opleiding (AIOS) of niet in opleiding (ANIOS), en in 10% door een andere arts. Bij de aangevraagde lastgevingen voor reeds opgenomen patiënten waren deze percentages respectievelijk 59%, 32% en 9%. Kortom, in de klinische setting werd de beoordeling iets vaker uitgevoerd door een A(N)IOS dan in de ambulante setting.
- De tijdsduur tussen het opstarten van BOPZ-online en het definitieve besluit een geneeskundige verklaring in te vullen (wat staat voor een deel van het psychiatrisch onderzoek) was gemiddeld 48 minuten bij nog niet opgenomen patiënten, en gemiddeld 56 minuten bij reeds opgenomen patiënten. Er was een significante invloed van type beoordelend arts: psychiaters hadden de minste tijd nodig, ANIOS de meeste tijd.
- Het invullen en ondertekenen van een geneeskundige verklaring duurde gemiddeld 30 minuten bij nog niet opgenomen patiënten, en gemiddeld 36 minuten bij reeds opgenomen patiënten. Er was wederom een significante invloed van type beoordelend arts: psychiaters hadden de minste tijd nodig, ANIOS de meeste tijd.
- Het al dan niet bekrachtigen van de lastgeving door de bestuurder (burgemeester/wethouder) duurde zowel bij ambulante patiënten als bij reeds opgenomen patiënten gemiddeld 12 minuten. Type beoordelend arts had weinig invloed op deze tijdsduur.
- De tijd tussen ondertekening door bestuurder en de daadwerkelijke dwangopneming (tenuitvoerlegging) was gemiddeld 104 minuten bij nog niet opgenomen patiënten, en gemiddeld 62 minuten bij reeds opgenomen patiënten.

- Bij de lastgevingen voor nog niet opgenomen patiënten werd in 84% van de gevallen ambulancevervoer ingeschakeld voor de tenuitvoerlegging, blijkens uit de registratie van ambulancemeldingen. Bij de lastgevingen voor reeds opgenomen patiënten was dit percentage 27%.
- De totale tijdsduur tussen het opstarten van BOPZ-online tot de daadwerkelijke dwangopneming van een patiënt was gemiddeld 3,2 uur bij nog niet opgenomen patiënten, en gemiddeld 2,7 uur bij reeds opgenomen patiënten. Het significante verschil werd veroorzaakt doordat de tenuitvoerlegging bij ambulante patiënten beduidend langer duurde dan bij reeds opgenomen patiënten.
- De gemiddelde tijd die beoordelend psychiaters/artsen en bestuurders besteedden aan aanvraagprocedures voor lastgeving tot IBS in een GGZ-instelling bleek nagenoeg stabiel in de jaren 2011-2014. De onderzochte tijdsduren waren rechtsscheef verdeeld, wat betekent dat er (vooral) uitschieters zijn naar een hogere waarde (langere tijdsduur).

De resultaten die in dit hoofdstuk worden gepresenteerd hebben uitsluitend betrekking op de aanvragen voor lastgeving tot IBS in een GGZ-instelling. Lastgevingen tot IBS die aangevraagd worden voor opname van patiënten in een verpleeghuis of instelling voor verstandelijk gehandicapten zijn buiten beschouwing gelaten.

Om na te kunnen gaan in hoeverre de tijdsbesteding van betrokkenen aan de aanvraagprocedure voor lastgeving tot IBS verschilt tussen ambulante en klinische patiënten, worden de analyses naar tijdsbesteding telkens voor twee categorieën uitgevoerd: aangevraagde lastgevingen inzake niet-opgenomen patiënten en aangevraagde lastgevingen inzake reeds opgenomen patiënten (twee ongeveer even grote categorieën).

3.1 Opsteller van de geneeskundige verklaring

In Tabel 3.1 is weergegeven wie de geneeskundige verklaring voor het aanvragen van een lastgeving tot IBS heeft opgesteld. Zowel in het geval van ambulante patiënten als in het geval van reeds opgenomen patiënten werd ongeveer twee derde van de geneeskundige verklaringen door een psychiater opgesteld. In ongeveer een vijfde gevallen betrof het een arts in opleiding tot specialist (AIOS), en in de rest van de gevallen een 'arts' (bv. een verpleeghuisarts) of een arts niet in opleiding tot specialist (ANIOS). De verschillen tussen de ambulante en de opnamesetting waren significant (χ^2 -toets; $p=0,000$). In de opnamesetting werd de geneeskundige verklaring iets vaker door een AIOS of ANIOS ingevuld (32,3%), vergeleken met de ambulante setting (25,9%). De verdeling tussen de beroepsgroepen over de vier onderzochte jaren is vergelijkbaar.

Een mogelijke verklaring voor het statistische, maar kleine verschil tussen beide settings is wellicht de beschikbaarheid van een AIOS of ANIOS. In de opnamesetting is het waarschijnlijk eenvoudiger om een AIOS/ANIOS snel in te schakelen (al dan niet onder supervisie van een psychiater) als beoordelaar van een patiënt in een acute situatie, dan in een ambulante setting.

Tabel 3.1 Wie heeft de geneeskundige verklaring opgesteld?

Beroep	Totaal		2011		2012		2013		2014	
	Amb (%)	Opn (%)	Amb (%)	Opn (%)	Amb (%)	Opn (%)	Amb (%)	Opn (%)	Amb (%)	Opn (%)
AIOS	2.906 (20,4%)	3.320 (22,8%)	716 (20,7%)	876 (24,9%)	645 (18,3%)	804 (22,8%)	793 (22,0%)	801 (21,1%)	751 (20,6%)	839 (22,7%)
ANIOS	769 (5,5%)	1.383 (9,5%)	209 (6,0%)	268 (7,6%)	193 (5,5%)	308 (8,7%)	160 (4,4%)	375 (9,9%)	207 (5,7%)	432 (11,7%)
Arts	1.471 (10,3%)	1.336 (9,2%)	338 (9,8%)	288 (8,2%)	399 (11,3%)	287 (8,1%)	332 (9,2%)	407 (10,7%)	402 (11,0%)	354 (9,6%)
Psychiater	9.079 (63,8%)	8.501 (58,5%)	2.194 (63,5%)	2.090 (59,5%)	2.288 (64,9%)	2.124 (60,3%)	2.316 (64,3%)	2.212 (58,3%)	2.281 (62,6%)	2.075 (56,1%)
Totaal	14.225	14.540	3.457	3.522	3.525	3.523	3.601	3.795	3.641	3.700

Amb: Aangevraagde lastgevingen tot IBS voor niet-opgenomen patiënten

Opn: Aangevraagde lastgevingen tot IBS voor reeds opgenomen patiënten

Omdat de tijdsbesteding aan de aanvraagprocedure voor lastgeving tot IBS kan verschillen per type opsteller, zal hier in de analyses naar tijdsbesteding telkens naar worden gekeken.

3.2 Van het opstarten van BOPZ-online tot het definitieve besluit een geneeskundige verklaring op te stellen

Er was sprake van een zekere spreiding in de hoeveelheid tijd tussen het moment van het opstarten van BOPZ-online en het moment waarop een beoordelend psychiater/arts startte met het invullen van een geneeskundige verklaring. Er waren uitschieters naar boven of beneden, waarschijnlijk ten gevolge van invoerfouten, wat van invloed was op gemiddelde scores. De extreme uitbijters zijn verwijderd.² Gekozen is om naast de gemiddelde waarden ook de mediaanscores en kwartielen te berekenen, zodat met uitbijters rekening kon worden gehouden.

In Tabel 3.2 is weergegeven hoeveel tijd er verstreek tussen het opstarten van BOPZ-online en het moment waarop de psychiater/arts definitief besloot een geneeskundige verklaring op te stellen. Deze tijdsduur staat voor een deel van het psychiatrisch onderzoek. De getallen in de tabel geven het aantal uren en minuten aan. Dit betekent dat bij patiënten die reeds waren opgenomen het gemiddeld $0,94 \times 60 = 56$ minuten duurde na het opstarten van BOPZ-online totdat gestart werd met het invullen van een geneeskundige verklaring. Bij patiënten die niet waren opgenomen duurde dit gemiddeld 48 minuten. In ongeveer een kwart van de gevallen werd binnen een half uur met het invullen van de geneeskundige verklaring gestart, in de helft van de gevallen duurde het rond een uur. Bij een kwart zat er meer dan een uur tussen het opstarten van BOPZ-online en de definitieve beslissing om een geneeskundige verklaring op te stellen, met uitlopers tot bijna zes uur.

Het verschil in tijdsbesteding tussen beide condities was significant voor alle onderzochte jaren (t-tests; $p=0,000$): de tijd tussen het opstarten van BOPZ-online en het beginnen met het invullen van de geneeskundige verklaring duurde gemiddeld langer als de patiënt al opgenomen is. De verdeling van de tijdsbesteding was vergelijkbaar in de verschillende jaren.

2 In dit voorbeeld was er sprake van twee uitbijters waarbij er meer dan een etmaal verstreek tussen de start van het onderzoek en het opstellen van een geneeskundige verklaring. Verder hadden enkele tijdsperiodes een (zeer) negatieve waarde. Gezien de geringe aantallen werden de uitkomsten niet beïnvloed. In totaal werd 2,2% van de casussen verwijderd.

Tabel 3.2 Tijd tussen het opstarten van BOPZ-online en het definitieve besluit om een geneeskundige verklaring in te vullen, uitgedrukt in uren (en minuten)

	Totaal		2011		2012		2013		2014	
	Amb	Opn	Amb	Opn	Amb	Opn	Amb	Opn	Amb	Opn
Gemiddeld	0,80 (48)	0,94 (56)	0,82	0,97	0,79	0,94	0,80	0,94	0,79	0,92
Percentielscores										
25%	0,39 (23)	0,43 (26)	0,39	0,43	0,38	0,43	0,39	0,44	0,39	0,44
50%	0,64 (38)	0,70 (41)	0,66	0,72	0,63	0,69	0,65	0,71	0,64	0,72
75%	1,04 (62)	1,17 (70)	1,05	1,22	1,02	1,16	1,05	1,18	1,03	1,16
100%	5,83 (323)	5,92 (355)	5,62	5,86	5,48	5,83	5,81	5,76	5,83	5,02

Amb: Aangevraagde lastgevingen tot IBS voor niet-opgenomen patiënten

Opn: Aangevraagde lastgevingen tot IBS voor reeds opgenomen patiënten

In beide condities (ambulante gevallen; klinische gevallen) duurde de tijd tussen het opstarten van BOPZ-online en de definitieve beslissing om een geneeskundige verklaring in te vullen significant korter bij de psychiater dan bij de andere artsen (Oneway ANOVA). De onderlinge verschillen waren vergelijkbaar in de vier onderzochte jaren (Tabel 3.3).

Tabel 3.3 Gemiddelde tijdsduur tussen het opstarten van BOPZ-online en het definitieve besluit om een geneeskundige verklaring in te vullen, uitgesplitst naar type opsteller en uitgedrukt in uren

Beroep	Totaal		2011		2012		2013		2014	
	Amb	Opn	Amb	Opn	Amb	Opn	Amb	Opn	Amb	Opn
Psychiater	0,72	0,84	0,74	0,86	0,70	0,84	0,72	0,83	0,72	0,82
Arts	0,95	0,99	0,96	0,99	0,98	0,93	0,93	1,04	0,99	0,99
AIOS	0,95	1,10	0,98	1,09	0,97	1,13	0,95	1,07	0,89	1,02
ANIOS	0,97	1,16	0,87	1,18	1,04	1,16	1,00	1,18	0,96	1,16
p-waarde	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000

Amb: Aangevraagde lastgevingen tot IBS voor niet-opgenomen patiënten

Opn: Aangevraagde lastgevingen tot IBS voor reeds opgenomen patiënten

3.3 Van de start van het opstellen van een geneeskundige verklaring tot de ondertekening door de opsteller

In Tabel 3.4 is weergegeven hoeveel tijd er verstreek tussen het moment waarop de beoordelend psychiater/arts startte met het invullen van de geneeskundige verklaring en het moment van ondertekening. Ook in dit geval was er sprake van een significant verschil tussen lastgevingen die betrekking hadden op reeds opgenomen patiënten en lastgevingen die betrekking hadden op ambulante patiënten. In de eerstgenoemde gevallen was de tijdsperiode gemiddeld 36 minuten, in de laatstgenoemde gevallen gemiddeld 30 minuten (t-test; $p=0.000$). In een kwart van de gevallen duurde het opstellen en ondertekenen van de geneeskundig verklaring bijna 20 minuten, in de helft van de gevallen was het maximaal een half uur kwartier, en in driekwart van de gevallen maximaal een drie kwartier. In beide condities waren er (meerdere) uitschieters naar boven, tot een etmaal.

Tabel 3.4 Tijd tussen start van het opstellen van een geneeskundige verklaring en het moment van ondertekening door de opsteller, uitgedrukt in uren (en minuten)

	Totaal		2011		2012		2013		2014	
	Amb	Opn	Amb	Opn	Amb	Opn	Amb	Opn	Amb	Opn
Gemiddeld	0,50 (30)	0,60 (36)	0,48	0,57	0,50	0,58	0,52	0,61	0,50	0,63
Percentielscores										
25%	0,29 (17)	0,31 (19)	0,29	0,29	0,29	0,31	0,30	0,31	0,30	0,32
50%	0,41 (25)	0,46 (28)	0,40	0,45	0,41	0,45	0,42	0,46	0,41	0,47
75%	0,58 (35)	0,71 (43)	0,56	0,69	0,58	0,68	0,60	0,74	0,59	0,75
100%	23,85 (1.431)	23,58 (1.415)	17,62	7,62	19,97	23,58	23,85	15,25	11,75	19,46

Amb: Aangevraagde lastgevingen tot IBS voor niet-opgenomen patiënten

Opn: Aangevraagde lastgevingen tot IBS voor reeds opgenomen patiënten

Ook wat betreft de tijd benodigd voor het opstellen en ondertekenen van de geneeskundige verklaring bestonden er significante verschillen tussen de verschillende opstellers. In beide condities (ambulante gevallen; klinische gevallen) had de psychiater gemiddeld de minste tijd nodig en de ANIOS gemiddeld de meeste tijd (Tabel 3.5). Het verschil tussen de psychiater en de ANIOS was het grootst bij patiënten die reeds waren opgenomen.

De ANIOS had in deze gevallen gemiddeld bijna twee keer zo veel tijd nodig. Deze onderlinge verhouding was vergelijkbaar in de vier onderzochte jaren.³

Tabel 3.5 Gemiddelde tijdsduur tussen start van het opstellen van een geneeskundige verklaring en het moment van ondertekening door de opsteller, uitgesplitst naar type opsteller en uitgedrukt in uren

Beroep	Totaal		2011		2012		2013		2014	
	Amb	Opn	Amb	Opn	Amb	Opn	Amb	Opn	Amb	Opn
Psychiater	0,45	0,47	0,43	0,44	0,44	0,47	0,46	0,50	0,45	0,49
Arts	0,56	0,65	0,55	0,69	0,52	0,59	0,57	0,67	0,59	0,65
AIOS	0,59	0,76	0,55	0,77	0,61	0,76	0,61	0,71	0,57	0,79
ANIOS	0,71	0,89	0,66	0,85	0,72	0,82	0,73	0,96	0,74	0,91
p-waarde	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000

Amb: Aangevraagde lastgevingen tot IBS voor niet-opgenomen patiënten

Opn: Aangevraagde lastgevingen tot IBS voor reeds opgenomen patiënten

3.4 Van de ondertekening van de geneeskundige verklaring door de opsteller tot de ondertekening door de bestuurder

Nadat de geneeskundige verklaring door de psychiater/arts is ondertekend, moet de verantwoordelijke en gemachtigde bestuurder (de burgemeester of een wethouder) de aanvraag voor lastgeving tot IBS bekrachtigen (wat nagenoeg in alle gevallen gebeurd zoals beschreven in paragraaf 2.2). Uit Tabel 3.6 blijkt dat dit meestal weinig tijd kostte. In beide condities (ambulante gevallen; klinische gevallen) geschiedde dit gemiddeld binnen een kwartier. In een kwart van de gevallen gebeurde dit binnen vijf minuten en in de helft van de gevallen binnen tien minuten. Echter in een kwart van de gevallen duurde het langer dan een kwartier, met enkele uitschieters naar boven. Bij 6,8% van de patiënten die nog niet zijn opgenomen, duurt het een half uur of langer en bij 2,0% langer dan drie kwartier. Bij de andere groep is dit respectievelijk 8,9% en 3,6%. Bij de uitschieters duurt het een halve dag (opgenomen patiënten) of bij na een dag (ambulante patiënten).

3 In het geval dat een AIOS of ANIOS de geneeskundige verklaring opstelt onder supervisie van een psychiater is de gezamenlijke bestede tijd waarschijnlijk langer dan in de database wordt weergegeven. Daarin worden alleen de tijdstippen bijgehouden, niet of er op dat moment een superviserende psychiater bij betrokken is.

Tabel 3.6 Tijd tussen het ondertekenen van de geneeskundige verklaring door de opsteller en het ondertekenen door de bestuurder, uitgedrukt in uren (en minuten)

	Totaal		2011		2012		2013		2014	
	Amb	Opn	Amb	Opn	Amb	Opn	Amb	Opn	Amb	Opn
Gemiddeld	0,20 (12)	0,20 (12)	0,21	0,22	0,21	0,21	0,19	0,20	0,19	0,18
Percentielscores										
25%	0,08 (5)	0,07 (4)	0,09	0,08	0,08	0,08	0,08	0,07	0,08	0,07
50%	0,12 (7)	0,12 (7)	0,13	0,12	0,13	0,12	0,12	0,11	0,11	0,10
75%	0,22 (13)	0,21 (13)	0,23	0,24	0,22	0,22	0,21	0,21	0,21	0,19
100%	20,59 (1.235)	11,11 (667)	17,7	4,35	14,77	11,11	13,96	9,17	20,59	2,76

Amb: Aangevraagde lastgevingen tot IBS voor niet-opgenomen patiënten

Opn: Aangevraagde lastgevingen tot IBS voor reeds opgenomen patiënten

Wie de geneeskundige verklaring opstelde had weinig invloed op de tijd tussen het ondertekenen door de opsteller en het ondertekenen door de bestuurder. Over de jaren heen is deze tijdsperiode vrijwel constant (Tabel 3.7).

Tabel 3.7 Gemiddelde tijdsduur tussen het ondertekenen van de geneeskundige verklaring door de opsteller en het ondertekenen door de bestuurder, uitgesplitst naar type opsteller en uitgedrukt in uren

Beroep	Totaal		2011		2012		2013		2014	
	Amb	Opn	Amb	Opn	Amb	Opn	Amb	Opn	Amb	Opn
Psychiater	0,21	0,20	0,22	0,22	0,22	0,20	0,19	0,20	0,20	0,19
Arts	0,18	0,18	0,21	0,22	0,19	0,19	0,18	0,16	0,16	0,16
AIOS	0,18	0,19	0,18	0,22	0,18	0,20	0,17	0,18	0,16	0,17
ANIOS	0,18	0,21	0,17	0,22	0,19	0,26	0,19	0,23	0,18	0,16
p-waarde	0,000	0,002	0,121	0,997	0,108	0,018	0,597	0,001	0,079	0,000

Amb: Aangevraagde lastgevingen tot IBS voor niet-opgenomen patiënten

Opn: Aangevraagde lastgevingen tot IBS voor reeds opgenomen patiënten

3.5 Van de ondertekening door de bestuurder tot de daadwerkelijk opname

Tussen beide condities (ambulante gevallen; klinische gevallen) bestonden aanzienlijke verschillen in tijdsduur tussen het afgeven van een last tot inbewaringstelling door de bestuurder en het daadwerkelijke moment van opname (T-test; $p=0,000$). Zoals te verwachten was, duurde de tenuitvoerlegging van de lastgeving bij de patiënten die reeds waren opgenomen korter. In deze conditie zal er vaak sprake zijn van een overdracht van de ene naar de andere afdeling of misschien zelfs van een verandering van juridische status binnen dezelfde opnameafdeling. Ambulante patiënten moeten nog naar een instelling worden overgebracht. Dat bleek ook uit de cijfers (Tabel 3.8). Bij de reeds opgenomen patiënten duurde de tenuitvoerlegging in 50% van de gevallen minder dan vijf minuten, terwijl bij de patiënten die nog niet opgenomen waren het in 50% van de gevallen ruim een uur duurde. Maar ook binnen beide condities waren er grote variaties. Bij de reeds opgenomen patiënten duurde in een kwart van de gevallen de overdracht langer dan een uur, en in 1,4% van de gevallen langer dan een halve dag, met uitschieters tot vijf dagen. Bij de patiënten die nog niet waren opgenomen duurde het in een kwart van de gevallen meer dan twee uur, in 1,4% van de gevallen langer dan een halve dag, met uitschieters tot ruim drie dagen.

Tabel 3.8 Tijd tussen het ondertekenen door de bestuurder en de daadwerkelijke opname, uitgedrukt in uren (en minuten)

	Totaal		2011		2012		2013		2014	
	Amb	Opn	Amb	Opn	Amb	Opn	Amb	Opn	Amb	Opn
Gemiddeld	1,74 (104)	1,04 (62)	1,73	1,01	1,75	1,04	1,73	1,03	1,77	1,06
Percentielscores										
25%	0,54 (32)	0,01 (1)	0,57	0,01	0,49	0,01	0,51	0,01	0,59	0,01
50%	1,17 (70)	0,08 (5)	1,17	0,07	1,13	0,08	1,18	0,09	1,19	0,10
75%	1,96 (118)	1,05 (63)	1,92	1,01	1,96	1,05	1,98	1,03	1,97	1,13
100%	75,01 (4.501)	122,27 (7.336)	50,69	122,27	75,01	62,69	53,31	63,38	68,26	43,41

Amb: Aangevraagde lastgevingen tot IBS voor niet-opgenomen patiënten

Opn: Aangevraagde lastgevingen tot IBS voor reeds opgenomen patiënten

3.6 Van het opstarten van BOPZ-online tot de daadwerkelijke opname

In Tabel 3.9 is de totale periode weergegeven vanaf het opstarten van BOPZ-online tot de daadwerkelijke dwangopneming van een patiënt. De totale tijd tussen het opstarten van BOPZ-online en daadwerkelijke opname duurde bij ambulante patiënten gemiddeld een half uur langer dan bij reeds opgenomen patiënten (3,2 tegenover 2,7 uur). Dit verschil is significant (T-test; $p=0,000$). Dit komt omdat – zoals in de vorige paragraaf beschreven – de tenuitvoerlegging bij ambulante patiënten beduidend langer duurde dan bij reeds opgenomen patiënten.

Tabel 3.9 Tijd tussen het opstarten van BOPZ-online tot de daadwerkelijke opname, uitgedrukt in uren

	Totaal		2011		2012		2013		2014	
	Amb	Opn	Amb	Opn	Amb	Opn	Amb	Opn	Amb	Opn
Gemiddeld	3,21	2,74	3,22	2,75	3,21	2,73	3,20	2,74	3,22	2,75
Percentielscores										
25%	1,77	1,23	1,83	1,23	1,75	1,17	1,83	1,23	1,83	1,25
50%	2,50	2,00	2,50	2,00	2,50	1,92	2,50	2,00	2,50	2,00
75%	3,58	3,25	3,58	3,25	3,50	3,20	3,75	3,17	3,55	3,32
100%	79,20	125,25	53,25	125,25	79,20	63,50	55,27	65,00	69,67	45,00

Amb: Aangevraagde lastgevingen tot IBS voor niet-opgenomen patiënten

Opn: Aangevraagde lastgevingen tot IBS voor reeds opgenomen patiënten

3.7 Ambulancemelding

Na het tekenen door de verantwoordelijk bestuurder kan de patiënt worden opgenomen. Met de BOPZ-online gegevens kon nagegaan worden hoe ambulancevervoer werd ingeschakeld voor de tenuitvoerlegging. Het bleek dat bij de ambulante patiënten in 83,9% van de gevallen een ambulancemelding was gedaan, bij de reeds opgenomen patiënten was dit 27,0% (Tabel 3.10). Veel patiënten zullen binnen de instelling naar een gesloten afdeling zijn overgeplaatst, waarbij de inzet van een ambulance niet nodig is geweest. De percentages ambulancemeldingen waren vrijwel constant over de jaren.

Tabel 3.10 Is er een ambulancemelding geweest? Aantal (en percentage)

	Totaal		2011		2012		2013		2014	
	Amb	Opn	Amb	Opn	Amb	Opn	Amb	Opn	Amb	Opn
Ja	11.906 (83,9%)	3.924 (27,0%)	2.939 (85,2%)	947 (26,9%)	2.950 (83,8%)	949 (27,0%)	2.973 (82,8%)	956 (25,2%)	3.043 (83,8%)	1.072 (29,0%)
Nee	2.291 (16,1%)	10.595 (73,0%)	512 (14,8%)	2.573 (73,1%)	570 (16,2%)	2.568 (73,0%)	619 (17,2%)	2.833 (74,8%)	590 (16,2%)	2.621 (71,0%)

Amb: Aangevraagde lastgevingen tot IBS voor niet-opgenomen patiënten

Opn: Aangevraagde lastgevingen tot IBS voor reeds opgenomen patiënten

4 Voor welke personen werd een lastgeving aangevraagd in de GGZ in de periode 2011-2014?

Bevindingen samengevat

- De kenmerken (leeftijd, geslacht, herkomst, diagnoses en gevaarscriteria) van psychiatrische patiënten voor wie een lastgeving tot IBS werd aangevraagd in de periode 2011-2014 waren nagenoeg stabiel. De gemiddelde leeftijd was ruim 40 jaar, ruim de helft was man, circa twee derde was geboren in Nederland, schizofrenie of een overige psychotische stoornis werden het vaakst gesteld als belangrijkste (voorlopige) diagnose, en suïcidegevaar en/of het zichzelf toebrengen van ernstig letsel of het gevaar voor het aanbrengen van ernstig letsel bij anderen waren het vaakst het belangrijkste gevaarscriterium om een lastgeving tot IBS aan te vragen.
- Of een aanvraag voor een lastgeving tot IBS betrekking had op een al dan niet reeds vrijwillig opgenomen patiënt was van invloed. Vergeleken met patiënten die reeds waren opgenomen, waren nog niet opgenomen patiënten wat ouder (43,1 vs. 41,5 jaar) en wat vaker van het mannelijke geslacht (56,5% vs. 50,7%). Daarnaast hadden zij relatief vaker schizofrenie (17,2 vs. 15,1%) of een overige psychotische stoornis (30,5 vs. 26,6%) als de belangrijkste (voorlopig) gestelde diagnose, en daarentegen verhoudingsgewijs minder vaak een persoonlijkheidsstoornis (4,8% vs. 7,8%). Tot slot was bij hun het belangrijkste gevaarscriterium relatief vaker het gevaar voor ernstig letsel voor anderen (31,1% vs. 23,5%), en verhoudingsgewijs minder vaak het gevaar om zichzelf ernstig letsel toe te brengen (36,2% vs. 42,0%).
- Met behulp van statistiek (principale componenten analyse) blijken patiënten in vier groepen ingedeeld te kunnen worden op basis van het geregistreerde type belangrijkste gevaarscriterium:
 - a 'Agressie naar/door anderen': patiënten bij wie het gevaar/risico bestaat dat zij een ander van het leven zullen beroven of hem ernstig lichamelijk letsel zullen toebrengen; patiënten bij wie het gevaar/risico bestaat dat zij met hinderlijk gedrag agressie van anderen zullen oproepen; of patiënten die een gevaar/risico vormen voor de algemene veiligheid van personen of goederen.

- b 'Agressie naar zichzelf': patiënten bij wie het gevaar/risico bestaat dat zij zich van het leven zullen beroven of zij zichzelf ernstig lichamelijk letsel zullen toebrengen.
 - c 'Verwaarlozing van zichzelf': patiënten bij wie het gevaar/risico bestaat dat zij zichzelf in ernstige mate zullen verwaarlozen; of patiënten bij wie het gevaar/risico bestaat dat zij maatschappelijk te gronde zullen gaan.
 - d 'Verwaarlozing van anderen': patiënten die een gevaar/risico vormen voor de psychische gezondheid van anderen; of patiënten bij wie het gevaar bestaat dat zij een ander, die aan hun zorg is toevertrouwd, zullen verwaarlozen.
- De meeste aangevraagde lastgevingen tot IBS in de periode 2011-2014 (45,7%) hadden betrekking op de patiëntengroep 'agressie naar/door anderen', gevolgd door aangevraagde lastgevingen met betrekking tot de patiëntengroep 'agressie naar zichzelf' (39,1%), de patiëntengroep 'verwaarlozing van zichzelf' (12,2%) en de patiëntengroep 'verwaarlozing van anderen' (3%).
 - Er werden diverse verschillen tussen de patiëntengroepen gevonden:
 - In de patiëntengroepen 'agressie naar zichzelf' en 'verwaarlozing van zichzelf' ging het verhoudingsgewijs vaker om reeds opgenomen patiënten; voor de twee andere patiëntengroepen gold het omgekeerde.
 - In de patiëntengroep 'agressie naar/door anderen' ging het relatief vaker om mannen dan in de andere drie patiëntengroepen.
 - De patiëntengroep 'verwaarlozing van zichzelf' was gemiddeld ouder dan de patiëntengroepen 'agressie naar/door anderen' en 'agressie naar zichzelf'.
 - Schizofrenie, overige psychotische stoornissen en stemmingsstoornissen (al dan niet met gemengde, psychotische of manische kenmerken) werden relatief vaker als belangrijkste diagnose gesteld in de patiëntengroep 'agressie naar/door anderen' dan in de patiëntengroep 'agressie naar zichzelf'. In de laatstgenoemde patiëntengroep was daarentegen een depressieve stoornis of een persoonlijkheidsstoornis vaker de belangrijkste (voorlopige) diagnose, in vergelijking met de andere drie patiëntengroepen.

De resultaten die in dit hoofdstuk worden gepresenteerd hebben uitsluitend betrekking op de aanvragen voor lastgeving tot IBS in een GGZ-instelling. Lastgevingen tot IBS die aangevraagd worden voor gedwongen opname van patiënten in een verpleeghuis of instelling voor verstandelijk gehandicapten zijn buiten beschouwing gelaten.

Verder is er voor gekozen om de analyses voor dit hoofdstuk – overeenkomstig de eerdere hoofdstukken – uit te voeren op het niveau van aanvraag voor lastgeving tot IBS. Een andere keuze zou zijn om analyses op het niveau van patiënt uit te voeren. Echter, deze benadering zou hebben geleid tot het uitsluiten van een substantieel deel van de patiënteninformatie zoals geregistreerd in de aanvragen, omdat voor circa 15% van patiënten meer dan één lastgeving werd aangevraagd in de periode 2011-2014. De keuze om analyses uit te voeren op het niveau van een aanvraag voor lastgeving kan ertoe hebben geleid dat de gepresenteerde gemiddelde leeftijden van patiënten die in dit hoofdstuk worden gepresenteerd enigszins afwijken van de werkelijke gemiddelde leeftijd (door dubbeltellingen van een deel van de patiënten). Een mogelijk verschil zal hoogstwaarschijnlijk verwaarloosbaar klein zijn.

4.1 Leeftijd, geslacht en herkomst

Leeftijd

De gemiddelde leeftijd van de patiënten was ruim 40 jaar (Tabel 4.1). Er was sprake van een ruime spreiding. Van de groep patiënten die nog niet waren opgenomen, was 3,5% jonger dan 18 jaar (waarbij de jongste 8 jaar was). Daarentegen was 11,5% ouder dan 65 jaar, en 3,7% ouder dan 80 jaar (waarbij de oudste 102 jaar was). Onder de reeds opgenomen patiënten was 3,8% jonger dan 18 jaar (waarbij de jongste 11 jaar was). Verder was 11,5% ouder dan 65 jaar, en 2,7% ouder dan 80 jaar (waarbij de oudste 103 jaar was). De leeftijdsverschillen tussen beide condities waren significant. Degenen die nog niet waren opgenomen, waren gemiddeld iets ouder. Dit gold voor alle onderzochte jaren met uitzondering van 2014.

Tabel 4.1 Leeftijdsopbouw (jaren)

	Totaal		2011		2012		2013		2014	
	Amb	Opn	Amb	Opn	Amb	Opn	Amb	Opn	Amb	Opn
Gemiddeld	43,1	41,5	42,8	41,3	43,5	41,5	43,5	41,2	42,6	42,0
Percentielscores										
25%	29	27	28	27	29	27	29	27	28	27
50%	41	39	41	39	42	40	42	39	40	39
75%	54	53	54	53	55	53	55	53	55	53
100%	102	103	99	100	98	95	102	97	97	103

Amb: Aangevraagde lastgevingen tot IBS voor niet-opgenomen patiënten

Opn: Aangevraagde lastgevingen tot IBS voor reeds opgenomen patiënten

Geslacht

In (ruim) de helft van de aangevraagde lastgevingen tot IBS was de patiënt een man (Tabel 4.2). Het percentage mannen was significant hoger in de groep patiënten die nog niet waren opgenomen (Chi²-toets; p=0.000). Dat gold voor alle jaren. De man-vrouw verdeling over de onderzochte jaren was vrijwel constant.

Tabel 4.2 Geslacht: aantal (percentage)

	Totaal		2011		2012		2013		2014	
	Amb	Opn	Amb	Opn	Amb	Opn	Amb	Opn	Amb	Opn
Man	8.039 (56,5%)	7.377 (50,7%)	1.932 (55,9%)	1.778 (50,5%)	2.006 (56,9%)	1.786 (50,7%)	2.059 (57,2%)	1.905 (50,2%)	2.042 (56,1%)	1.908 (51,6%)
Vrouw	6.186 (43,5%)	7.163 (49,3%)	1.525 (44,1%)	1.744 (49,5%)	1519 (43,1%)	1.737 (49,3%)	1.542 (42,8%)	1.890 (49,8%)	1.599 (43,9%)	1.792 (48,4%)

Amb: Aangevraagde lastgevingen tot IBS voor niet-opgenomen patiënten

Opn: Aangevraagde lastgevingen tot IBS voor reeds opgenomen patiënten

Herkomst

Kijkend naar alle aangevraagde lastgevingen tot IBS in de periode 2011-2014, had bijna twee derde van de aanvragen (65%) betrekking op patiënten die waren geboren in Nederland (Tabel 4.3). Circa 18 procent betrof patiënten die in het buitenland waren geboren, en voor ongeveer 17 procent was het geboorteland onbekend. Bij de aangevraagde lastgevingen voor reeds opgenomen patiënten was vaker hun geboorteland onbekend ten opzichte van de aangevraagde lastgevingen voor nog niet opgenomen patiënten (Chi²-toets; p=0.000). De verdeling qua geboorteland was betrekkelijk stabiel in de onderzochte jaren.

Tabel 4.3 Geboorteland: aantal (percentage)

	Totaal		2011		2012		2013		2014	
	Amb	Opn	Amb	Opn	Amb	Opn	Amb	Opn	Amb	Opn
Nederland	9.438 (66,4%)	9.360 (64,4%)	2.188 (63,3%)	2.203 (62,5%)	2.328 (66,0%)	2.239 (63,6%)	2.436 (67,6%)	2.447 (64,5%)	2.485 (68,3%)	2.471 (66,8%)
Buitenland	2.663 (18,7%)	2.551 (17,5%)	692 (20,0%)	610 (17,3%)	634 (18,0%)	616 (17,5%)	660 (18,3%)	697 (18,4%)	677 (18,6%)	628 (17,0%)
Onbekend	2.124 (14,9%)	2.629 (18,1%)	577 (16,7%)	709 (20,1%)	563 (16,0%)	668 (19,0%)	505 (14,0%)	651 (17,2%)	479 (13,2%)	601 (16,2%)

Amb: Aangevraagde lastgevingen tot IBS voor niet-opgenomen patiënten

Opn: Aangevraagde lastgevingen tot IBS voor reeds opgenomen patiënten

4.2 Aantal en type diagnoses

In de geneeskundige verklaring wordt door de beoordelend psychiater aangegeven welke (voorlopige) diagnose(s) gesteld is (zijn) bij een patiënt, waarbij een onderscheid gemaakt wordt tussen 18 diagnosecategorieën. Verder wordt geregistreerd wat de belangrijkste (voorlopige) diagnose is, indien meerdere diagnoses worden toegekend.

Aantal (voorlopige) diagnoses

Kijkend over de gehele periode 2011-2014, was er in ruim de helft van de aanvragen tot lastgeving IBS (56,2%) sprake van één diagnose. Bij ruim een kwart van de patiënten (28,4%) waren twee diagnoses gesteld, bij ruim tien procent (11,3%) drie diagnoses, en bij minder dan vijf procent (4,2%) vier of meer diagnoses (met een maximum van 12 diagnoses).

Alle jaren tezamen genomen was er sprake van een significant verschil tussen beide condities (ambulante gevallen; klinische gevallen) (Chi²-toets; p=0,002). Dit verschil werd vooral veroorzaakt door een iets groter percentage nog niet opgenomen patiënten en bij wie meer dan drie diagnoses waren gesteld. Wanneer per onderzoeksjaar apart werd gekeken, was dit verschil overigens niet significant.

De verdeling qua aantal gestelde (voorlopige) diagnoses was vrijwel constant over de vier onderzoeksjaren (Tabel 4.4).

Tabel 4.4 Aantal diagnoses (percentage)

	Totaal		2011		2012		2013		2014	
	Amb	Opn	Amb	Opn	Amb	Opn	Amb	Opn	Amb	Opn
1	7.958 (55,9%)	8.203 (56,4%)	1.927 (55,7%)	2.002 (58,8%)	1.962 (55,5%)	1.956 (55,5%)	2.025 (56,2%)	2.196 (57,9%)	2.044 (56,1%)	2.049 (55,4%)
2	3.968 (27,9%)	4.195 (28,9%)	966 (27,9%)	1.011 (28,7%)	1.007 (28,6%)	1.011 (28,7%)	986 (27,4%)	1.068 (28,1%)	1.008 (27,7%)	1.105 (29,9%)
3	1.651 (11,6%)	1.586 (10,9%)	398 (11,5%)	379 (10,8%)	407 (11,5%)	414 (11,8%)	429 (11,9%)	388 (10,2%)	417 (11,5%)	405 (10,9%)
≥4	648 (4,6%)	556 (3,8%)	166 (4,8%)	130 (3,7%)	149 (4,2%)	142 (4,0%)	161 (4,4%)	143 (3,8%)	172 (4,7%)	141 (3,8%)

Amb: Aangevraagde lastgevingen tot IBS voor niet-opgenomen patiënten

Opn: Aangevraagde lastgevingen tot IBS voor reeds opgenomen patiënten

Type (voorlopige) diagnoses

Tabel 4.5 laat zien welke belangrijkste (voorlopig) gestelde diagnoses geregistreerd zijn in de geneeskundige verklaringen.

Tabel 4.5 Belangrijkste (voorlopig) gestelde diagnose bij patiënten voor wie een lastgeving tot IBS werd aangevraagd in de periode 2011-2014, aantal en (percentage). Een grijs gearceerde cel wijst op een significant verschil tussen de nog niet opgenomen patiënten en reeds opgenomen patiënten.

Aangevraagde lastgevingen tot IBS		
Diagnosecategorie	m.b.t. nog niet opgenomen patiënten	m.b.t. reeds opgenomen patiënten
Overig psychotisch	4.335 (30,5%)	3.869 (26,6%)
Schizofrenie	2.443 (17,2%)	2.199 (15,1%)
Stemming, gemengd, psychotisch	1.711 (12,0%)	1.769 (12,2%)
Stemming, manisch of gemengd	900 (6,3%)	1.010 (6,9%)
Depressie in engere zin	765 (5,4%)	891 (6,1%)
Persoonlijkheidsstoornis	685 (4,8%)	1.138 (7,8%)
Dementie	557 (3,9%)	500 (3,4%)
Stoornis door middelengebruik	470 (3,3%)	421 (2,9%)
Psycho-organisch door middelen	392 (2,8%)	427 (2,9%)
Depressie, psychotisch	401 (2,8%)	660 (4,5%)
Ernstige gedragsstoornis	373 (2,6%)	355 (2,4%)
Overig organisch	293 (2,1%)	460 (3,2%)
Waanstoornissen	269 (1,9%)	146 (1,0%)
Stemming overig	231 (1,6%)	249 (1,7%)
Stoornis uit kindertijd	193 (1,4%)	180 (1,2%)
Overig AS-1	104 (0,7%)	182 (1,3%)
Verstandelijke handicap	78 (0,5%)	65 (0,4%)
V-codes, bijkomende codes	25 (0,2%)	19 (0,1%)

Schizofrenie of een andere psychotische stoornis werden het vaakst gediagnosticeerd, in bijna de helft van de gevallen bij de nog niet opgenomen patiënten. Ook stemmingsstoornissen, al dan niet met psychotische kenmerken, en persoonlijkheidsstoornissen werden relatief vaak gediagnosticeerd.

De verdeling van belangrijkste (voorlopig) gestelde diagnoses verschilde significant tussen de beide condities (ambulante gevallen; klinische gevallen) (Chi²-toets; p=0,000). Het verschil werd vooral veroorzaakt (adjusted residues ≥ 3 ; grijs gearceerde cellen) door een relatieve oververtegenwoordiging van de diagnosecategorieën schizofrenie, waanstoornis en overige psychotische stoornis in de groep patiënten die nog niet waren opgenomen, en een relatieve oververtegenwoordiging van de diagnosecategorieën persoonlijkheidsstoornis, depressie met psychotische kenmerken, overige organische stoornis en overige As-1 stoornis in de groep patiënten die reeds waren opgenomen. De verdeling van belangrijkste (voorlopig) gestelde diagnoses is vrijwel constant over de vier onderzoeksjaren (niet gepresenteerd in tabel).

4.3 Aantal en type gevaarscriteria

In de geneeskundige verklaring wordt door de beoordelend psychiater aangegeven op basis van welk gevaarscriterium een lastgeving tot IBS wordt aangevraagd, en – indien meerdere criteria gelden – welk gevaarscriterium het belangrijkste is bij deze beslissing. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen acht gevaarscriteria.

Aantal gevaarscriteria

Kijkend naar alle aangevraagde lastgevingen tot IBS in de periode 2011-2014, varieerde het aantal gevaarscriteria van één (16,2%) tot alle acht (0,1%). Ongeveer twee derde van de aangevraagde lastgevingen (61,9%) waren gebaseerd op één tot drie gevaarscriteria. Gemiddeld werden 3,12 gevaarscriteria geregistreerd per aangevraagde lastgeving tot IBS.

Het gemiddeld aantal geregistreerde gevaarscriteria is significant groter voor de patiënten die nog niet zijn opgenomen dan voor de patiënten die reeds zijn opgenomen (T-test; p=0,000) (Tabel 4.6). Dit geldt zowel wanneer over de gehele periode 2011-2014 wordt gekeken als wanneer naar de afzonderlijke onderzoeksjaren apart wordt gekeken. Door de jaren heen zijn de gemiddelden vrijwel constant.

Tabel 4.6 Gemiddeld aantal gevaarscriteria

Totaal		2011		2012		2013		2014	
Amb	Opn	Amb	Opn	Amb	Opn	Amb	Opn	Amb	Opn
3,27	2,97	3,29	2,93	3,25	2,97	3,27	2,98	3,29	2,98

Amb: Aangevraagde lastgevingen tot IBS voor niet-opgenomen patiënten

Opn: Aangevraagde lastgevingen tot IBS voor reeds opgenomen patiënten

In het overgrote deel van de gevallen (96.4%) werd geregistreerd dat zich reeds feiten hadden voorgedaan die een aanwijzing vormden voor het te verwachten gevaar. Wat deze feiten waren is onbekend, omdat dit niet ingevuld hoeft te worden in de geneeskundige verklaring.

Type gevaarscriteria

Belangrijkste gevaarscriterium

Kijkend naar alle aangevraagde lastgevingen tot IBS in de periode 2011-2014, werden suïcidegevaar en/of het zichzelf toebrengen van ernstig letsel (39,1%), en het gevaar voor het aanbrengen van ernstig letsel bij anderen (27,3%) het vaakst geregistreerd als belangrijkste gevaarscriterium. Zichzelf ernstig verwaarlozen (9,1%), agressie door anderen door hinderlijk gedrag (9,8%) en het gevaar voor de algemene veiligheid (8,6%) waren in iets minder dan tien procent van de gevallen het belangrijkste gevaarscriterium (Tabel 4.7).

De verdeling qua belangrijkste gevaarscriterium verschilde tussen de patiënten die nog niet waren opgenomen en degenen die dat al wel waren (Chi²-toets; p=0,000). Bij de eerstgenoemde groep, was er relatief vaker sprake van gevaar voor ernstig letsel voor anderen, en van gevaar voor de psychische gezondheid van anderen als het belangrijkste gevaarscriterium. Bij de reeds opgenomen patiënten was het belangrijkste gevaarscriterium relatief vaker het toebrengen van ernstig letsel bij zichzelf, het gevaar van agressie door anderen vanwege hinderlijk gedrag, en het gevaar om maatschappelijk ten onder te gaan. Deze verschillen hangen wellicht samen met de verblijfplaats ten tijde van het opstellen van de geneeskundige verklaring. Bij niet opgenomen patiënten ligt de nadruk wat meer op de agressie naar de omgeving, bij de opgenomen patiënten ligt de nadruk meer op gevaar voor zichzelf, deels vanuit de omgeving (zoals medepatiënten). De genoemde verschillen zijn grotendeels in alle onderzoeksjaren aanwezig en significant (Chi²-toets; p=0,000) (niet gepresenteerd in tabel).

Tabel 4.7 Belangrijkste gevaarscriterium op basis waarvan een lastgeving tot IBS werd aangevraagd in de periode 2011-2014, aantal en (percentage). Een grijs gearceerde cel wijst op een significant verschil tussen de nog niet opgenomen patiënten en reeds opgenomen patiënten.

Aangevraagde lastgevingen tot IBS		
Gevaarscriterium	m.b.t. nog niet opgenomen patiënten	m.b.t. reeds opgenomen patiënten
Suïcide of zichzelf ernstig letsel toebrengen	5.152 (36,2%)	6.107 (42,0%)
Gevaar voor ernstig letsel voor anderen	4.420 (31,1%)	3.423 (23,5%)
Zichzelf ernstig verwaarlozen	1.270 (8,9%)	1.343 (9,2%)
Agressie door anderen door hinderlijk gedrag	1.248 (8,8%)	1.560 (10,7%)
Gevaar voor algemene veiligheid	1.254 (8,8%)	1.223 (8,4%)
Gevaar voor psychische gezondheid anderen	390 (2,7%)	282 (1,9%)
Maatschappelijke ondergang	375 (2,6%)	527 (3,6%)
Verwaarlozen van anderen	116 (0,8%)	75 (0,5%)

Alle gevaarscriteria

Wanneer gekeken werd naar alle geregistreerde gevaarscriteria (dus niet uitsluitend naar het belangrijkste gevaarscriterium), ontstond er logischerwijs een andere verdeling (zie Tabel 4.8). Alleen suïcidegevaar en/of gevaar voor het ernstig letsel aanbrengen bij zichzelf werd vaker geregistreerd in de geneeskundige verklaringen voor patiënten die reeds waren opgenomen. In alle andere gevallen werden gevaarscriteria significant vaker geregistreerd bij patiënten die nog niet opgenomen waren (Chi^2 -toets: $p=0,000$).

Tabel 4.8 Gevaarscriteria op basis waarvan een lastgeving tot IBS werd aangevraagd in de periode 2011-2014, aantal en (percentage). Per aangevraagde lastgeving kunnen meer gevaarscriteria worden aangegeven (max. 8). Een grijs gearceerde cel wijst op een significant verschil tussen de nog niet opgenomen patiënten en reeds opgenomen patiënten.

Aangevraagde lastgevingen tot IBS		
Gevaarscriterium	m.b.t. nog niet opgenomen patiënten	m.b.t. reeds opgenomen patiënten
Suicide of zichzelf ernstig letsel toebrengen	7.698 (54,1%)	8.337 (57,3%)
Gevaar voor ernstig letsel voor anderen	7.377 (51,9%)	6.168 (42,4%)
Zichzelf ernstig verwaarlozen	6.342 (44,6%)	5.875 (40,4%)
Agressie door anderen door hinderlijk gedrag	7.539 (53,0%)	7.291 (50,1%)
Gevaar voor algemene veiligheid	5.971 (42,0%)	5.432 (37,4%)
Gevaar voor psychische gezondheid anderen	4.963 (34,9%)	3.820 (26,3%)
Maatschappelijke ondergang	6.029 (42,4%)	5.645 (38,8%)
Verwaarlozen van anderen	671 (4,7%)	560 (3,9%)

4.4 Te onderscheiden patiëntengroepen op basis van type gevaarscriterium

Met behulp van principale componenten analyse met Varimax rotatie is nagegaan of er patiëntengroepen onderscheiden konden worden op basis van het type belangrijkste gevaarscriterium, zoals geregistreerd in de geneeskundige verklaringen. Alleen factorladingen >0,40 werden meegenomen. Het bleek dat er drie factoren te onderscheiden waren met een verklaarde variantie van 55,4% (Tabel 4.9).

Tabel 4.9 Factorladingen voor gevaarscriteria

Gevaarscriterium	Factor 1	Factor 2	Factor 3
Suicide of zichzelf ernstig letsel toebrengen	-0,60		
Gevaar voor ernstig letsel voor anderen	0,66		
Agressie door anderen door hinderlijk gedrag	0,69		
Gevaar voor algemene veiligheid	0,62		
Zichzelf ernstig verwaarlozen		0,82	
Maatschappelijke ondergang		0,79	
Gevaar voor psychische gezondheid anderen			0,71
Verwaarlozen van anderen			0,81

- a Op grond van deze factorladingen kunnen vier patiëntengroepen worden gevormd, waarbij factor 1 in tweeën is gedeeld: '*Agressie naar/door anderen*': patiënten bij wie het gevaar/risico bestaat dat zij een ander van het leven zullen beroven of hem ernstig lichamelijk letsel zullen toebrengen; patiënten bij wie het gevaar/risico bestaat dat zij met hinderlijk gedrag agressie van anderen zullen oproepen; of patiënten die een gevaar/risico vormen voor de algemene veiligheid van personen of goederen.
- b '*Agressie naar zichzelf*': patiënten bij wie het gevaar/risico bestaat dat zij zich van het leven zullen beroven of zij zichzelf ernstig lichamelijk letsel zullen toebrengen.
- c '*Verwaarlozing van zichzelf*': patiënten bij wie het gevaar/risico bestaat dat zij zichzelf in ernstige mate zullen verwaarlozen; of patiënten bij wie het gevaar/risico bestaat dat zij maatschappelijk te gronde zullen gaan.
- d '*Verwaarlozing van anderen*': patiënten die een gevaar/risico vormen voor de psychische gezondheid van anderen; of patiënten bij wie het gevaar bestaat dat zij een ander, die aan hun zorg is toevertrouwd, zullen verwaarlozen.

Voor patiëntengroep a werden de meeste lastgevingen tot IBS aangevraagd (45,6%), gevolgd door patiëntengroep b (39,1%). Lastgevingen werden in mindere mate aangevraagd voor patiëntengroep c (12,2%) en in nog mindere mate voor patiëntengroep d (3%) (Tabel 4.10).

Kijkend naar alle aanvragen in de periode 2011-2014, verschilden de patiëntengroepen ten aanzien van de verdeling van de aanvragen over ambulante of klinische patiënten (Chi²-toets; p=0,000). In de patiëntengroepen '*agressie naar zichzelf*' en '*verwaarlozing van zichzelf*' ging het verhoudingsgewijs vaker om reeds opgenomen patiënten (Tabel 4.10). Voor de patiëntengroepen '*agressie naar/door anderen*' en '*verwaarlozing van anderen*' gold het omgekeerde, en betrof het naar verhouding vaker nog niet opgenomen patiënten. Deze verschillen tussen patiëntengroepen werden ook gevonden wanneer naar elk van de vier onderzoeksjaren apart werd gekeken.

Tabel 4.10 Aantal (en percentage) aangevraagde lastgevingen tot IBS in de periode 2011-2014, uitgesplitst naar vier patiëntengroepen (op basis van type belangrijkste gevaarscriterium) en naar het al dan niet reeds opgenomen zijn patiënten

Patiëntengroep	Totaal		2011		2012		2013		2014	
	Amb	Opn	Amb	Opn	Amb	Opn	Amb	Opn	Amb	Opn
Agressie naar/ door anderen	6.922 (48,7%)	6.206 (42,7%)	1.675 (48,5%)	1.455 (41,3%)	1.728 (49,0%)	1.539 (43,7%)	1.759 (48,8%)	1.613 (42,5%)	1.760 (48,3%)	1.599 (43,2%)
Agressie naar zichzelf	5.152 (36,2%)	6.107 (42,0%)	1.265 (36,6%)	1.466 (41,6%)	1.304 (37,0%)	1.459 (41,4%)	1.302 (36,2%)	1.640 (43,2%)	1.281 (35,2%)	1.542 (41,7%)
Verwaarlozing van zichzelf	1.645 (11,6%)	1.870 (12,9%)	397 (11,5%)	507 (14,4%)	386 (11,0%)	447 (12,7%)	421 (11,7%)	444 (11,7%)	440 (12,1%)	472 (12,8%)
Verwaarlozing van anderen	506 (3,6%)	357 (2,5%)	120 (3,5%)	94 (2,7%)	107 (3,0%)	78 (2,2%)	119 (3,3%)	98 (2,6%)	160 (4,4%)	87 (2,4%)

Amb: Aangevraagde lastgevingen tot IBS voor niet-opgenomen patiënten

Opn: Aangevraagde lastgevingen tot IBS voor reeds opgenomen patiënten

4.5 Demografische kenmerken en gestelde diagnoses per patiëntengroep

Patiëntengroep 'agressie naar/door andere'

Zoals Tabel 4.11 laat zien was circa twee derde van de patiënten voor wie een lastgeving tot IBS werd aangevraagd in de periode 2011-2014 omdat zij een (fysiek) gevaar voor anderen vormden of agressie uitlokten van anderen, van het mannelijk geslacht. De gemiddelde leeftijd lag rond de 40 jaar. Bij ruim een derde van de patiënten werd een overige psychotische stoornis als belangrijkste (voorlopige) diagnose gesteld; bij ruim 20 procent van de patiënten ging het om schizofrenie; en bij ruim 16 procent van de patiënten om een stemmingstoornis (met gemengde of psychotische kenmerken). De kenmerken van de patiëntengroep waren nagenoeg hetzelfde in de vier onderzoeks-jaren.

Tabel 4.11 Demografische en klinische kenmerken van de groep patiënten voor wie een lastgeving tot IBS werd aangevraagd omdat zij een (fysiek) gevaar voor anderen vormen / agressie van anderen uitlokken in de jaren 2011-2014, percentage of gemiddelde

	2011	2012	2013	2014
Geslacht				
Man	67,2%	68,3%	69,8%	68,2%
Vrouw	32,8%	31,7%	30,2%	31,8%
Leeftijd (jaren)				
Gemiddeld	40,8	41,7	41,5	41,6
Belangrijkste diagnose				
Overig psychotisch	32,5%	33,1%	33,2%	35,3%
Schizofrenie	23,8%	23,5%	21,8%	21,0%
Stemming, gemengd, psychotisch	17,0%	16,1%	16,2%	16,5%
Stemming, manisch of gemengd	8,9%	8,8%	9,4%	7,8%
Dementie	3,0%	4,3%	3,5%	3,8%
Ernstige gedragsstoornis	2,2%	2,0%	2,7%	3,1%
Stoornis door middelengebruik	2,7%	2,1%	2,4%	2,6%
Overig organisch	1,9%	2,1%	2,3%	2,2%
Psycho-organisch door middelen	1,8%	1,7%	2,0%	1,9%
Persoonlijkheidsstoornis	1,1%	1,4%	2,1%	1,6%
Waanstoornissen	2,2%	1,4%	1,6%	1,2%
Stoornis uit kindertijd	1,1%	1,1%	1,1%	1,2%
Depressie, psychotisch	0,5%	0,6%	0,7%	0,5%
Verstandelijke handicap	0,5%	0,7%	0,4%	0,4%
Stemming overig	0,4%	0,3%	0,3%	0,4%
Depressie in engere zin	0,2%	0,3%	0,2%	0,2%
Overig AS-1	0,2%	0,2%	0,2%	0,1%
V-codes, bijkomende codes	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%

Patiëntengroep 'agressie naar zichzelf'

Ongeveer drie op de vijf patiënten voor wie een lastgeving tot IBS werd aangevraagd in de periode 2011-2014 omdat zij een (fysiek) gevaar voor zichzelf vormden waren van het vrouwelijk geslacht (Tabel 4.12). De gemiddelde leeftijd van deze patiëntengroep was circa 40 jaar. Bij ruim 20 procent van de patiënten werd een overige psychotische stoornis als belangrijkste (voorlopige) diagnose gesteld; bij circa 15 procent van de patiënten was dit de diagnose persoonlijkheidsstoornis; en bij circa 15 van de patiënten ging het om de diagnose depressieve stoornis. Dit beeld was vrijwel stabiel in de vier onderzoeksjarenver.

Tabel 4.12 Demografische en klinische kenmerken van de groep patiënten voor wie een lastgeving tot IBS werd aangevraagd omdat zij een (fysiek) gevaar voor zichzelf vormden in de jaren 2011-2014, percentage of gemiddelde

	2011	2012	2013	2014
Geslacht				
Man	42,6%	41,4%	39,9%	41,4%
Vrouw	57,4%	58,6%	60,1%	58,6%
Leeftijd (jaren)				
Gemiddeld	40,7	41,2	40,7	40,4
Belangrijkste diagnose				
Overig psychotisch	23,1%	21,8%	21,4%	21,4%
Persoonlijkheidsstoornis	13,1%	13,1%	14,6%	15,4%
Depressie in engere zin	13,1%	14,8%	13,6%	14,6%
Schizofrenie	9,4%	8,7%	8,9%	8,0%
Depressie, psychotisch	7,0%	7,6%	8,3%	6,9%
Stemming, gemengd, psychotisch	6,1%	6,2%	5,0%	6,6%
Stoornis door middelengebruik	4,1%	3,5%	4,5%	4,0%
Psycho-organisch door middelen	3,6%	3,8%	3,5%	3,7%
Stemming overig	3,4%	4,1%	3,7%	3,4%
Ernstige gedragsstoornis	3,3%	3,0%	2,5%	3,2%
Stemming, manisch of gemengd	3,3%	3,2%	2,8%	2,7%
Dementie	2,6%	2,5%	2,7%	2,3%
Overig AS-1	2,4%	2,0%	2,0%	2,2%
Stoornis uit kindertijd	1,4%	1,4%	2,2%	2,1%
Overig organisch	2,4%	2,4%	2,4%	1,8%
Waanstoornissen	0,9%	1,1%	1,1%	1,1%
Verstandelijke handicap	0,5%	0,3%	0,5%	0,6%
V-codes, bijkomende codes	0,3%	0,4%	0,2%	0,1%

Patiëntengroep 'verwaarlozing van zichzelf'

Zoals weergegeven in Tabel 4.13 was ongeveer drie op de vijf patiënten voor wie een lastgeving tot IBS werd aangevraagd in de periode 2011-2014 omdat zij zichzelf verwaarloosden of maatschappelijk teloor gingen, van het vrouwelijk geslacht. De gemiddelde leeftijd van de patiënten was circa 50 jaar. Een overige psychotische stoornis was bij circa 30 procent van de patiënten de belangrijkste (voorlopig) gestelde diagnose; bij ongeveer 15 procent van de patiënten was dit de diagnose schizofrenie; en bij circa 15 procent van de patiënten betrof het de diagnose stemmingstoornis (met gemengde of psychotische kenmerken). In de vier onderzoeksjaren bleven de kenmerken van de patiëntengroep vrijwel stabiel.

Tabel 4.13 Demografische en klinische kenmerken van de groep patiënten voor wie een lastgeving tot IBS werd aangevraagd omdat zij zichzelf verwaarlozen / maatschappelijk teloorgaan in de jaren 2011-2014, percentage of gemiddelde

	2011	2012	2013	2014
Geslacht				
Man	40,0%	42,0%	41,4%	42,2%
Vrouw	60,0%	58,0%	58,6%	57,8%
Leeftijd (jaren)				
Gemiddeld	49,3	49,0	49,6	49,5
Belangrijkste diagnose				
Overig psychotisch	27,5%	28,6%	30,4%	32,9%
Schizofrenie	16,5%	18,4%	18,8%	15,5%
Stemming, gemengd, psychotisch	13,6%	14,3%	14,3%	14,5%
Stemming, manisch of gemengd	9,7%	10,2%	8,1%	9,3%
Dementie	7,5%	7,0%	5,0%	5,9%
Overig organisch	6,3%	5,5%	5,7%	5,2%
Psycho-organisch door middelen	5,5%	4,7%	4,0%	4,1%
Depressie, psychotisch	3,3%	3,6%	4,0%	3,0%
Stoornis door middelengebruik	3,1%	1,8%	3,0%	2,9%
Waanstoornissen	2,0%	1,0%	2,3%	1,8%
Ernstige gedragsstoornis	1,4%	1,6%	0,6%	1,8%
Depressie in engere zin	0,9%	1,2%	0,9%	1,0%
Overig AS-1	0,7%	0,6%	0,6%	0,5%
Stemming overig	0,4%	0,5%	0,6%	0,5%
Persoonlijkheidsstoornis	0,7%	0,4%	0,7%	0,4%
Stoornis uit kindertijd	0,3%	0,2%	0,5%	0,4%
Verstandelijke handicap	0,4%	0,5%	0,5%	0,3%
V-codes, bijkomende codes	0,1%	0,1%	0,0%	0,1%

Patiëntengroep 'verwaarlozing van anderen'

Ongeveer drie op de vijf patiënten voor wie een lastgeving tot IBS werd aangevraagd in de periode 2011-2014 omdat zij belangrijke anderen verwaarloosden / een gevaar vormden voor de psychische gezondheid van anderen, waren van het vrouwelijk geslacht (Tabel 4.14). De gemiddelde leeftijd van deze patiëntengroep lag rond de 45 jaar. In de jaren 2011-2014 werd bij 27 tot 38% van de patiënten een overige psychotische stoornis als belangrijkste (voorlopige) diagnose gesteld; bij 16 tot 18 procent van de patiënten ging het om de diagnose stemmingsstoornis (met gemengde of psychotische kenmerken); bij 10 tot 13 procent van de patiënten ging het om de diagnose schizo-

frenie; en bij een andere 10 tot 13 procent van de patiënten betrof het de diagnose stemmingsstoornis (met manische of gemengde kenmerken). De kenmerken van de patiëntengroep waren betrekkelijk stabiel in de vier onderzoeksjaren.

Tabel 4.14 Demografische en klinische kenmerken van de groep patiënten voor wie een lastgeving tot IBS werd aangevraagd omdat zij belangrijke anderen verwaarlozen / een gevaar vormen voor de psychische gezondheid van anderen in de jaren 2011-2014, percentage of gemiddelde

	2011	2012	2013	2014
Geslacht				
Man	38,3%	36,2%	35,9%	41,7%
Vrouw	61,7%	63,8%	64,1%	58,3%
Leeftijd (jaren)				
Gemiddeld	45,2	46,8	46,2	45,9
Belangrijkste diagnose				
Overig psychotisch	31,3%	26,5%	37,7%	34,0%
Stemming, gemengd, psychotisch	16,4%	18,4%	17,5%	17,0%
Schizofrenie	12,1%	10,8%	11,1%	13,0%
Stemming, manisch of gemengd	10,3%	13,0%	11,1%	11,3%
Dementie	11,2%	8,1%	5,1%	6,5%
Overig organisch	2,8%	2,7%	0,9%	3,2%
Waanstoornissen	1,4%	5,4%	3,7%	2,8%
Depressie, psychotisch	1,9%	3,8%	2,8%	2,8%
Ernstige gedragsstoornis	1,4%	1,6%	3,2%	2,0%
Stoornis uit kindertijd	1,4%	0,5%	1,8%	2,0%
Stoornis door middelengebruik	2,8%	0,0%	2,8%	1,6%
Persoonlijkheidsstoornis	1,4%	1,6%	0,9%	1,6%
Depressie in engere zin	1,9%	2,2%	0,9%	1,2%
V-codes, bijkomende codes	0,0%	0,5%	0,9%	0,4%
Stemming overig	1,4%	1,1%	0,0%	0,4%
Psycho-organisch door middelen	1,9%	2,2%	0,0%	0,0%
Verstandelijke handicap	1,4%	1,1%	0,0%	0,0%
Overig AS-1	0,0%	0,5%	0,0%	0,0%

4.6 Vergelijking tussen patiëntengroepen: zijn er verschillen in demografische kenmerken en gestelde diagnoses?

Tabel 4.15 presenteert de uitkomsten van vergelijkingen tussen de patiëntengroepen wat betreft demografische kenmerken en (voorlopig) gestelde belangrijkste diagnoses, uitgaande van alle aanvragen in de periode 2011-2014. Zoals te zien waren de patiënten voor wie een lastgeving tot IBS werd aangevraagd omdat zij een (fysiek) gevaar voor anderen vormden of agressie uitlokten van anderen, vaker van het mannelijk geslacht dan de patiënten in de andere drie groepen. Kijkend naar leeftijd, bleken de patiënten voor wie een lastgeving tot IBS werd aangevraagd omdat zij zichzelf verwaarloosden of maatschappelijk teloor gingen, significant ouder dan de patiënten in de groepen 'agressie naar/door anderen' en 'agressie naar zichzelf'.

Wat betreft diagnostiek viel op dat schizofrenie, overige psychotische stoornissen en stemmingsstoornissen (al dan niet met gemengde, psychotische of manische kenmerken) significant vaker als belangrijkste diagnose werden gesteld bij de patiënten die een (fysiek) gevaar voor anderen vormden of agressie uitlokten van anderen, dan bij de patiënten die een (fysiek) gevaar voor zichzelf vormden. Bij de laatstgenoemde patiënten was daarentegen een depressieve stoornis of een persoonlijkheidsstoornis significant vaker de belangrijkste (voorlopige) diagnose, in vergelijking met de patiënten in de andere drie groepen.

Tabel 4.15 Demografische en klinische kenmerken van de vier onderscheiden patiëntengroepen over de gehele onderzoeksperiode 2011-2014, percentage of gemiddelde. Een waarde in een donkergrijs gearceerde cel wijst op een significant verschil met een waarde in een lichtgrijs gearceerde cel.

	Patiëntengroep			
	Agressie naar/ door anderen	Agressie naar zichzelf	Verwaarlozing van zichzelf	Verwaarlozing van anderen
Geslacht				
Man	68,4	41,3%	41,4%	38,2%
vrouw	31,6%	58,7%	58,6%	61,8%
Leeftijd (jaren)				
Gemiddeld	41,4	40,7	49,4	46,0
Belangrijkste diagnose				
Overig psychotisch	33,6%	21,9%	29,9%	32,6%
Schizofrenie	22,5%	8,7%	17,2%	11,8%
Stemming, gemengd, psychotisch	16,5%	6,0%	14,2%	17,3%
Stemming, manisch of gemengd	8,7%	3,0%	9,3%	11,4%
Dementie	3,7%	2,5%	6,3%	7,6%
Stoornis door middelengebruik	2,5%	4,1%	2,7%	1,9%
Ernstige gedragsstoornis	2,5%	3,0%	1,3%	2,1%
Overig organisch	2,1%	2,3%	5,7%	2,4%
Psycho-organisch door middelen	1,8%	3,6%	4,6%	0,9%
Persoonlijkheidsstoornis	1,6%	14,1%	0,5%	1,4%
Waanstoornissen	1,6%	1,0%	1,8%	3,2%
Stoornis uit kindertijd	1,1%	1,8%	0,4%	1,5%
Depressie, psychotisch	0,6%	7,5%	3,5%	2,8%
Verstandelijke handicap	0,5%	0,5%	0,4%	0,6%
Stemming overig	0,4%	3,6%	0,5%	0,7%
Depressie in engere zin	0,2%	14,0%	1,0%	1,3%
Overig AS-1	0,2%	2,1%	0,6%	0,1%
V-codes, bijkomende codes	0,0%	0,3%	0,1%	0,5%

De Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz) maakt het mogelijk om iemand met spoed gedwongen op te nemen in een GGZ-instelling. Dit gebeurt via een zogeheten lastgeving tot inbewaringstelling (IBS). Om een IBS af te kunnen geven dient er sprake te zijn van onmiddellijk dreigend gevaar, voor de persoon zelf of voor anderen. Daarbij moet er een ernstig vermoeden zijn dat het gevaar door een psychiatrische stoornis wordt veroorzaakt.

Dit rapport gaat nader in op lastgevingen tot IBS in termen van:

- Het aantal lastgevingen tot IBS dat werd aangevraagd en toegekend in Nederland.
- De tijd die betrokken actoren, waaronder psychiaters, burgemeesters en ambulancepersoneel, besteden aan respectievelijk het aanvragen, toekennen en tenuitvoerleggen van een lastgeving tot IBS.
- De kenmerken van de personen voor wie een lastgeving tot IBS werd aangevraagd.

Er werd gebruik gemaakt van gegevens van BOPZ-online uit de periode 2011-2014.

De bevindingen van dit rapport zijn tevens gebruikt voor een kostenevaluatie van de uitvoering van de Wet Bopz, waarover een aparte publicatie is verschenen.

Het rapport werd opgesteld in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.