

Voor wie is de acute dienst?

Verschillen tussen eenmalige en frequente gebruikers

C.L. MULDER, A.I. WIERDSMA

ACHTERGROND Er bestaat onvoldoende inzicht in de kenmerken van frequente gebruikers van de acute dienst (AD) en hun patronen van zorg. Dit is van belang voor het signaleren van crisisgevoelige patiënten en het maken van beleid voor deze groep.

DOEL Het onderzoeken van de verschillen tussen patiënten die respectievelijk eenmalig, dan wel meer dan één keer gedurende de periode van een jaar door de AD zijn beoordeeld.

METHODE Van 2908 patiënten zijn demografische gegevens, klinische gegevens en contactgegevens gebruikt, verkregen via het psychiatrisch casusregister Rotterdam en omstreken, verzameld in de periode 1991-1995.

RESULTATEN Eenenvertig procent van de patiënten was frequent AD-gebruiker met gemiddeld 3,2 AD-contacten. Deze groep nam 60% (2508) van het totaal aantal AD-contacten (4215) voor zijn rekening. Frequent AD-gebruik was geassocieerd met: (1) het hebben van een psychiatrische voorgeschiedenis; (2) van het mannelijk geslacht zijn; (3) (minder vaak) weduwstaat en (4) van Surinaamse of Antilliaanse afkomst zijn. Eenmalige AD-gebruikers hadden gewoonlijk een blanco psychiatrische voorgeschiedenis en in 23% van de gevallen ook geen nazorg.

CONCLUSIE Frequente en eenmalige AD-gebruikers vormen aparte groepen patiënten, met eigen patronen van zorg en voor wie de AD een verschillende functie vervult.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 44(2002)8, 523-531]

TREFWOORDEN acute psychiatrie, epidemiologie, zorgpatronen

De acute dienst (7 keer 24 uur) vormt een belangrijk onderdeel van de activiteiten van de ambulante sociale psychiatrie in Nederland. Volgens 'Riagg in cijfers '97' verloopt ruim 7% van de inschrijvingen via een afzonderlijke crisisdienst (GGZ-Nederland 2000). Patiënten die gebruikmaken van de acute dienst (AD), blijken een aantal gemeenschappelijke kenmerken te hebben. In een cross-sectioneel onderzoek in Nederland werd gevonden dat de AD-populatie in het algemeen bestond uit relatief jonge en alleenstaande mensen, grotendeels zonder werk en met langdurige psychiatrische en sociale problemen (Gersons e.a. 1993). Het onderzoek richtte zich

niet op de vraag of er binnen de groep AD-gebruikers subgroepen te onderscheiden zijn die relatief vaak gebruikmaken van de AD. Dit is van belang, omdat frequent AD-gebruik een signaal kan zijn van het tekortschieten van de 'reguliere' hulpverlening.

Kenmerken van frequente AD-gebruikers zijn in verschillende buitenlandse onderzoeken onderzocht. Uit een overzichtartikel bleek dat ongeveer 7-18% van de AD-populatie veelvuldig gebruikmaakte van de AD en dat deze groep ongeveer 37% van alle AD-contacten voor zijn rekening nam (Ellison e.a. 1986). Frequente gebruikers bleken een langere en meer ernstige

psychiatrische voorgeschiedenis te hebben, waren meer alleenstaand, werden vaker onvrijwillig naar de AD gebracht, werden vaker opgenomen en hadden minder sociale steun. Er waren geen verschillen wat betreft etnische achtergrond, opleiding of mate van drugsgebruik. In een groot onderzoek op de spoedeisende afdeling van een Amerikaans ziekenhuis (Sullivan e.a. 1993) werd gevonden dat frequent AD-gebruik eveneens samenhang met het hebben van een psychiatrische voorgeschiedenis, maar ook met mannelijk geslacht, werkloos zijn, etnische afkomst en het hebben van een persoonlijkheidsstoornis of de diagnose schizofrenie. In een Scandinavisch onderzoek werden een grote stad en een meer landelijk gelegen plaats vergeleken wat betreft de kenmerken van frequente AD-gebruikers (Saarento e.a. 1998). Frequent AD-gebruikers vormden in de grote stad en in de landelijk gelegen plaats respectievelijk 16 en 9% van de totale AD-populatie en namen respectievelijk 71 en 34% van het totale aantal AD-contacten voor hun rekening. In de stadsregio was frequent bezoek geassocieerd met meer zelfverwijzing, mannelijk geslacht, gescheiden of ongetrouwd, bij ouders inwonend, het niet hebben van een eigen huis, het niet hebben van werk, een leeftijd tussen de 25-44 jaar en een diagnose verslaving of persoonlijkheidsstoornis. In de meer landelijke omgeving werden deze sociodemografische en diagnostische verschillen niet gevonden. De auteurs gaven als verklaring voor deze verschillen dat men in de grote stad mogelijk meer geneigd is om de geestelijke gezondheidszorg (ggz) te gebruiken als middel tegen sociale isolatie, de AD dichterbij is en dat er op het platteland een aparte instantie was voor verslavingsproblematiek. Frequent AD-gebruikers hadden in het Scandinavische onderzoek wel vaker een psychiatrische voorgeschiedenis dan niet-frequent gebruikers, maar dit verschil was niet significant.

Over de kenmerken van frequente AD-gebruikers hebben wij in de literatuur geen Nederlands onderzoek kunnen vinden. Het doel

van ons onderzoek is het bestuderen van de verschillen tussen eenmalige en frequente AD-gebruikers en hun patronen van zorggebruik voorafgaande aan en volgende op het AD-contact. Deze informatie is van belang voor het signaleren van mogelijke leemtes in de zorg, het bepalen van de functie van de AD en de vraag of er een aanvullend hulpaanbod zou moeten komen voor extra crisisgevoelige patiënten.

PATIËNTEN EN METHODEN

Patiënten Voor dit onderzoek is gebruikgemaakt van het psychiatrisch casusregister Rotterdam en omstreken. Een casusregister is een continue, longitudinale registratie van contacten van patiënten uit een omschreven geografisch gebied met voorzieningen op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg (Ten Horn 1986). In het Rotterdamse casusregister worden ggz-contacten uit de regio geregistreerd, inclusief de *face-to-face* AD-contacten. De gegevens zijn gebaseerd op de registraties van de crisisdiensten van RIAGG Rijnmond Noord-Oost (thans onderdeel van de BAVORNO groep), RIAGG Rijnmond Noord-West en RIAGG Rijnmond Zuid (thans onderdeel van de GGZ Groep Europoort). De contactregistratie van de crisisdienst van het consultatiebureau voor alcohol en drugs is niet in het onderzoek opgenomen. Het registergebied bestaat uit Rotterdam met de zogenoemde schilgemeenten: Albrandswaard, Barendrecht, Capelle aan den IJssel, Krimpen aan den IJssel, Heerjansdam en Ridderkerk, alsmede de Nieuwe-Waterweg-Noord-gemeenten: Schiedam, Vlaardingen en Maassluis. Ook van patiënten buiten het eigenlijke registergebied worden gegevens vastgelegd wanneer ze gezien worden door de bovengenoemde acute diensten. De volgende gegevens worden in het casusregister vastgelegd: demografische gegevens, verwijzer, diagnose en de aard van het contact (Wierdsma e.a. 1999).

Er is gebruikgemaakt van de gegevens uit de periode 1991-1995. Patiënten met eenmalige en frequente contacten zijn met elkaar vergeleken

wat betreft de gegevens die over de patiënten beschikbaar zijn via het casusregister. Eenmalig AD-gebruik werd gedefinieerd als één AD-contact in 1993 en de 12 maanden volgende op dit contact. Frequent AD-gebruik werd gedefinieerd als 1 of meer AD-contacten in de 12 maanden volgende op het eerste AD-contact in 1993.

Onderzochte verschillen tussen eenmalige en frequente AD-gebruikers

Demografische verschillen Op basis van de resultaten uit de bovenvermelde onderzoeken wordt de volgende hypothese getoetst: patiënten met frequente contacten zijn vaker van het mannelijk geslacht, van jongere leeftijd, vaker ongehuwd, van etnische afkomst en hebben een lagere sociaal-economische status. Etnische afkomst wordt in de registratie vastgelegd als het geboorteland van de patiënt. Als maat voor de sociaal-economische status (SES) is uitgegaan van het welstandsniveau van de woonomgeving. Door het Centrum voor Onderzoek en Statistiek in Rotterdam zijn welstandsscores (achterstandsscores) ontwikkeld uit gegevens over onder meer inkomen, huisvesting, opleidingsniveau en deelname aan de arbeidsmarkt (Prudon & Das 1995). Aan patiënten met een onbekende postcode of afkomstig van buiten Rotterdam is een gemiddelde welstandsscore toegekend.

Verschillen in verwijzer en diagnose Op exploratieve wijze is onderzocht of frequente gebruikers vaker een bepaald soort verwijzer hebben (huisarts, politie, zichzelf). De verwijzende instantie wordt niet volgens een eenduidige definitie in de RIAGG-registraties vastgelegd. Daardoor kan het voorkomen dat de verwijzer onbekend is, ofschoon het AD-contact via bijvoorbeeld de politie tot stand is gekomen. Daarnaast is bekeken of er bij frequente gebruikers meer chronische psychiatrische stoornissen voorkomen. In de registratie van de RIAGG's wordt echter in veel gevallen de psychiatrische diagnose niet vermeld of wordt een uitgestelde

diagnose aangegeven. Een diagnostische classificatie is vaker bekend voor patiënten die zijn opgenomen.

Verschillen in patronen van zorg en de psychiatrische voorgeschiedenis Om te kunnen onderzoeken wat de verschillen zijn in de patronen van zorggebruik en de psychiatrische voorgeschiedenis tussen eenmalige en frequente gebruikers van de AD is gekozen om de patiënten onder te verdelen in vijf groepen: (1) 'passanten': iedereen zonder psychiatrische voor- en nazorg; (2) 'vermisten': patiënten met een ambulante en/of klinische psychiatrische voorgeschiedenis, die echter geen nazorg kregen; (3) 'nieuwkomers': patiënten zonder voorzorg, maar met ambulante of klinische nazorg; (4) 'bekend ambulant': patiënten met ambulante voor- en nazorg, en (5) 'opnamebehoefstig': patiënten met een opname in de voor- of nazorg. De periode waarin het zorggebruik is onderzocht, betreft de 2 jaar voorafgaande aan het eerste AD-contact in 1993 en 2 jaar na dit contact. Eenmalige en frequente gebruikers zijn vergeleken wat betreft deze patronen van zorggebruik.

RESULTATEN

In 1993 vonden er 4215 AD-contacten plaats. Deze hadden betrekking op 2908 patiënten. Van deze patiënten hadden 1707 patiënten (59%) 1 contact (40% van alle contacten) en 1201 patiënten (41%) hadden tezamen 2508 contacten (60% van alle contacten). Deze 1201 patiënten hadden in het jaar volgend op het eerste AD-contact gemiddeld 3,2 contacten (range 2-18). De verschillen tussen patiënten met eenmalige en die met frequente AD-contacten met betrekking tot de bovengenoemde variabelen staan vermeld in tabel 1. Met de χ^2 -toets is vastgesteld dat de groepen significant verschillen voor alle variabelen.

Demografische kenmerken Het blijkt dat patiënten met frequente AD-contacten in vergelijking met patiënten met eenmalige contacten

TABEL 1 Verschillen tussen patiënten met eenmalige en meerder acutedienstcontacten

	Enmalig contact n=1707	Meerdere contacten n=1201
Geslacht		
Vrouw	54%	47%
Man	46%	53%
Leeftijd		
0 - 19	14%	7%
20 - 39	41%	53%
40 - 64	28%	30%
≥ 65	18%	10%
Burgerlijke staat		
Ongehuwd	42%	48%
Gehuwd	26%	23%
Gescheiden	7%	8%
Weduwe/weduwenaar	8%	4%
Onbekend	17%	17%
Sociaal-economische status		
Laag	33%	43%
Middel	47%	38%
Hoog	20%	19%
Geboorteland		
Nederland	84%	82%
Marokko/Turkije	6%	5%
Suriname/Antillen	4%	6%
Overig	7%	7%
Verwijzer		
Zelf	12%	15%
Huisarts	46%	39%
Algemene gezondheidszorg (Ambulante) ggz	5%	4%
Politie	13%	17%
Overig	7%	8%
Onbekend	5%	5%
12%	13%	
Diagnose*		
Schizofrenie	6%	14%
Psychosen	22%	30%
Neurosen	13%	10%
Persoonlijkheidsstoornis	9%	8%
Verslaving	7%	5%
Geen diagnose geregistreerd	43%	33%
Voorgeschiedenis		
Geen	70%	32%
Ambulant	28%	59%
Opname	2%	8%

De groepen verschillen significant (χ^2 -toets) voor alle variabelen
* In een aantal gevallen was er sprake van een dubbele diagnose

relatief vaker van het mannelijk geslacht zijn, tot de leeftijdscategorie 20-64 behoren, alleenstaand zijn en een relatief lage SES hebben. De gemiddelde leeftijd van de mannen is 34 jaar en van de vrouwen 42 jaar. Alleen bij de mannen is er een aanzienlijk verschil in leeftijd tussen patiënten met eenmalige en meerdere AD-contacten: respectievelijk gemiddeld 30 en 38 jaar. Dus de hypothese dat patiënten van jongere leeftijd vaker in de AD komen, wordt alleen bevestigd voor mannen. De meeste patiënten zijn ongehuwd en deze groep heeft vaker meerdere crisiscontacten. Weduwen, weduwnaren en oudere patiënten komen vaker slechts eenmalig in contact met de AD. De verschillen naar geboorteland zijn niet groot. Voor de groep patiënten van Surinaamse of Antilliaanse afkomst zijn er significant meer patiënten met frequente AD-contacten dan patiënten met eenmalige contacten. Dit geldt voor de andere groepen niet. Ook mensen met een lage SES komen meer dan eens in contact met de AD. Omdat hier de status is gekoppeld aan de woonomgeving, komen deze patiënten vooral uit de oude wijken: Stadscentrum, Delfshaven, Noord, Feyenoord en Charlois.

Verwijzer De huisarts is de belangrijkste verwijzer voor de crisisdienst, maar het aandeel van deze eerstelijnsverwijzingen is groter voor de eenmalige AD-contacten. De patiënten die frequent door de crisisdienst worden gezien, verwijzen vaker zichzelf (of zijn gemeld door iemand in de directe omgeving) en worden iets vaker verwezen vanuit de ggz of door de politie. Bij een relatief grote groep (12%, n=353) bleef de verwijzer onbekend.

Psychiatrische stoornis Een relatief groot deel van de patiënten met meerdere AD-contacten betreft patiënten met schizofrene en psychotische stoornissen. In de groep met de eenmalige AD-contacten komen relatief meer patiënten met neurosen en persoonlijkheidsstoornissen voor. Omdat in meer dan de helft van de gevallen geen psychiatrische diagnose is geregistreerd,

kan hieruit niet worden opgemaakt dat de frequente contacten de meer ernstige (chronische) problematiek betreffen. De verschillen naar psychiatrische voorgeschiedenis komen daarmee wel overeen. Meerdere contacten zijn er vooral met patiënten die in de (ambulante) ggz bekend zijn. Mensen met eenmalige AD-contacten hebben vaker een blanco psychiatrische voorgeschiedenis.

Verschillen wanneer alle variabelen in de analyse worden betrokken Om de samenhang te onderzoeken tussen persoonskenmerken en het behoren tot de groep met de eenmalige of de frequente contacten, is een *forward stepwise* logistische regressieanalyse uitgevoerd. Daarbij is gebruikgemaakt van de persoonskenmerken die gerelateerd zijn aan de frequentie van AD-contacten. In verband met de hoeveelheid variabelen is een voorselectie gemaakt door die variabelen te kiezen die relatief sterk significant ($p < 0,01$) samenhangen met het hebben van frequente crisiscontacten in plaats van een eenmalig contact: geslacht, leeftijd, burgerlijke staat (weduwstaat), sociaal-economische status (achterstandscores), geboren in Suriname of Antillen, al dan niet verwezen door de huisarts of de ggz, en psychiatrische voorgeschiedenis (wel of geen eerdere ggz-contacten). De psychiatrische diagnose is niet meegenomen in verband met het grote aantal onbekende diagnoses. Uit de logistische regressieanalyse bleek dat het hebben van een psychiatrische voorgeschiedenis, weduwstaat, geslacht en Surinaamse of Antilliaanse afkomst significant geassocieerd zijn met het hebben van meerdere AD-contacten (zie tabel 2). Psychiatrische voorgeschiedenis blijkt de belangrijkste voorspeller.

Patronen van zorg Van de patiënten die in contact komen met de acute dienst, komt ruim de helft (59%) voor het eerst in contact met de ggz; 18% heeft geen psychiatrische voorgeschiedenis en van hen zijn in het register in een periode van 2 jaar na het crisiscontact ook geen reguliere ver-

TABEL 2 Odds ratio's* en betrouwbaarheidsintervallen na logistische regressie met eenmalige of frequente acutedienstcontacten als uitkomstvariabele

Voorspellende variabelen	OR	95% BI
Psychiatrische voorgeschiedenis (0 = geen; 1 = eerder in zorg geweest)	4,72	4,46 - 4,88
Geboren in Suriname of Antillen (0 = anders; 1 = Suriname of Antillen)	1,59	1,15 - 2,03
Weduwstaat (0 = anders; 1 = weduwnaar)	0,55	0,17 - 0,93
Geslacht (1 = man; 2 = vrouw)	0,83	0,67 - 0,97
Constante	0,428	

OR = odds ratio
BI = betrouwbaarheidsinterval
* Iedere OR is gecorrigeerd voor de invloed van alle andere variabelen (adjusted)

volgcontacten of psychiatrische opnamen gevonden. Uit tabel 3 blijkt dat deze 'passanten' bijna allemaal eenmalig door de AD worden gezien. Zesendertig procent van de patiënten was onbekend in de ggz, maar heeft na het crisiscontact wel een ambulant of klinisch vervolcontact. Deze groep 'nieuwkomers' heeft in de meeste gevallen slechts 1 AD-contact. Vijf procent van de patiënten, de 'vermisten', heeft ambulante contacten en/of een psychiatrische opname in de voorgeschiedenis, maar is daarna niet meer door de ggz gezien. Deze patiënten hebben ook meestal 1 AD-contact.

Ruim 40% van de patiënten die in de AD worden beoordeeld, heeft een psychiatrische voorgeschiedenis en wordt ook na het crisiscontact door een ggz-instelling gezien. Dertien procent heeft eerder een opname gehad en wordt ook na het AD-contact opgenomen. Van deze 'bekenden' en 'opnamebehoefigen' komen respectievelijk 63%

TABEL 3 Zorgpatronen naar eenmalige en meerdere acutedienstcontacten (n=2908)

	Eenmalig contact	Meerdere contacten	n (%)
Passanten	99%	1%	538 (18)
Vermisten	64%	36%	143 (5)
Nieuwkomers	63%	37%	1047 (36)
Bekend ambulante	37%	63%	814 (28)
Opnamebehoefstig	33%	67%	366 (13)
Passanten:	geen psychiatrische voorgeschiedenis en geen nazorg		
Vermisten:	ambulante en/of klinische psychiatrische voorgeschiedenis en geen nazorg		
Nieuwkomers:	geen psychiatrische voorgeschiedenis maar wel ambulante of klinische nazorg		
Bekend ambulante:	ambulante psychiatrische voorgeschiedenis en ambulante nazorg		
Opnamebehoefstig:	psychiatrische voorgeschiedenis en nazorg met een opname in de voorgeschiedenis of nazorg		

en 67% meerdere keren bij de crisisdienst terecht. Blijkbaar heeft de acute dienst voor deze groepen een andere functie dan voor de 'passanten' en 'nieuwkomers'. Om dit verschil nader te onderzoeken, is gekeken naar de persoonskenmerken van de onderscheiden zorggroepen.

Onder de 'passanten' zijn relatief veel jongeren die slechts eenmalig door de AD worden gezien: 17% is jonger dan 20 jaar. Bij de 'nieuwkomers' is dit percentage ruim 12% en bij de groepen 'bekend ambulante' en 'opnamebehoefstig' samen minder dan 7%. Onder de 'nieuwkomers' zijn relatief veel ouderen: 19% (tegenover 9%-13% in de overige zorggroepen). Bijna driekwart van deze patiënten heeft eenmalig een crisiscontact. Een groot deel van de 'passanten' wordt aangemeld via algemene (gezondheidszorg)voorzieningen of door familie, kennissen of burens of

meldt zichzelf aan (14%). De 'vermisten' zijn voor het merendeel volwassenen, aangemeld door de huisarts. Zowel de 'nieuwkomers' als de groepen 'bekend ambulante' en 'opnamebehoefstig' van Surinaamse of Antilliaanse komaf hebben relatief vaker meerdere contacten met de AD: 46% tegenover 37% van alle 'nieuwkomers', en meer dan 70% tegenover 65% van de ggz-bekenden.

Onder de groepen 'bekend ambulante' en 'opnamebehoefstig' zijn relatief meer mannen dan in de groepen 'passanten' en 'nieuwkomers' (51%-55%), en meer patiënten in de leeftijd van 20 tot 40 jaar (51%-56%), verwezen door de ggz (18%-23%) of de politie (11%). Van de patiënten met meerdere AD-contacten valt 63% binnen de groepen 'bekend ambulante' en 'opnamebehoefstigen'. Het lijkt erop dat deze groep ggz-bekenden een groep is met relatief ernstige problematiek.

DISCUSSIE

In dit onderzoek werden eenmalige gebruikers van de acute dienst vergeleken met frequente gebruikers. Er werd gevonden dat frequente gebruikers ongeveer 40% van de AD-populatie uitmaken en 60% van de contacten voor hun rekening nemen. Van alle onderzochte kenmerken bleek frequent AD-gebruik het sterkst geassocieerd met mannelijk geslacht, (in iets mindere mate) met weduwstaat en met het van Surinaamse of Antilliaanse afkomst zijn. De belangrijkste voorspeller van meerdere AD-contacten bleek het hebben van een psychiatrische voorgeschiedenis.

Deze resultaten zijn in overeenstemming met eerdere publicaties (onder meer Ellison 1986; Sullivan e.a. 1993; Saarento e.a. 1998). Ofschoon deze onderzoeken verschilden ten aanzien van de patiëntkenmerken die werden onderzocht, bleek bij herhaling dat het hebben van een psychiatrische voorgeschiedenis een belangrijke voorspeller van frequente AD-contacten was. De bevinding dat weduwstaat geassocieerd is met eenmalig AD-gebruik kan mogelijk worden verklaard doordat mensen met een weduwstaat

ouder zijn en oudere leeftijd geassocieerd is met eenmalig AD-gebruik.

Dit retrospectief onderzoek kent enkele belangrijke beperkingen. Er is gebruikgemaakt van een psychiatrisch casusregister. Dit maakt dat de kenmerken van patiënten met eenmalige of frequente AD-contacten alleen kunnen worden vergeleken wat betreft die variabelen die in het kader van het casusregister geregistreerd worden. Ook kunnen de contacten buiten de regio niet worden gevolgd, waardoor een onbekend aantal patiënten ten onrechte zal zijn ingedeeld bij de groep met eenmalige contacten. Een andere beperking van dit onderzoek is dat bij veel patiënten de psychiatrische diagnose niet geregistreerd is. Daardoor kunnen gebruikers van de AD niet betrouwbaar worden vergeleken ten aanzien van diagnostische categorieën en/of de ernst van de stoornis.

Naast de demografische en klinische verschillen tussen eenmalige en frequente AD-gebruikers is tevens onderzocht wat de verschillen in patronen van zorg en psychiatrische voorgeschiedenis zijn tussen deze beide groepen. Onder patiënten die voor het eerst via de crisisdienst in de ggz komen, blijken relatief veel jongeren en ouderen te zijn. Bijna driekwart van deze 'passanten' (vooral jongeren) en 'nieuwkomers' (meer ouderen) heeft eenmalig een crisiscontact. Vermoedelijk gaat het hier om patiënten die snel op een vervolgtraject kunnen worden gezet door verwijzing naar de jeugdzorg respectievelijk via een ambulante vervolgcontact kunnen worden beoordeeld voor een psychogeriatrische voorziening. Er is een kleine groep patiënten, de 'vermisten', met een psychiatrische voorgeschiedenis, die na het AD-contact niet meer door de GGZ worden gezien. Het is onduidelijk wat er met deze groep gebeurt. Mogelijk wordt de nazorg door de huisarts gedaan, die ook in de meeste gevallen deze groep naar de AD heeft verwezen.

Naast de verwijzfunctie van de crisisdienst is ook een consultatiefunctie te onderscheiden. Een groot deel van de 'passanten', dat betreft

patiënten met een blanco voorgeschiedenis en die na een enkel crisiscontact ook niet meer gezien worden door de ggz, wordt aangemeld via algemene (gezondheidszorg)voorzieningen of door familie, kennissen of burens of meldt zichzelf aan. Mogelijk zou een deel van deze crisiscontacten kunnen worden voorkomen wanneer de psychiatrische deskundigheid in de eerstelijnszorg wordt versterkt. Dit zou bijvoorbeeld kunnen door een betere communicatie tussen huisartsen en een psychiatrische achterwacht of door de inzet van sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen in de wijk. Zo zijn bijvoorbeeld in Rotterdam in verschillende wijken lokale zorgnetwerken opgezet. Dit zijn samenwerkingsverbanden van hulpverleners, medewerkers van woningcorporaties en wijkagenten die zich gezamenlijk inzetten voor mensen met complexe problemen (Poodt & Wierdsma 1999). Een sociaal-psychiatrisch verpleegkundige, of soms een algemeen maatschappelijk werker, heeft een coördinerende taak en vervult een spilfunctie in het netwerk. Door de inzet vanuit het zorgnetwerk blijken de gezondheidssituatie en levensomstandigheden van deze groep te verbeteren en lukt het in veel gevallen om deze groep mensen in zorg te krijgen. Dit bleek onder meer uit een verminderd aantal inbewaringstellingen in wijken met een lokaal zorgnetwerk ten opzichte van vergelijkbare wijken zonder een lokaal zorgnetwerk (Poodt & Wierdsma 1999). In een vervolgonderzoek zou ook het effect op de crisishulpverlening kunnen worden meegenomen.

Patiënten van Surinaamse of Antilliaanse komaf bleken relatief vaker meerdere contacten met de AD te hebben. De gevonden verschillen zijn significant, maar klein, en onze resultaten onderstrepen mogelijk de moeilijke toegankelijkheid van zorg voor deze bevolkingsgroepen. Registergegevens laten een gevarieerd beeld zien van verschillen in het zorggebruik tussen groepen migranten onderling en ten opzichte van autochtone Nederlanders (Wierdsma & Uniken Venema 1996; Dieperink & Wierdsma 2002). Onder de volwassenen is het jaaraantal in de zorg

per duizend inwoners (prevalentie) van Turken en Marokkanen gelijk aan dat van autochtone Nederlanders. Het aantal nieuwe cliënten (incidentie) onder hen is hoog. Het zorggebruik door Surinamers en Antillianen laat echter een ander beeld zien. Zij zijn veel minder in zorg en bovendien is de incidentie lager dan die van autochtone Nederlanders. Deze groepen hebben vrij veel eenmalige zorgcontacten en worden eerder opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis. Deze moeizame relatie met de zorg vertaalt zich mogelijk in relatief frequente AD-contacten.

Ten slotte suggereren de gevonden patronen van zorg dat een aanzienlijk deel van de contacten de zogenoemde chronische crisispatiënten betreft (Bassuk 1980). Ruim 40% van de totale groep AD-patiënten bleek bekend in de ggz en werd ook na het crisiscontact door een ggz-instelling gezien. Daarnaast bleek dat 63% van de patiënten met frequente AD-contacten bekend was in de ggz. In een onderzoek naar de ernst van de psychopathologie bij herhaalde AD-gebruikers (Bassuk 1980) werd gevonden dat de totaal-scores op de *Brief Psychiatric Rating Scale* (Overall & Gorham 1962) en de *Global Assessment Scale* (Endicott e.a. 1976) significant hoger waren bij deze groep in vergelijking met eenmalige gebruikers. Metingen met betrekking tot de patiënt-therapeutinteractie lieten zien dat de frequente gebruikers meer negatieve reacties opriepen dan de eenmalige gebruikers (Endicott e.a. 1976). De onderzoekers beschrijven deze patiënten als veel-eisend, manipulerend en hulpafwijzend en met de verwachting van onmiddellijke bevrediging van behoeften en verlichting van de klachten. Het onvermogen tot het adequaat bespreken van realistische behoeften en de ambivalentie over het aangaan van langer durende therapeutische relaties bemoeilijkt het oplossen van de problemen. De acute hulpverlening lijkt voor ten minste een deel van deze groep de meest haalbare vorm van 'behandeling'. De vraag is of dit werkelijk zo is. Misschien zou het wenselijk zijn dat er voor deze groep een aanvullend hulpaanbod komt in de vorm van bijvoorbeeld een case mana-

ger. In verschillende regio's buiten Rijnmond is dit reeds het geval. Daarnaast zou een betere toeleiding naar de ggz en aansluitende zorg voor allochtonen, met name voor Surinamers en Antillianen, een deel van de frequente contacten kunnen voorkomen. Mogelijk dat op deze manieren de chronische patiënten, ten minste waar het de regio Rijnmond betreft, minder frequent in crisis raken en een beroep doen op de crisisdienst.

LITERATUUR

- Bassuk, E., & Gerson, S. (1980). Chronic crisis patients: a discrete clinical group. *American Journal of Psychiatry*, 137, 1513-1517.
- Dieperink, C.J., & Wierdsma, A.L. (2002). GGZ voor allochtonen. Ontwikkelingen in het zorggebruik in de regio Rotterdam 1990-1998. *Maandblad voor Geestelijke Volksgezondheid*, 57, 87-98.
- Ellison, J.M., Blum, N., & Barsky, A.J. (1986). Repeat visitors in the psychiatric emergency service: a critical review of the data. *Hospital & Community Psychiatry*, 37, 37-41.
- Endicott, J., Spitzer, R.L., Fleiss, J.L., e.a. (1976). The global assessment scale. A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Archives of General Psychiatry*, 33, 766-771.
- Gersons, B.P.R., Hodiament, P.P.G., Donker, M.C.H., e.a. (1993). Acute psychiatrie in de RIAGG's in Nederland; een populatieonderzoek. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 35, 528-538.
- GGZ-Nederland. (2000, juli). RIAGG in cijfers '97 (Publicatie 2000-108). Utrecht: GGZ-Nederland.
- Horn, G.H.M.M. ten. (1986). Classification of different types of psychiatric case registers. In G.H.M.M. ten Horn, R. Giel, W.H. Gulbinat e.a. (Red.), *Psychiatric Case Registers in Public Health* (pp. 388-401). Amsterdam: Elsevier.
- Overall, J.E., & Gorham, D.R. (1962). The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychological Reports*, 10, 799-812.
- Poodt, H., & Wierdsma, A.I. (1999). Lokale zorgnetwerken als panacee voor grootstedelijke problematiek? Rotterdam: GGD Rotterdam e.o.
- Prudon, K., & Das, P. (1995). Achterstandscores in Rotterdam. De stand van zaken in 1995 en de ontwikkeling sinds 1980. Rotterdam: Centrum voor Onderzoek en Statistiek.
- Saarento, O., Kastrup, M., & Hansson, L. (1998). The Nordic comparative study on sectorized psychiatry: characteristics of repeat users of emergency outpatient services in two Nordic psychiatric services. A 1 year follow-up study. *European Psychiatry*, 13, 35-40.

- Sullivan, P.F., Bulik, C.M., Forman, S.D., e.a. (1993). Characteristics of repeat users of a psychiatric emergency service. *Hospital & Community Psychiatry*, 44, 376-380.
- Wierdsma, A.I., Dieperink, C.J., & Koopmans, G.T. (1999). Regionale informatie over de geestelijke gezondheidszorg: ontwikkelingen en toepassingen. *Nederlands Tijdschrift voor Medische Administratie*, 95, 16-21.
- Wierdsma, A.I., & Uniken Venema, H.P. (1996). GGZ-gebruik door migranten in Rotterdam e.o.: prevalentie incidentie en zorgpatronen naar sociaal-economische positie. In R. Giel & F. Sturmans (Red.), *Psychiatrische Casus-Registers in Nederland* (pp. 143-152). Groningen: RU Groningen.

AUTEURS

C.L. MULDER is als psychiater en onderzoeker werkzaam bij RIAGG Rijnmond Zuid en als onderzoeker bij de GGD Rotterdam e.o. en bij de Erasmus Universiteit Rotterdam.

A.I. WIERDSMA is socioloog en als senioronderzoeker werkzaam bij de Sector Gezondheidsbevordering van de GGD Rotterdam e.o.

Correspondentieadres: dr. C.L. Mulder, RIAGG Rijnmond Zuid, Postbus 5250, 3008 AG Rotterdam. Telefoon: (010) 4960899.
E-mail: n.mulder@riagg-rijnmond-zuid.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 29-9-2001.

SUMMARY

Which patients are seen in emergency psychiatry services? Differences between repeater and nonrepeater users – C.L. Mulder, A.I. Wierdsma –

BACKGROUND There is insufficient insight in the characteristics of users of psychiatric emergency services (PES) and their patterns of care. This is relevant for identifying crisis sensitive patients and policymaking for this group.

AIM To investigate the differences between subjects who were seen by the PES only once versus more than once in the course of one year.

METHOD Demographic, clinical and contact data were used of 2908 patients, as provided by the psychiatric case register of Rotterdam and surroundings, gathered over the period 1991-1995.

RESULTS Forty-one percent of patients were frequent users of PES and they were seen 3.2 times in the course of one year. This group accounted for 60% (2508) of the total number of PES contacts (4215). Frequent use of PES was associated with: (1) having a psychiatric history, (2) male gender, (3) (less often) being a widow or widower, and (4) having a Surinam or Antillean ethnic background. Patients who used the PES only once, usually had no psychiatric history and in 23% of cases did not get psychiatric treatment after PES contact.

CONCLUSION Frequent and single PES users form distinct groups of patients, with different patterns of care, and for whom the PES service has different functions.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 44(2002)8, 523-531]

KEYWORDS emergency psychiatry, epidemiology, patterns of care