

Ingezonden

Reactie op 'Trends in eerste opnamen in het APZ': teller, noemer of andere effecten?

De door Spijker e.a. gepresenteerde analyse van PIGG- en CBS-gegevens (*Tijdschrift voor Psychiatrie*, 39, 781-790) intrigueert me. Wat is er eigenlijk aan de hand?

	1980	1993
Bevolking 20+	9.659.229	11.700.451
1e APZ-opnamen 20+	11.235	11.097
Opnames incl. heropname	22.182	(1992) 33.436
Erkende bedden	25.379	(1992) 22.758

Het aantal bedden daalde, absoluut met 2.621 (10%), vooral door 'herbenaming' van geriatrische APZ-afdelingen. Het aantal eerste opnamen bleef absoluut vrijwel gelijk, steeg per 1.000 van de bevolking voor de leeftijdscategorie 20-34 jaar. Na het 35e jaar nam het aantal eerste opnamen per 1.000 af: 35-44 jaar: 18%, 45-54: ..., 55-64 ..., 65-74: 38%. Voor mij is het nog niet zo duidelijk wat deze cijfers ons nu vertellen.

Is er tegenwoordig (1993 e.v.) sprake van een sterk toegenomen 'draaideur-fenomeen'? Drie opnamen – van in totaal iets kortere duur – vergeleken met vroeger (1980) twee opnamen? Als dit een juiste interpretatie is, welke betekenis heeft het dan (a) voor de eenmaal opgenomen patiënt, (b) voor de betrokken ambulante en klinische hulpverleners? Betekent dit bijvoorbeeld noodzaak van sterke integratie van ambulante en klinische zorg, gezien het toegenomen frequent intermitterend gebruik? Of is hier sprake van slechte 'nazorg' waardoor herhaalde (en frequente) opname?

Het feit dat %o het aantal eerste opnamen is afgenomen, wordt mijns inziens iets te gemakkelijk aan substitutie en dergelijk beleid toegeschreven. Immers, het betreft vooral de oudere categorieën, waarin

sprake was van toegenomen (PG) verpleeghuisopnamen in dezelfde periode. Daarnaast is het voor mij de vraag of we hier een reële afname of 'slechts' het babyboomeffect (geboren 1946 = 45 jaar in 1991; de getallen gaan over 1992-1993) en de toegenomen levensverwachting zien. Ofwel: de noemer neemt in kalenderjaren toe, terwijl het in de praktijk om steeds dezelfde personen gaat.

Het feit dat het % eerste opnamen in de leeftijdscategorie < 45 jaar is gestegen, zegt vermoedelijk meer over 'de werkelijkheid', terwijl in de andere leeftijdscategorieën sterker de noemer van de groep respectievelijk alternatieve klinische voorzieningen een rol speelt.

De auteurs eindigen hun bijdrage met de opmerking dat de resultaten vragen voor nader onderzoek oproepen. Hopelijk zullen zij met het nader onderzoek ook meer licht kunnen laten schijnen op bovenstaande vragen, omdat het erop lijkt (zo zijn ze óók te interpreteren) dat jongvolwassenen relatief vaker worden opgenomen. Stokt het substitutiebeleid?

Mevr. prof. dr. G.H.M.M. ten Horn, hoogleraar Zorgmanagement,
Universiteit Utrecht, faculteit Geneeskunde,
Postbus 80035, 3508 TA Utrecht

Antwoord aan mevrouw Ten Horn

Met veel belangstelling hebben wij de reactie van mevrouw Ten Horn gelezen. Zij snijdt een aantal belangrijke punten aan waar wij in ons antwoord op in zullen gaan.

De tabel met gegevens die mevrouw Ten Horn presenteert, is gebaseerd op ons artikel. Uit deze tabel destilleert zij het gemiddeld aantal opnamen in 1980 (twee opnamen) en 1993 (drie opnamen), en zij vraagt zich af of er sprake is van een toegenomen 'draaideur-fenomeen'. Wij menen dat deze interpretatie op grond van deze gegevens niet juist is. Hierbij is ten eerste van belang dat in onze analyses een patiënt slechts één keer meetelt, namelijk in het kader van zijn eerste APZ-opname. Het aantal eerste APZ-opnamen 20+ in de door Ten Horn gepresenteerde tabel is dan ook gelijk aan het aantal patiënten. Ten tweede is van belang dat de opnamecijfers inclusief heropnamen zijn overgenomen uit het *Jaarboek geestelijke gezondheidszorg 1994* (Jacobs 1995), waarbij de volgende definitie is gehanteerd voor een heropname: een opname van dezelfde persoon binnen 180 dagen na ontslag, uit dezelfde instelling. Dit houdt in dat een opname van eenzelfde patiënt in een andere instelling en een opname in dezelfde instelling die later plaatsvindt dan 180 dagen na ontslag, niet als een heropname maar als een opname worden beschouwd. Bovenstaande definities in beschouwing genomen, blijkt dat de 'heropnamen' die overblijven in

1980-1993 als daar de eerste opnamen van worden afgetrokken, niet per definitie allemaal 'heropnamen' zijn van die patiënten die in hetzelfde jaar een eerste opname hebben gehad. Het is daarom niet mogelijk een uitspraak te doen over het 'draaideur-fenomeen'. Het belang van dit fenomeen onderkennen we echter. In een op handen zijnde cohortstudie zullen we er aandacht aan schenken.

Mevrouw Ten Horn heeft gelijk dat we de daling van de incidentie aan APZ-opnamen mogelijk iets te gemakkelijk aan substitutiebeleid hebben toegeschreven. Toch menen wij dat we wel degelijk te maken hebben met een reële afname en niet met het babyboomeffect. Het babyboomeffect verwijst naar het feit dat in de naoorlogse jaren (na 1945) gedurende één generatie veel kinderen geboren werden. De kinderen worden langzamerhand ouder en 'golfgewijze' komt deze groep kinderen in het middelbaar onderwijs, op de arbeidsmarkt etc. Onder de aanname dat in dit cohort de relatie tussen het ontstaan van psychiatrische ziekten (de kans op het krijgen van een psychiatrische ziekte) niet anders is dan in voorgaande of latere cohorten, zou dit betekenen dat het absolute aantal personen met een psychiatrische ziekte toeneemt. Als de kans op het krijgen van een psychiatrische ziekte daarenboven afhankelijk is van een bepaalde leeftijdsfase, zal, in absolute aantallen, dit effect te zien zijn in de bewuste levensfase c.q. leeftijdscategorieën. Met andere woorden, de populatie-incidentie blijft daarmee gelijk omdat bij een berekening van de incidentie in de teller het aantal zieken staat en in de noemer het aantal personen waaruit de zieken afkomstig zijn.

In het voorliggende artikel is een analyse gemaakt van de eerste opnamen in het algemeen psychiatrisch ziekenhuis. Hier geldt ook dat als de relatie tussen een eerste opname (de kans op een eerste opname) en het hebben van een psychiatrische ziekte niet is veranderd in bedoeld cohort, het aantal eerste opnamen gelijk blijft. Hierbij is een tweede assumptie noodzakelijk, namelijk dat het aantal plaatsen waarop opgenomen kan worden voor de eerste keer gelijk blijft. Immers, het absolute aantal eerste opnamen zal, ten gevolge van het toegenomen aantal mensen met een psychiatrische stoornis, wel stijgen. Ook hier weer geldt dat de incidentie van eerste opnamen, bij voldoende capaciteit en ongewijzigde relatie tussen eerste opnamen en het hebben van een psychiatrisch ziektebeeld, niet zal stijgen.

Het babyboomeffect is alleen terug te vinden in het absolute aantal mensen in de populatie dat een psychiatrische aandoening krijgt, dan wel in het absolute aantal eerste opnamen ten gevolge van een psychiatrische aandoening onder de aanname dat er voldoende opnamecapaciteit is. Met betrekking tot incidenties (zijnde relatieve maten) kan men stellen dat de incidentie niet zal zijn toegenomen als de kans op het krijgen van een psychiatrische aandoening in het betreffende cohort niet is veranderd. Mutatis mutandis geldt die redenering ook voor de

kans op een eerste opname; als nog steeds eenzelfde fractie van personen uit de populatie met een psychiatrische aandoening wordt opgenomen uit bedoeld cohort, zal de incidentie van eerste opnamen uit dit cohort niet veranderd zijn. Uit ons onderzoek is gebleken dat gedurende de onderzoeksperiode 1980-1993 de incidentie van eerste opnamen daalt. Vervolgens concluderen we dat de indruk ontstaat dat het APZ ten aanzien van nieuwe patiënten een selectiever opnamebeleid is gaan voeren (de kans op opname is gedaald), en dat de stijging van het totaal aantal opnamen alleen verklaard kan worden op grond van een toegenomen aantal heropnamen.

Nog enkele technische opmerkingen over een poisson-regressie. De poisson-regressie, zoals in dit artikel gebruikt, is een beschrijvende techniek waarbij in de teller de ziektegevallen en in de noemer de persoonsjaren observatietijd worden meegenomen. Een aanname voor de poisson-regressie is dat het gaat om een 'zeldzame' ziekte/gebeurtenis, dat de kans op het krijgen daarvan random verdeeld is en de gevallen ongeveer gelijkmatig over een tijdseenheid (jaar) verspreid optreden. Tot slot is van belang dat bij meerdere varianten/factoren in een poisson-regressie automatisch gecorrigeerd wordt voor de wisselende aantallen personen in de verschillende groepen, in dit geval per geslachts- en leeftijdscategorie per jaar.

Op grond van bovenstaande menen wij dat wij mogen concluderen dat er sprake is van een reële afname van de voor geslacht en leeftijd gecorrigeerde incidentie van eerste APZ-opnamen.

Literatuur

Jacobs, C.M.V.W., Wilken, J.P.L., ten Have, M.L., e.a. (1995). *Jaarboek geestelijke gezondheidszorg 1994. De GGZ in getallen*. De Tijdstroom i.s.m. NCGv en NZi.

J. Spijker, epidemioloog, J. van Limbeek arts-epidemioloog en J.F.J. Jonkers, psychiater, waren allen verbonden aan de afdeling Sociale en Psychiatrische Epidemiologie van de sector GGZ van de GG&GD van Amsterdam, thans afdeling Epidemiologie, Documentatie en Gezondheidsbevordering
W. van Tilburg is als hoogleraar verbonden aan de vakgroep Psychiatrie van de Vrije Universiteit Amsterdam