

Opname in het psychiatrisch ziekenhuis en ambulante crisis-interventie

Enkele overwegingen

door J.A. Jenner en F.W. Frets

Inleiding

Een opname in het psychiatrisch ziekenhuis is een ingrijpende gebeurtenis, die een oplossing biedt voor sommige problemen, maar tevens nieuwe problemen creëert (vgl. Mechanic, 1969; Wing en Brown, 1970). Het leven van de achterblijvers wordt ontregeld; dagschema's van gezinnen moeten – vanwege bezoektijden e.d. – worden veranderd. De patiënt/cliënt wordt, alle pogingen het tegendeel te bereiken ten spijt, gestigmatiseerd: zijn gedrag wordt vanaf het moment van opname beoordeeld als gedrag van een gestoorde; in conflicten wordt conflictgedrag niet als zodanig beoordeeld, maar gezien als 'ziek'; solliciteren is vanaf dat moment moeilijker, naar sommige functies (bij rijk en gemeente) zelfs zinloos geworden. De patiënt/cliënt wordt geïsoleerd van zijn systeem en dit laatste (inclusief de hulpverleners) van zijn probleem (vgl. Cooper, 1970). De opname als probleemoplossing kan hiermede zijn intrede doen. Het probleem wordt verschoven van de psychische decompensatie van de patiënt, naar de verstoring die hij teweeg brengt. De opluchting die het systeem ervaart na de opname gaat dan werken als bekrachtiger in de reeks 'decompensatie van de patiënt – spanning in het systeem – opname van de patiënt – ontspanning in het systeem'. Dit bekrachtigende effect wordt nog versterkt door het gevoel dat de opname goed is voor de patiënt. Omdat ook hulpverleners, zoals we later zullen aangeven, zich hierdoor anders gaan opstellen, ontstaat een heropname bevorderend patroon.

We willen aantonen dat een opname een cumulatie is van situaties die elk op zich niet obligaats tot een opname leiden, en tevens dat de betrokkenen uiteenlopende verwachtingen van zo'n opname kunnen hebben. Op enkele consequenties hiervan willen we in de volgende paragrafen nader ingaan. Tenslotte gaan we in op het effect van ambulante crisis-interventie.

(Objectieve?) graadmeters bij de besluitvorming tot opname

Gezien de ingrijpende en verstrekkende gevolgen van een opname in een psychiatrisch ziekenhuis zijn objectieve en overdraagbare criteria voor de indicatie ertoe gewenst. Misschien wordt het hierdoor mogelijk om slechts die mensen op te nemen, bij wie een ambulante therapie geen en een klinische behandeling wel succes opleveren, en bij wie klinische programma's aantoonbaar betere resultaten geven dan ambulante.

Schudel (1979) geeft een opsomming van de factoren die in de afweging betrokken moeten worden, desondanks beschikken we tot op dit moment niet over een objectieve, overdraagbare maat voor gestoord gedrag van patiënten en/of hun omgeving; met andere woorden er bestaan geen 'opnamesyndromen' (vgl. Jenner en Frets, 1980).

Volgens Romme (1967) spelen diagnostische criteria slechts een kleine rol bij de indicatiestelling. De persoonlijkheid van de verwijzer en diens opvattingen over de mogelijkheid of een patiënt met een bepaalde diagnose wel in de maatschappij kan verblijven zijn van meer belang. De vooropleiding die de hulpverlener genoten heeft, oefent invloed uit op deze opvattingen (vgl. Mendel en Rapport, 1969), hetzelfde geldt voor zijn mensvisie (vgl. Reid en Epstein, 1977; Jenner en Frets, 1980).

De beoordeling van de symptomatologie door de verwijzer is een harde noch een constante factor. Hij wordt in sterke mate bepaald door de mogelijkheden voor hulpverlening en opname die op dat moment voorradig zijn (Elsenburg, 1979). In 1962 schreef Luborsky: 'We noted at times a difficult to combat difference in our judgements of mental health when it was known that a person had sought treatment: patients tended to be judged sicker and non-patients healthier than they were'.

Evenmin als de symptomatologie blijkt de mate van urgentie een objectief gehanteerde maat. Giel (1973) vond: 'Toch is het opmerkelijk dat tegen de achtergrond van de dikwijls aangevoerde schaarste aan bedden of personeel voor die bedden, van de minder urgente aanvragen ruim een derde binnen 24 uur wordt opgenomen, terwijl aan een kwart van de urgente aanvragen niet onmiddellijk kan worden voldaan' (p. 116).

In de praktijk blijken factoren als de verwijzende instantie (SPD-aanvragen worden minder snel gehonoreerd dan die van huisarts of de eigen polikliniek) en de leeftijd van de patiënt (bejaarden minder snel) een rol te spelen (vgl. Giel, 1973). Giel (1973) stelt hierop: '... is er eigenlijk maar één conclusie mogelijk, namelijk dat de ziekenhuizen selectief opnemen en afwijzen' (p. 122).

Mendel en Rapport (1969) hebben een dubbelblind onderzoek gedaan naar de criteria die werden gebruikt door de opnemende teamleden. Enkele van hun conclusies willen wij aanhalen:

De leden van het opnameteam waren overtuigd dat hun beslissing om wel of niet over te gaan tot opname voornamelijk was gefundeerd op de ernst van de symptomatologie. Desondanks bleek de

besluitvorming tot opname niet te zijn gerelateerd aan de ernst van de symptomen op het moment dat dit besluit werd genomen. Zo bleek o.a. dat het aantal opnames 's avonds en in het weekend tweemaal zo hoog was, terwijl de symptomen in die periode niet ernstiger waren dan overdag (p. 323). Wel bestond er relatie met persoonlijke, administratieve en andere niet psychiatrische factoren. Het besluit om wel op te nemen bleek uitgesproken gebonden te zijn aan het gegeven of een patiënt eerder opgenomen was. Het gegeven van een eerdere opname bleek geen correlatie te hebben met de ernst van de symptomen. Met andere woorden, ondanks het feit dat iedereen dacht dat de ernst van de toestand een doorslaggevende rol in zijn indicatiestelling had gespeeld, bleek bij de besluitvorming rond een psychiatrische opname, een eerdere opname in een psychiatrisch ziekenhuis de enige factor met statistische significantie te zijn. Op basis van de Nederlandse gegevens concludeerde Ten Horn (1976): 'Zo werden degenen die vroeger al eens waren opgenomen vaker heropgenomen'.

Romme (1967) schrijft: 'Een opname in een psychiatrisch ziekenhuis is niet zozeer het resultaat van een klinisch denkproces, maar veel(al)er de consequentie van een relatiepatroon, leefmilieu en arts' en: 'Voorts bestaan er geen aanwijzingen dat de patiënten er toe neigen bij herhaling een oplossing voor hun problemen te zoeken in een psychiatrisch ziekenhuis, zodat men, als de wens tot opname bij een patiënt en/of milieu van invloed waren op de opnamebeslissing, zich zal moeten afvragen of een psychiatrische opname niet meer een negatieve selectie (niet meer in de maatschappij menen te kunnen verblijven) dan wel een positieve (genezingsmogelijkheden in het ziekenhuis) inhoudt' (p. 113).

Wij willen deze paragraaf als volgt afsluiten: Er bestaat geen opnamesyndroom. De beslissing tot opname is de resultante van een aantal deelsituaties. Naar onze mening zou elk van deze situaties op zich zelf niet absoluut behoeven te leiden tot een opname. Wij achten het wenselijk, dat deze samengestelde patronen worden teruggebracht tot een reeks deelsituaties, om daarna interventies te plaatsen, gericht op de veranderbare deelsituaties. Hierdoor blijft het, naar onze ervaring, regelmatig mogelijk om de weegschaal te laten doorslaan naar niet opnemen (vgl. Hoogduin en Van den Bosch, 1978; Hoogduin en Den Haan, 1979; Hoogduin en Druyf, 1980; Jenner en Frets, 1980; Jenner en Henneberg, 1981 en Jenner, 1981).

'Bedoelingen' rond een opname

Naast de situaties die bepalend zijn bij een opname, spelen de verwachtingen van en de bedoelingen met een opname een rol. In het gehele proces van aanvraag tot en/of realisering van een opname willen we vier groepen belanghebbenden onderscheiden: patiënt/cliënt; familieleden of omwonenden; de verwijzer en het psychiatrisch ziekenhuis. Voor een adequate hulpverlening is het ongewenst dat de respectievelijke verwachtingen van de behandeling,

dus ook van de opname als vorm van behandeling bij de respectievelijke betrokkene van elkaar verschillen. Een dergelijke overeenstemming in de verwachtingen komt allerm minst automatisch tot stand. Verschillen ertussen blijken frequent voor te komen (Frets, 1977; Giel, 1979; Pols, 1980). Zij dienen derhalve te worden ge-expliciteerd, omdat een eensluidende verwachting het nuttige effect van een opname kan vergroten, dan wel omdat bij gebleken verschillen in de verwachtingen andere mogelijkheden dan een opname de voorkeur kunnen krijgen. Op enkele bedoelingen willen wij nader ingaan.

(a) *Denkmodel* – Elk individu zit verweven in zijn eigen sociale systeem, zoals zijn gezin en/of familie, hulpverleningskanaal, werk en maatschappelijke groepering (club, buurt, e.d.). Ieder bedient zich van een of meerdere denkmodellen die correleren met de door hem/haar gehanteerde normen en waarden. Deze besturen mede de interactionele processen tussen mensen, ook de denkmodellen over het patiënt-zijn en over de noodzaak van een opname (vgl. Reid en Epstein, 1977; Giel, 1979). Siegler en Osmond (1966) hebben zes van deze modellen omschreven: het medische; het morele; het psycho-analytische; het gezinsinteractionele; het samen-zwerings-; het sociaal-interactionele model. In een recent Nederlands voorbeeld buigen Offerhaus (1980) en Bakker (1980) zich over de vraag: Wat is erger: ten onrechte opnemen of ten onrechte niet opnemen? Offerhaus komt aan de hand van een kansberekening tot de conclusie dat ten onrechte opnemen zwaarder weegt omdat 'er honderd maal zoveel personen dienen te worden opgenomen en geobserveerd, dan er zelfdodingen zullen plaatsvinden' (1980, p. 656). Bakker vindt elke suïcide te veel en neemt dan liever voor niets op. In de opvattingen van beide auteurs spelen, naast de diagnostische aspecten, waarschijnlijk ook hun noties over 'Wat is het menselijk leven waard' en 'wat is een menswaardig leven' een rol.

Deze denkmodellen hebben betrekking op de wijze waarop een 'deviant' ontstaat en op de manier waarop hij bejegend moet worden door hulpverleners en de leden van het volgens die respectieve modellen relevante sociale systeem waartoe hij behoort.

(b) *Specifieke bedoelingen* – Een opname is een *doorverwijzing*. Meerdere motieven kunnen hierbij voor de verwijzer een rol spelen, zoals een verzoek om diagnostiek, een advies of behandeling; geruststelling van de patiënt, zijn familie en de verwijzer; financiële aspecten; druk van de patiënt, de familie of zijn omgeving; verstoorde arts/patiënt relatie, machteloosheid e.d. Zo noemen Timmers en Sterwers als oneigenlijke motieven:

1. het gebruik van het psychiatrisch ziekenhuis als ultimatum refugium in geval van therapeutische onmacht; bijkomende psychiatrische problematiek wordt gebruikt om een patiënt in een psychiatrisch ziekenhuis te laten opnemen;
2. het gebruik van het psychiatrisch ziekenhuis als asiel voor maatschappelijk moeilijk plaatsbare 'devianten';
3. het gebruik van het psychiatrisch ziekenhuis als verlengstuk van

het politionele of justitiële apparaat;

4. het gebruik van het psychiatrisch ziekenhuis op grond van een dubieuze motivatie van de omgeving van de patiënt.

In sommige van deze situaties lijkt ons een aanvraag tot een opname niet de meest logische volgende stap; een doorverwijzing naar een andere ambulante hulpverlener, een consult of structurele veranderingen binnen de gezondheidszorg bieden mogelijkheden met minder nadelige gevolgen voor de patiënt.

Ook het *systeem* heeft vaak meer en specifieke bedoelingen. Voor sommige cliënten kleven aan een echtscheiding onoverkomelijke morele bezwaren. Meermalen hebben wij bemerkt dat door deze gezinnen een opname in een psychiatrisch ziekenhuis wordt verkozen boven een echtelijk conflict. Toch is in beide gevallen sprake van een scheiding. In het laatste geval wordt de morele verantwoordelijkheid (ten onrechte?) afgewenteld op de medici (vgl. Goffman, 1957).

In de beweegredenen van meerdere participanten kunnen financiële motieven meespelen welke elkaar kunnen versterken. De familie verwerpt soms het wonen in een gezinsvervangend tehuis op financiële gronden en prefereert periodieke opnames in een psychiatrisch ziekenhuis, hetgeen parallel loopt met het feit dat volle bedden economisch beter zijn voor de bedrijfsvoering dan lege.

Wij willen het bovenstaande toelichten aan de hand van de mogelijkheden die een zgn. afkoelingsperiode kan bieden. Hoewel uit de ambulante praktijk bekend is dat conflicten niet worden opgelost door een persoon tijdelijk te elimineren zonder tegelijkertijd de strijdende partijen nader tot elkaar te brengen, wordt dit toch regelmatig gedaan. Een grote rol hierbij speelt de visie van de hulpverlener. Geredeneerd vanuit een interactioneel model is het onlogisch een persoon te elimineren uit zijn systeem. Moet men toch overgaan tot een opname in een psychiatrisch ziekenhuis, dan dient men het systeem op te nemen of er voor te zorgen dat dit in behandeling blijft door intramuraal systeemzittingen te houden, dan wel de cliënt verlof te geven de zittingen thuis mee te maken. Vanuit een systeemtheoretische visie zal men een crisis niet per definitie als gevaarlijk of ongewenst zien. Met de crisis zal eerder worden omgegaan als een moment van verhoogde toegankelijkheid voor de behandeling. Het psychiatrisch ziekenhuis wordt onzes inziens te snel als afkoelingsoord gebruikt.

Wij hebben gemerkt dat een tijdelijk onderdak bij familie of vrienden, in een hotel of een herstellingsoord in sommige gevallen even goede mogelijkheden biedt. Ze hebben het voordeel dat ze minder stigmatiserend werken. In onze dagelijkse praktijk merken wij hoe vaak wordt vergeten deze mogelijkheden minutieus uit te pluizen. Het blijkt makkelijker om in een psychiatrisch ziekenhuis op te nemen dan om familie te mobiliseren of de Sociale Dienst te bewegen tot het betalen van een hotel.

Opname of ambulante crisisinterventie?

In deze paragraaf willen wij aan de hand van literatuurgegevens ons standpunt onderbouwen dat ambulante crisisinterventie de voorkeur geniet boven het uit routine opnemen in een psychiatrisch ziekenhuis. Het blijkt dat met goede crisisinterventie veel psychiatrische opnamen vermeden kunnen worden (vgl. Hoogduin en v. d. Bosch, 1978; Jenner, 1978; Hoogduin en Den Haan, 1979; Hoogduin en Druyf, 1980; Jenner, 1981; Jenner en Henneberg, 1981). De opname-heropname spiraal zou hierdoor moeilijk doorbroken kunnen worden.

De ontwikkeling van psychofarmaca, allerhande tussenvoorzieningen en nieuwe vormen van psychotherapie hebben de ambulante mogelijkheden vergroot en de opnameduur in het psychiatrisch ziekenhuis doen afnemen (vgl. Offerhaus, 1973; Van Ree, 1975; Van Wirdum, 1976). Langsley e.a., 1968 (a en b) toonden aan dat ambulante crisisinterventie (A.C.I.) de hospitalisatie/re-hospitalisatiespiraal een halt kan toeroepen. Zij verdeelden alle patiënten bij wie het psychiatrisch ziekenhuis na een intake-gesprek besloten had om de vraag tot opname te honoreren, 'at random' in een opname-groep en in een ambulante groep, die in plaats van de opname ambulante crisisinterventie kreeg (300 patiënten). Van de opname-groep werd 100% opgenomen met een heropname binnen zes maanden in 21% van de gevallen. Van de A.C.I.-groep werd 82% *niet* opgenomen in een psychiatrische setting. In 18% moest toch worden overgegaan tot opname; het betreft hier een eerste opname en geen heropname. Bij follow-up na 18 maanden werden dezelfde gegevens gevonden (Langsley e.a., 1969 en 1976).

Met behulp van A.C.I. wordt het aantal opnamen teruggedrongen zonder toename van het aantal heropnamen (Langsley, 1971). Decker en Stubblebine (1972) vonden hetzelfde; hun follow-up periode bedroeg 2½ jaar. Smith e.a. (1974) vonden gedurende een follow-up van vier jaar dat A.C.I. geen hoger percentage heropnamen geeft dan een directe opname.

Nu zeggen getallen over (her)opnamen niets over de manier waarop cliënten zich kunnen handhaven in de maatschappij, niets over levensgeluk e.d. Op zich zijn dit moeilijk te meten aspecten die sterk afhangen van gehanteerde normen- en waardesystemen.

In het onderzoek van Langsley blijkt de A.C.I.-groep er bij ontslag noch na 18 maanden bij follow-up slechter aan toe te zijn dan de opname-groep. De beoordeling werd gedaan op basis van de sociale aanpassing, het persoonlijke functioneren, de symptomatologie, het gezinsfunctioneren, het aantal heropnamen, het optreden van crises na de behandeling, de arbeidsgegevens (Langsley e.a., 1968 b, 1969 en 1971). Hetzelfde vonden Decker en Stubblebine (1972).

Een zeer belangrijk gegeven is de tevredenheid van de patiënt en zijn familie over de genoten behandeling. Een tevreden patiëntensysteem zal eerder geneigd zijn het contact te hernieuwen wanneer zich later (weer) problemen mochten voordoen. Smith e.a. (1974)

en Stein en Test (1976) vonden dat patiënten en hun familie uit de A.C.I.-groep significant vaker tevreden waren over de genoten behandeling dan die uit de opname-groep. Herz e.a. (1976) vonden dat de klachten van familieleden niet verminderden door een opname van de geïdentificeerde patiënt: 'It is of great interest that there were few differences in the frequency of items reflecting burdens as a function of whether the patient was in the community or in the hospital, and none was significant. Family members reported symptoms . . . whether the patient was at home or in the hospital'. Ter vermijding van een misverstand: wij willen zeker niet beweren dat patiënten nooit opgenomen moeten worden. Ons inziens blijven er indicaties bestaan voor een opname (vgl. ook Hoogduin en Den Haan, 1979). Moet men toch besluiten tot een opname dan is het goed zich te realiseren welke invloed de duur van de opname heeft op uiteindelijke psycho-sociale functioneren van de patiënt.

Korte en lange opnameduur

Caffey e.a. (1971) vonden: 'The brief treatment group showed as much sustained improvements as those who stayed longer', toen ze 201 schizofrene patiënten 'at random' verdeelden over een korte opname of de gebruikelijke, door het beeld bepaalde opnameduur en ontslagdatum. In een grote prospectieve studie met twee jaar follow-up vergeleken Glick e.a. de effecten van een korte behandeling (3-4 weken) met langduriger opnamen (3-4 maanden) bij twee statistisch vergelijkbare groepen patiënten (Glick e.a., 1974, 1975, 1976 a, b en c; Hargreaves e.a., 1977).

De groepen werden o.a. vergeleken op: symptomatologie, rehospitalisatie, gezinsfunctioneren, burgerlijke stand, werkanamnese en psychiatrisch onderzoek. Hun conclusies moeten ons inziens van groot belang worden geacht. Kort samengevat luiden ze:

1. Langduriger opgenomen, niet schizofrene patiënten functioneerden bij hun ontslag net zo goed als kort opgenomen patiënten (1976 a, p. 78). Op basis van hun follow-up gegevens zeggen ze: '... findings for non-schizophrenic patients do not support extended hospitalization' (1976 b, p. 515).
2. Kort opgenomen schizofrene patiënten functioneerden na vier weken beter dan de groep die geen kortdurend behandelplan kreeg. Langduriger opgenomen schizofrene patiënten functioneerden bij hun ontslag (na $\pm$ 4 maanden) beter dan de kortdurend opgenomen groep bij hun ontslag (na $\pm$ 4 weken) deed (1974, p. 385). Een jaar na ontslag bleek de langduriger opgenomen groep globaal beter te functioneren (1976 b). Dit globale effect is twee jaar na het ontslag verdwenen (Hargreaves e.a., 1977). De langdurig opgenomen groep gebruikte na twee jaar meer anti-psychotische medicatie dan de groep met een korte opname.

Samenvattend kan het volgende worden gezegd.

- Langdurig opgenomen, als schizofreen gediagnostiseerde patiënten maken het na twee jaar niet beter dan kortdurend opgenomen als schizofreen gediagnostiseerde patiënten. De long-stay groep ge-

bruikte bij follow-up meer anti-psychotische medicatie. Dit treft ons des te meer omdat de long-stay groep een aantal eigenschappen vertoonde die als prognostisch gunstiger worden beschouwd.

– Voor niet-schizofrene patiënten geldt reeds vanaf de datum van ontslag dat de long-stay groep niet beter functioneert dan de short-stay groep.

De bevindingen over de invloed van de opnameduur op het uiteindelijk functioneren na ontslag zijn bij de behandeling van alcoholisten overeenkomstig (Ritson, 1968). Willems, e.a. (1973) vonden bij de vergelijking van twee 'at random' samengestelde groepen van alcoholici dat de resultaten van een korte opname (4 weken) niet onder doen voor die van lange.

Waar er weinig te bepleiten valt voor lange opnamen zouden zij slechts moeten plaatsvinden op uitgesproken indicatie. Nadelige nevenverschijnselen van een opname zoals isolatie worden hierdoor minimaal gehouden.

Tegen een dergelijke denkwijze wordt wel tegengeworpen dat de kans op heropname voor kortopgenomen patiënten hoger is dan voor langer opgenomen patiënten (vgl. Schudel, 1976). Een mening die wordt gedeeld door Ten Horn (1976; 1979). Voorzichtigheid bij de interpretatie van de gegevens van Schudel is geboden, omdat bij zijn onderzoek geen controlegroep is gebruikt, alsook omdat de invloed van tussenvoorzieningen na ontslag niet is bestudeerd (vgl. Haveman, 1980).

Bij de beoordeling van het draaideurfenomeen moet aan meerdere factoren aandacht worden besteed, waarvan wij noemen:

– het totaal van de opname- en heropnamedagen dient te worden vergeleken met een korte en een langere opnameduur bij twee statistisch vergelijkbare groepen, omdat een cliënt uit de korte opnamegroep een of meerdere heropnamen kan hebben in de periode dat iemand uit de langere opnamegroep nog aan zijn eerste opname bezig is;

– de beoordeling van het heropnamecijfer berust op de waardenormen van de hulpverlener, diens mensvisie en visie op hulpverlening; ons zijn geen bewijzen bekend op grond waarvan een langdurige opname de voorkeur zou genieten boven enkele korte crisisopnamen of omgekeerd;

– het heropnamecijfer mag nooit los van de behandeling na het ontslag worden beoordeeld.

Haveman (1980 a) geeft een achttal oorzaken voor het verschijnsel van de heropname:

- a. veranderingen in de doelstellingen van psychiatrische ziekenhuizen;
- b. het functioneren van andere intramurale g.g.z.-instellingen;
- c. de effectiviteit van intramurale psychiatrische behandeling op langere termijn;
- d. de rechtspositie van psychiatrische patiënten; minder opnemingen krachtens een rechterlijke machtiging;
- e. de effectiviteit van extramurale psychiatrische behandelingen, met name aandacht voor de organisatie van en de continuïteit

- in de psychiatrische nazorg;
 - f. de tolerantie van het gezinssysteem;
 - g. de beschikbaarheid van woonvoorzieningen voor (ex-)psychiatrische patiënten met huisvestingsproblemen;
 - h. de toename van personen met drug- en alcoholproblematiek.
- Wij achten het niet uitgesloten, dat continuïteit in de A.C.I. het heropnamecijfer doet dalen. Een goede aansluiting op elkaar van de verschillende behandelingsinstituten is hiervoor noodzakelijk (vgl. Jenner, 1980). Ondersteuning voor deze mening vinden wij bij meerdere Amerikaanse onderzoeken, waaruit bleek dat, mits deze continuïteit was geregeld, korte opnamen niet leiden tot een hoger percentage heropnamen dan lange(re) opnamen (vgl. Caffey, 1979; Herz, 1975; Glick, 1976; Hargreaves, 1977). Een onderzoek in deze richting met inachtneming van de genoemde valkuilen lijkt ons in Nederland gewenst.

Opnameprocedure

Dat A.C.I. resultaten oplevert die niet slechter zijn dan de resultaten van een opname, benadrukt de noodzaak van een afgewogen opnameprocedure. De praktijk is helaas anders. Opnamen worden geregeld door niet psychiatrisch geschoolde medici, de politie, de sociale dienst, de familie, de patiënt zelf en soms zijn zielzorger in samenspraak met de secretaresse van een geneesheer-directeur. Te vaak wordt ons inziens een bed toegewezen zonder dat een intake-gesprek heeft plaatsgevonden.

De Jong (1979) wijst erop hoe de echelonnering binnen de gezondheidszorg ertoe heeft geleid: 'dat individueel lijden niet meer ingebouwd is in een terugkoppelingsmechanisme dat de maatschappij als het ware dwingt tot verandering'. Met andere woorden de psychiatrische opname is losgekoppeld van de gemeenschap en heeft haar aanklachtfunctie in die richting verloren.

Wij stellen voor dat niet tot opname wordt overgegaan als niet eerst de mogelijkheid van ambulante therapie door daartoe opgeleide hulpverleners is beproefd. Bij acute crises als suïcidaliteit, acute psychosen e.d. dient eerst A.C.I. geprobeerd te worden, omdat anders mogelijk ten onrechte wordt opgenomen.

Bij opnamen in een P.Z. moet verwezen worden naar een bepaalde behandelingsmethodiek. Het is nodig dat hiertoe een positieve indicatie wordt gesteld tegen de staalkaart van therapievormen die elk centrum biedt. Deze staalkaart zal regelmatig moeten worden bijgesteld en dient te worden afgestemd op de behoeften in 'het veld'. Deze afstemming op elkaar van hulpverlenende instanties lukt maar matig, waaronder de continuïteit van zorg lijdt. Dit is een bezwaar van de huidige organisatievorm van de G.G.Z., die een volstrekt autonome opstelling per instituut toestaat.

Een opname volgens plan mag pas worden gerealiseerd nadat een intake-gesprek is gehouden met de patiënt en zijn sleutelfiguren en nadat gebleken is dat vraag en aanbod van de behandeling op elkaar zijn af te stemmen en de ambulante hulpverlening voldoende

is ingeschakeld. Bij een opname voor observatie dient een – naar behoefte te wijzigen – gefaseerd behandelplan te worden opgesteld. Opnamen dienen te worden gedifferentieerd in behandelings- en maatschappelijk sanerende opnamen.

Beleidsaspecten

Wij willen proberen een voorzichtige aanzet te geven voor het beleid bij de door ons beschreven aanpak van acute (psychiatrische) crises.

Het feit dat de meeste publikaties uit Amerika stammen bemoeilijkt deze poging door de grote verschillen in b.v. diagnostiek, structuur van de hulpverlening, financiering van de gezondheidszorg en de sociale wetgeving. Gezien echter onze eigen ervaringen met A.C.I., ook bij ernstig psychiatrisch gestoorde patiënten, achten wij uitstel van de meningsvorming en de beleidsbepaling in deze onjuist (vgl. Hoogduin en v. d. Bosch, 1978; Jenner, 1978; Hoogduin en Den Haan, 1979; Hoogduin en Druyf, 1980; Jenner en Frets, 1980; Jenner, 1981; Jenner en Henneberg, 1981).

Langsley en Yarvis (1978) beschrijven dat in Sacramento County met een dergelijke aanpak het aantal opnamen in het State Hospital is gedaald met 99%. Bij dit project werd prioriteit gegeven aan A.C.I. boven andere vormen van hulpverlening binnen de G.G.Z. De ambulante sector werd uitgebreid met zeer goed geoutilleerde – voldoende bemande en geschoolde, multidisciplinaire crisisinterventie-teams. Ook in Nederland zouden voor de door ons voorgestane ambulante aanpak dergelijke teams nodig zijn, die regionaal optreden en organisatorisch een plaats hebben in de acute hulpverlening. De hulpverlening zal één hecht geheel moeten vormen zonder duplicaturen. In dit verband is het verheugend dat ook van de zijde der zelfstandig werkende zenuwartsen een regionale en gezamenlijke werkverdeling wordt bepleit (Verbeek, 1980). De kleinere P.Z.'en en P.A.A.Z.'en dienen alle in een duidelijk hulpverleningscircuit te zijn opgenomen en binnen de regio te liggen. Niet buiten de gemeenschap teneinde een goed contact tussen de maatschappij en het opgenomen individu te garanderen (vgl. De Jong, 1979).

Acute crisisinterventie zoals wij die voorstaan, vereist een pakket van werkzaamheden dat flexibel is qua vorm en inhoud maar ook qua tijdsinvestering. Deze werkzaamheden zijn minder goed te financieren binnen een verrichtingsstelsel: per geval is er een grote variatie in omvang en aard van de geleverde hulp. Een budgetfinanciering is hiervoor beter geschikt. Deze budgetfinanciering heeft bovendien het voordeel dat de blik van de hulpverlener niet primair naar binnen is gericht op zijn eigen efficiënte instituut, maar meer naar buiten om met de beschikbare middelen gezamenlijk zo efficiënt mogelijk een programma voor de regio te leveren. Als het allemaal goed werkt is het niet uitgesloten dat een snelle, in zijn fasen goed op elkaar aansluitende hulpverlening en

de vermindering in het aantal opnamedagen enige verschuiving van de middelen van de intra- en extramurale zorg toelaten.

Samenvatting

Er bestaat geen opnamesyndroom. De beslissing tot een opname in het psychiatrisch ziekenhuis is een optelsom van deelsituaties, die er elk voor zich niet noodzakelijkerwijze toe behoeven te leiden. In de afweging van deze factoren blijken diagnose, ernst van de symptomatologie of sociale omstandigheden e.d. geen significante rol te spelen (vgl. Mendel en Rapport, 1969; Luborsky, 1962).

De enige factor met voorspellende waarde is volgens Mendel en Rapport een eerdere psychiatrische opname. Prognostisch vergelijkende onderzoeken naar het effect van psychiatrische opnamen laten zien dat ambulante crisisinterventie geen slechtere resultaten geeft dan opname in een psychiatrisch ziekenhuis.

Wanneer een psychiatrische opname moet plaatsvinden blijkt een korte opname (4 weken) geen slechtere resultaten te geven dan een langere, hetgeen geldt voor schizofrene en niet-schizofrene patiënten en voor alcoholici. Op enkele terreinen – o.a. hun probleemoplossend vermogen – bleken patiënten geholpen met A.C.I. na hun behandeling beter te functioneren dan patiënten die opgenomen werden.

Zowel patiënten als hun familieleden waren vaker tevreden over A.C.I. dan over een opname in een P.Z. Wij menen derhalve, dat het van belang is om ook bij ernstige psychiatrische problematiek eerst acute crisisinterventie te proberen. Wanneer een opname is geïndiceerd dient deze een onderdeel te vormen van een groter behandelplan.

Literatuur

- Bakker, J. B. (1979), Wat is erger: ten onrechte opnemen of ten onrechte niet opnemen? *T. v. Psychiatrie*, 11-12: 661-666.
- Boer, R. A. de (1977), Schudel's S.O.R. op de keper beschouwd. *T. v. Psychiatrie*, 19, 1-12: 806-809.
- Caffey, E. M., a.o. (1971), Brief hospitalization and aftercare in the treatment of schizofrenia. *Arch. Gen. Psychiat.* Vol. 24, jan.: 81-86.
- Cooper, D. (1979), *Psychiatry and antipsychiatry*, Paladin Works, London.
- Decker, J. B. and J. M. Stubblebine (1972), Crisisintervention and prevention of psychiatric disability: a follow-up study. *Am. J. Psychiat.*, 129, 6: 101-105.
- Elsenburg, A. E. A. M. (1979), Besluitvorming bij psychiatrische consulten op een eerste hulp. *M.G.V.* 10: 629-645.
- Frets, F. W. (1977), Zorgen van een nazorger: intern stuk SGG-ZH, Zoetermeer.
- Giel, R. (1973), Over de opname van psychiatrische patiënten. *T. v. Psychiatrie* 15, 3: 110-124.
- Giel, R. (1979), De keerzijde van het therapeutisch klimaat. Paradoxen in de inrichtingspsychiatrie, *M.G.V.*, 10: 604-617.
- Glick, I. D., a.o. (1974), Short vs. long hospitalization. A prospective con-

- trolled study: I the preliminary results of a one-year follow-up of schizophrenics. *Arch. Gen. Psychiatr.*, vol. 30, March: 363-369.
- Glick, I. D., a.o. (1974), II results of schizophrenic in-patients. *Am. J. Psychiat.*, 132: 4, April: 385-389.
- Glick, I. D., a.o. (1976a), III In-patient results for non schizophrenics, *Arch. Gen. Psychiat.*, vol. 33, Jan.: 78-82.
- Glick, I. D., a.o. (1976b), IV one-year follow-up results for schizophrenic patients. *Am. J. Psychiat.*, 133: 5, May: 509-514.
- Glick, I. D., o.a. (1976c), V one-year follow-up for non-schizophrenic patients. *Am. J. Psychiat.*, 133: 5, May: 515-517.
- Goffman, E. (1957), On some convergencies of sociology and psychiatry. *Psychiatry*, 20: 199-203.
- Hargreaves, W. A., a.o. (1977), Short vs. long hospitalization: a prospective controlled study. IV two-year follow-up results for schizophrenics. *Arch. Gen. Psych.*, Vol. 34, March: 305-311.
- Haveman, M. J. (1980), De frequent opgenomen psychiatrische patiënt I.
- Haveman, M. J. (1980b), idem II - T. v. *Psychiatrie*, 22, 4: 267-277.
- Herz, M. I., a.o. (1975), Brief hospitalization of patients with families. *Am. J. Psychiat.*, 132: 413-418.
- Herz, M. I., a.o. (1976), Brief vs. standard hospitalization: the families. *Am. J. Psychiat.*, 133: 795-801.
- Hoogduin, C. A. L. en R. v. d. Bosch (1978), Vermijding van opname. *T. v. Psychiatrie*, 20, 4: 258-266.
- Hoogduin, C. A. L. en E. den Haan (1979), Ambulante behandeling van ernstige psychiatrische patiënten. *M.G.V.*, 11: 752-760.
- Hoogduin, C. A. L. en T. Druyf (1980), Direktieve interventies bij de ambulante behandeling van psychosen. In: *Direktieve Therapie 2* (Red. K. v. d. Velden), Deventer.
- Horn, G. H. M. M. ten (1976), Wat gebeurt er na een korte psychiatrische opname? *T. v. Psychiatrie*, 18, 9: 623-631.
- Jenner, J. A. (1978), Opnemen of niet? *Delftschrift*, 1, 3: 37-45.
- Jenner, J. A. (1980), Over voorzorg en nazorg; een visie vanuit de SPD, *Delft-en Dordschrift*, 3, nr. 1: 35-43.
- Jenner, J. A. (1981), Wie zwijgt, stemt toe: een aanpak van mutisme (in voorbereiding).
- Jenner, J. A. en F. W. Frets (1980), Opname-vermijdingstechnieken: over het voeren van de discussie. *M.G.V.*, 3: 233-237.
- Jenner, J. A. en H. Henneberg (1981), De ambulante behandeling van een psychotische vrouw (in voorbereiding).
- Jong, S. de (1979), Het psychiatrisch centrum: een utopie? *T. v. Psychiatrie*, 21, 4: 232-240.
- Luborsky, L. (1962), Clinician's judgements of mental health. *Arch. Gen. Psychiat.*, vol. 7, Dec.: 35-45.
- Langsley, D. G., a.o. (1968a), The treatment of families in crisis. Grune & Stratton, New York.
- Langsley, D. G., a.o. (1968b), Family crisis therapy: results and implications. *Fam. Process*, vol. 7, 2, Sept.: 145-158.
- Langsley, D. D., a.o. (1969), Follow-up evaluation of family crisis therapy. *Am. J. Orthopsychiat.*, 39: 753-759.
- Langsley, D. G., a.o. (1971), Avoiding mental hospital admission: a follow-up study. *Am. J. Psychiat.*, 127, 10, April: 127-130.
- Langsley, D. G. and R. M. Yarvis (1978), Alternatives to hospitalization - The sacramento story. In: *Alternatives to mental hospital treatment* (ed. J. Stein & M. A. Test), Plenum Press, New York & London.

- Marks, F. M. (1977), The characteristics of psychiatric patients within a month of discharge. *Psychol. Med.*, 7, 2, May: 345-352.
- Mechanic, D. (1969), *Mental health and social policy*. Englewood Cliffs, New York.
- Mendel, M. and S. Rapport (1969), Determinants of the decision for psychiatric hospitalization. *Arch. Gen. Psychiat.*, vol. 20, March: 321-328.
- Offerhaus, R. E. (1972), De chronische patiënt. *Med. Contact*, 28.
- Offerhaus, R. E. (1979), Wat is erger: ten onrechte opnemen of ten onrechte niet opnemen? *T. v. Psychiatrie*, 11-12: 654-660.
- Pols, J. (1980), Klinische psychiatrie in de tang. *T. v. Psychiatrie*, 22, 4: 223-238.
- Ree, F. van (1975), Groepsontslag contra hospitalisatie. *T. Ziekenverpl.*, 28: 890-893.
- Reibel, S. en M. I. Herz (1976), Limitation of brief hospitalization treatment. *Am. J. Psychiat.*, 133, 5, May: 518-521.
- Reid, W. J. & L. Epstein (1977), *Taagericht casework*. Soc. bibliotheek. Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Ritson, B. (1968), The prognosis of alcohol addicts treated by a specialized unit. *Brit. J. Psychiat.*, 114: 1019-1029.
- Romme, M. A. J. (1967), *Doel en middel*. Diss. Amsterdam.
- Schudel, W. J. (1976), *Opgenomen . . . opgegeven?* Deventer.
- Schudel, W. J. (1979), Opname in een psychiatrisch ziekenhuis. *M.G.V.*, 10: 626-628.
- Siegler, M. en H. Osmond (1966), Models of madness. *Brit. J. Psychiat.*, 112, 493: 1193-1203.
- Smith, W. G., a.o. (1974), Community mental health and the seriously disturbed patient. *Arch. Gen. Psychiat.*, vol. 30, May: 693-696.
- Stein, L. J. and M. A. Test (1976), Training in community living: one year evaluation. *Am. J. Psychiat.*, 133, 8 (Aug.): 917-918.
- Timmers, S. en J. W. Sterwers (1976), *Med. Contact*, 30: 969.
- Verbeek (1980), *Medisch Contact*.
- Willems, P. J. A., a.o. (1978), A two-year follow-up study comparing short with long stay in-patient treatment of alcoholics. *Brit. J. Psychiat.*, 122, 571: 637-648.
- Wing, J. K. and G. W. Brown (1970), *Institution and schizofrenia*. Univ. Press, Cambridge.
- Wirdum, P. van (1976), Ontslagkansen en hospitalisatie in psychiatrische inrichtingen. *Med. Contact*, 31: 725-730.