

Extramurale geestelijke gezondheidszorg in een stedelijke gemeente: de bijdragen van poliklinieken, de RIAGG en het CAD

door G. H. M. M. ten Horn en R. Giel

Herstructurering van de extramurale geestelijke gezondheidszorg kan niet plaatsvinden zonder het slechten van sommige grenzen en het versterken of scheppen van andere. Het gehele proces roept tegenstellingen op met als tenminste één gunstig gevolg, dat de feitelijke basis daarvan aan de orde komt. In de hierna gepresenteerde co-productie van medewerkers van het register geestelijke gezondheidszorg, een RIAGG, een polikliniek van een psychiatrisch centrum, een instituut voor medische psychotherapie en een CAD, hebben we geprobeerd de feiten te achterhalen en vervolgens toe te lichten. Het onderzoeksverslag en de commentaren vormen de neerslag van soms verhitte discussies, maar tevens van de steeds weerkerende bereidheid allerlei speurwerk te verrichten en de hand in eigen boezem te steken. We wijzen erop dat het laatste woord over de verhoudingen in de extramurale GGZ hiermee geenszins is gezegd. Ook niet door ons.

I De gegevens

Inleiding

Mastboom (1981) schrijft 'dat polikliniekmedewerkers weinig fiducia hebben in de RIAGG-ontwikkeling'. Omgekeerd, zo vervolgt hij, wordt de polikliniek van een psychiatrisch centrum door de ambulante GGZ gezien als een ongewenste en oneerlijke concurrent. Onderling staan de verschillende extramurale voorzieningen kennelijk op gespannen voet. Ons inziens waarschijnlijk meer op grond van vooroordelen dan feitenkennis. De spanning is sinds de invoering per 1-1-'82 van de RIAGG als AWBZ-verstrekking alleen maar toegenomen, bij voorbeeld omdat men vreest dat aan de poliklinieken het recht van bestaan binnenkort wordt ontnomen. Maar ook binnen de groep van de RIAGG-partners en het

daar tegenaan leunende CAD zijn vanwege de noodzaak van samenwerking en integratie van in oorsprong afzonderlijke instellingen en werkvormen, spanningen waarneembaar. We hebben de indruk dat ook hier onbekendheid met elkaars werkwijze en activiteiten een rol speelt. Over een andere extramurale voorziening, de polikliniek van de PAAZ, is in Nederland nauwelijks enige informatie beschikbaar.¹ Een en ander is voor ons een reden geweest om de situatie in onze noordelijke registerregio nauwkeurig onder de loep te nemen. Met de presentatie van een aantal kenmerken van de cliënten van de verschillende extramurale voorzieningen en een beschrijving van de aan hen verleende zorg, willen wij bijdragen aan de discussie over de overeenkomsten en verschillen tussen de diverse voorzieningen. Bijeenkomsten met hulpverleners uit de registerregio ter bespreking van onze bevindingen, toonden aan dat deze voor meer interpretaties vatbaar zijn. Wij zullen ons zoveel mogelijk beperken tot de presentatie van de gegevens, in de toegevoegde commentaren van de hulpverleners wordt er betekenis aan gegeven.

Register Geestelijke Volksgezondheid

In ons register worden alle contacten met GGZ-instellingen van bewoners van een stedelijke gemeente met ± 45.000 inwoners, verzameld (zie voor meer informatie Giel en ten Horn, 1976). In deze gemeente functioneert een polikliniek van een psychiatrisch ziekenhuis, die door Mastboom (1981) wordt getypeerd als een naar verhouding grote, fulltime psychiatrische, psychotherapeutische polikliniek. Dit wil zeggen dat meer dan eenderde van de contacten met patiënten als psychotherapeutisch bestempeld kan worden. Ongeveer 10% van de 1100 jaarlijkse cliënten van deze polikliniek is afkomstig uit de registergemeente. De tweede polikliniek in de gemeente behoort tot de psychiatrische afdeling van het algemene ziekenhuis (PAAZ). Er waren in de onderzoeksperiode één psychiater, die ook verantwoordelijk was voor de opnamen, en een sociaal psychiatrisch verpleegkundige werkzaam. Per jaar werden er van 1974 t/m 1977 gemiddeld 112 nieuwe cliënten gezien, van wie $\pm 30\%$ afkomstig was uit de registergemeente. We weten niet in hoeverre deze polikliniek als een doorsnee PAAZ-polikliniek moet worden gezien voor steden van vergelijkbare omvang in Nederland. Er is ook een Consultatiebureau voor Alcohol en Drugs (CAD) in de registergemeente beschikbaar. Naast deze hoofdvestiging beschikt dit bureau over een drietal dépendances in de provincie. Er wordt gewerkt met een multimethodische en multidisciplinaire benadering, maar de discipline met wie de cliënt het meest te maken heeft is die van het maatschappelijk werk. Per jaar werden er in de onderzochte periode gemiddeld 550 cliënten gezien, van wie $\pm 15\%$ afkomstig was uit de registergemeente. Volgens de Haen (1977) beschikt het CAD in het door ons onderzochte gebied over een groter aantal formatieplaatsen per 100.000 inwoners dan gebruikelijk is in Nederland. Het aanwezige Instituut

voor Multidisciplinaire Psychotherapie (IMP) is echter een nevenvestiging van een IMP elders, en wordt geleid door een medewerker van de hoofdvesting die slechts één dag per week beschikbaar is. Naast hem werken er gemiddeld 4 à 5 medewerkers op uurbasis. Het totale IMP ziet jaarlijks ongeveer 400 cliënten, van wie $\pm 5\%$ afkomstig is uit de registergemeente. Binnen de RIAGG² wijken de formaties van het MOB en de SPD volgens de Haen nauwelijks af van het gemiddelde in Nederland. Deze RIAGG heeft zijn hoofdvesting in de registergemeente en drie nevenvestigingen in de provincie. In elk daarvan is de zorg voor jeugdigen, volwassenen en ouderen in afzonderlijke teams georganiseerd. Men ziet jaarlijks ruim 1200 cliënten, van wie ongeveer 17% afkomstig is uit de registergemeente. Het bureau voor levens- en gezinsvraagstukken (LGV), ook onderdeel van deze RIAGG, blijft wat betreft zijn bezetting in het onderzochte gebied ver beneden het landelijke gemiddelde (de Haen, 1977). Even buiten de gemeentegrenzen zijn nog enkele extramurale voorzieningen beschikbaar waaronder een tweede PZ- en een tweede PAAZ-polikliniek, waarvan de inwoners van de registergemeente echter weinig gebruik maken. Voor zover dit gebeurt wordt dit in het register vastgelegd. Al met al gaat het om een rijkere schakering van extra-murale voorzieningen dan het landelijk gemiddelde en dan in steden van vergelijkbare omvang. Het gemiddelde is echter een imaginaire grootheid, berekend uit een van streek tot streek wisselende situatie.

Nieuwe cliënten

Sinds 31 december 1973 worden alle contacten van de cliënten uit de registergemeente met deze extramurale, maar ook met de semi- en intra-murale GGZ-voorzieningen in het register vastgelegd. Los van de op 31 december 1973 bij de instellingen al aanwezige caseload, die door ons wel in het register zijn opgenomen, werden van 1974 tot en met 1977 1836 cliënten voor het eerst ingeschreven. Omdat een deel van de cliënten al eens vóór de start van het register contact had moet men de term 'nieuwe cliënten' als nieuw voor het register en niet nieuw voor de GGZ opvatten.

In figuur 1, waarin drie min of meer afzonderlijke circuits worden onderscheiden, ziet men dat alle extramurale voorzieningen waarover dit artikel gaat zorg verlenen aan volwassen cliënten. Zowel de PZ- als de PAAZ-poliklinieken hebben als toegang tot de GGZ vrijwel géén betekenis voor jeugdige en bejaarde cliënten, evenmin als het IMP en het CAD. Jeugdigen en bejaarden gingen namelijk voor het merendeel naar de RIAGG. Dit is dus een groot verschil tussen de RIAGG en de overige extramurale voorzieningen. De IMP-partner van de RIAGG lijkt wat dit betreft echter meer op de poliklinieken en het CAD. Voor de bepaling van verdere overeenkomsten of verschillen zullen we ons richten op het circuit van de volwassenen.

Figuur 1: Nieuwe inschrijving in het register van cliënten in 1974 t/m 1977

0 t/m 19 jaar N = 356	20 t/m 59 jaar N = 1075	60 jaar en ouder N = 405
RIAGG incl. 76%	PZ-poli 36%	RIAG incl. 78% SPD/SGD
JPD/MOB 75%	RIAGG incl. 24%	
SPD/SGD 1%	SPD/SGD 19%	
	JPD/MOB 5%	
	PAAZ-poli 13%	
PZ-poli 6%	CAD 11%	
CAD 4%	IMP 3%	
overigen* 14%	overigen** 14%	overigen*** 22%

* waaronder 2,2% PAAZ-poli, 0,3% IMP en de rechtstreekse opnamen in PZ, PAAZ, Verslavingskliniek, zwakzinnigen-poli of inrichting etc.

** vooral rechtstreekse opnamen

*** waaronder 10,4% naar andere extramurale instellingen en 12,0% rechtstreekse opnamen.

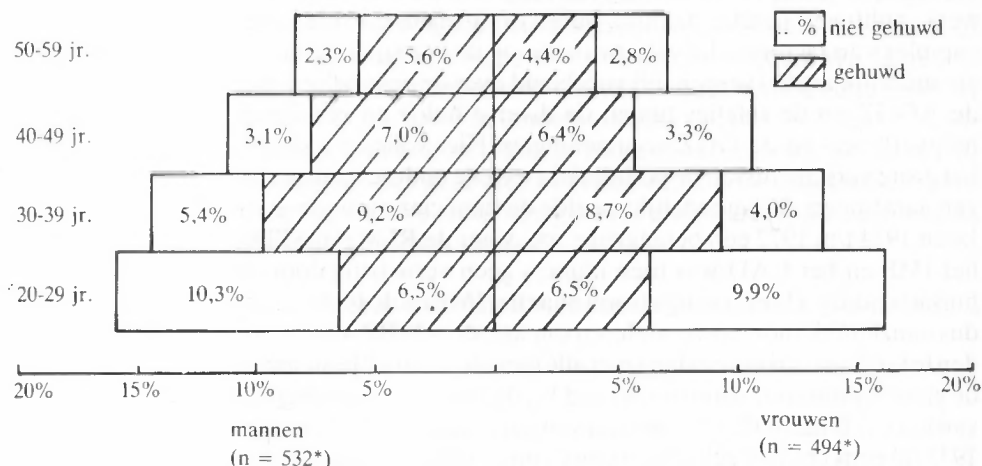
Enkele kenmerken van de cliënten

Van alle 1075 'nieuwe' cliënten in de leeftijd van 20 tot 60 jaar worden in figuur 2 het geslacht, de leeftijd en de burgerlijke staat gepresenteerd. Die burgerlijke staat is hier beperkt³ tot het onderscheid tussen gehuwd en niet gehuwd (ongehuwd, weduwstaat en gescheiden).

Wat betreft de geslachtsverdeling week het CAD met voornamelijk mannelijke cliënten (85%), sterk af van dit gemiddelde beeld. Het IMP had iets meer dan het gemiddelde aantal vrouwen (59%). Bij de beide poliklinieken en de RIAGG waren de geslachten ongeveer zoals in figuur 2.

Wat betreft de leeftijdsverdeling week het IMP sterk af: het had vooral meer cliënten in de leeftijd van 30-39 jaar, nl. 52% vergeleken met ongeveer 30% bij de andere instellingen. De cliënten van 40 jaar en ouder kwamen bij het IMP beduidend minder vaak voor:

Figuur 2: De verdeling naar geslacht, leeftijd en burgerlijke staat van de cliënten van 20 t/m 59 jaar, ingeschreven in het register in 1974 t/m 1977 ($N = 1075 = 100\%$)



* van 49 cliënten ontbraken een of meer gegevens

15% vergeleken met gemiddeld 35%. Bij de PAAZ-polikliniek kwamen de oudere cliënten van 50 tot 60 jaar naar verhouding vaak voor: 24% vergeleken met gemiddeld 15%. De leeftijdsverdeling van de cliënten van de RIAGG, het CAD en de PZ-polikliniek weken ternauwernood af van het gemiddelde beeld van figuur 2. Wat betreft de burgerlijke staat – gemiddeld was 56% gehuwd – blijkt dat cliënten van de poliklinieken beduidend vaker gehuwd waren: 66% van de PZ- en 65% van de PAAZ-polikliniekcliënten, vergeleken met 54% van die van het IMP, 49% van die van de RIAGG en 43% van die van het CAD. Dit gold voor vrijwel elk van de vier leeftijdsklassen. Alleen van de cliënten van 40 jaar en ouder waren er bij het IMP (100%) meer gehuwd dan bij de beide poliklinieken (PZ: 76% en PAAZ: 77%).

Wanneer we de drie kenmerken, geslacht, leeftijd en burgerlijke staat, tegelijkertijd in beschouwing nemen dan weken vooral het CAD en het IMP van het gemiddelde beeld van figuur 2 af. De verschillen tussen de cliëntenpopulaties van de poliklinieken en de RIAGG waren kleiner. Ten opzichte van de RIAGG was de cliënt van de PZ- en PAAZ-polikliniek vaker gehuwd, bij de PAAZ-polikliniek vaker iets ouder en bij de PZ-polikliniek vaker iets jonger. Zoals we reeds opmerkten is de LGV-functie binnen de onderzochte RIAGG onderontwikkeld. Mogelijk wordt een deel van de tamelijk geringe verschillen hierdoor verklaard.

Verwijzer en eerdere zorg

Van degenen die naar de polikliniek kwamen, werd het merendeel door de huisarts verwezen: naar de PZ- 79% en naar de PAAZ-polikliniek 80%. Bij de andere voorzieningen was de rol van de

huisarts kleiner: 42% bij het IMP, 33% bij de RIAGG en 24% bij het CAD. De anderen kwamen via een veelheid van verwijzers, o.a. andere GGZ-voorzieningen, het algemeen maatschappelijk werk, politie en justitie, familie, burens of op eigen initiatief. Het complex van factoren dat van invloed is op de verwijzing zou een afzonderlijk artikel vergen, bij voorbeeld over de bekendheid met de AGGZ en de relaties tussen de diverse nulde en eerstelijns hulpverleners en de GGZ-voorzieningen. Hier willen we slechts het grote verschil tussen de poliklinieken en de andere voorzieningen aanstippen. Vermoedelijk speelde de financieringswijze in de jaren 1974 t/m 1977 een belangrijke rol. Voor de RIAGG (SPD), het IMP en het CAD was toen immers geen verwijzing door de huisarts nodig. Het verwijspatroon naar het IMP en de RIAGG zal dus aanzienlijk moeten veranderen om aan de AWBZ-voorwaarden te voldoen. Trouwens lang niet alle hier als "nieuw" bestempelde cliënten waren tevoren onbekend bij de GGZ. Van de cliënten van het CAD had 69% vóór de start van het register op 31 december 1973, al eens contact gehad met een of meer GGZ-voorzieningen. Van de RIAGG-clieñten 52%, van het IMP 50%, van de PZ-poliklinieken 46% en van die van de PAAZ 42%. Bij de poliklinieken kwamen dus naar verhouding meer cliënten die voor het eerst met de GGZ in contact kwamen. Aangezien het bij alle instellingen ging om vroegere contacten vóór 31-12-'73, hebben deze verschillen niets te maken met de snelheid waarmee in de periode van 1974 t/m 1977 behandelingen werden afgesloten en eventuele herinschrijvingen plaatsvonden. Met andere woorden, hiermee wordt de werkwijze van een instelling of een verschil in registratiegewoonten niet gemeten.

Aanleiding en diagnose

Op ons inschrijfformulier voor een 'nieuwe' cliënt beantwoordt de hulpverlener o.a. de open vraag: 'Welk probleem vormde de directe aanleiding voor het contact?' Daarnaast kruist hij één van de diagnostische categorieën (zie tabel 1) aan en omschrijft deze nog eens in eigen bewoordingen. Op basis van deze informatie klassificeert de psychiater van het registerteam de problematiek met behulp van de International Classification of Diseases (ICD, 9ed, WHO 1978).

De betekenis van het antwoord op de vraag naar de aanleiding tot het contact is niet eenduidig. Zij wordt door meer factoren bepaald, namelijk niet alleen door de persoon, de discipline en de werkplaats van de hulpverlener maar ook door de informatie van de verwijzer. De verwijzer wordt op zijn beurt beïnvloed door het financieringssysteem. In de loop der jaren hebben we verschillende keren door middel van oefeningen met de hulpverleners van de bij het register betrokken instellingen geprobeerd de betrouwbaarheid van items als 'aanleiding' en 'diagnose' te vergroten. Het blijft echter de vraag in hoeverre geregistreerde verschillen zijn terug te voeren op werkelijke verschillen tussende de cliëntenpopulaties. Lichamelij-

ke klachten vormden bij voorbeeld bij 15 tot 17% van de polikliniek-cliënten de aanleiding tot het contact en bij de andere instellingen bij minder dan 6%. Dergelijke verschillen zouden het gevolg kunnen zijn van verschillen in de frequentie waarmee huisartsen als verwijzers naar een bepaalde voorziening optreden. We durven de diagnose hier echter met iets meer zekerheid te presenteren, omdat de classificatie daarvan immers op basis van twee soorten informatie (aangekruist en omschreven) door één en dezelfde psychiater uit het registerteam gebeurde. Vermoedelijk is de diagnostische omschrijving minder onderhevig aan de voornoemde factoren dan de 'aanleiding tot het contact'.

Tabel 1: De verdeling van 'nieuwe' cliënten in 1974 t/m 1977 in de leeftijd van 20 t/m 59 jaar, naar instelling en diagnose, in horizontale percentages

Instelling	(N=100%)	ICD:	ICD:	ICD:	ICD:	ICD:
		verslavingen	psychosen	persoonlijkheidsstoorn.	neurotische depressie	neurosen psychosom.strn.
		291-292	295-299	302.0-6		300.0-315.9
		303-304	en 311	302.8-9	300.4	302.7-307, 316
		%	%	%	%	%
PZ polikliniek	(383)	1	7	10	35	36
PAAZ polikliniek	(136)	1	6	10	25	40
RIAGG	(255)	4	9	11	16	15
IMP	(36)	—	—	14	14	55
CAD	(118)	56	1	14	—	2
totaal	(928)	9	6	11	23	27
						overigen, onduidelijk of onbekend
						%
						24

Allereerst vallen de percentages verslavingen op: bij het IMP en de poliklinieken zijn ze te verwaarlozen, bij de RIAGG was het percentage klein en bij het CAD uiteraard het grootst (56%). Psychosen zien we vrijwel niet bij het CAD en het IMP; en verder iets vaker bij de RIAGG (9%) dan bij de poliklinieken (6-7%). In absolute aantallen kwamen echter meer patiënten met een psychose voor het eerst naar een van de poliklinieken dan naar de RIAGG (34 t.o.v. 23). De instellingen verschillen weinig wat betreft hun percentage persoonlijkheidsstoornissen: 10 tot 14%. Bij de volgende drie categorieën, die tezamen 74% van de cliënten omvatten, is grotere voorzichtigheid geboden bij de presentatie van verschillen tussen de instellingen. Deze kunnen verschillen in de problematiek van cliënten weerspiegelen, maar eveneens in de diagnostische gewoonten van de hulpverleners. Zo zien we dat het percentage 'overige, onduidelijk of onbekend' bij de RIAGG (44%) veel groter is dan bij de poliklinieken (11-18%). We komen bij de bespreking van de verleende zorg hierop terug.

Verleende zorg in het 'eerste' jaar

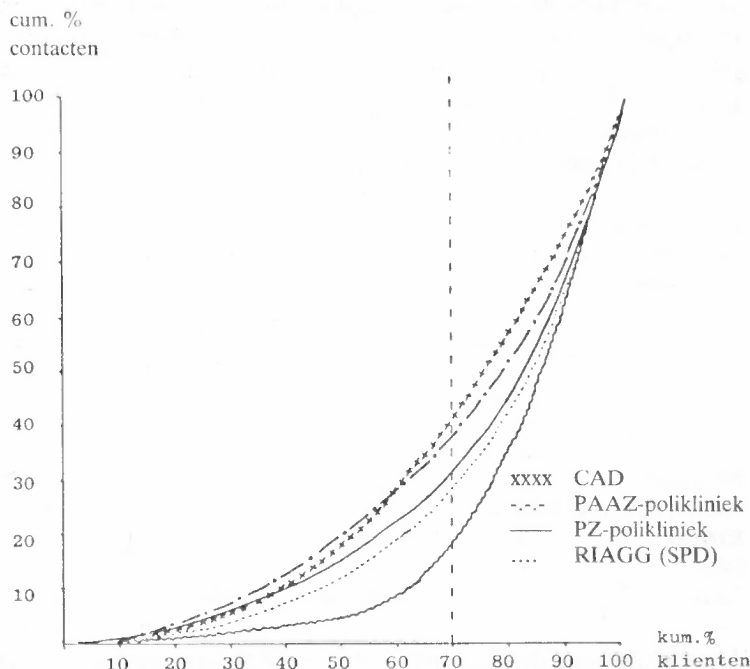
We zullen op verschillende manieren laten zien hoeveel zorg werd verleend aan de cliënten die bij een bepaalde instelling begonnen, gedurende de 12 maanden volgend op hun eerste contact. De lezer kan hier tegenwerpen dat de instelling die iemands toegang tot de GGZ vormt, niet zonder meer bepalend is voor de rest van de zorg die hij gedurende de daaropvolgende 12 maanden ontvangt. Een aantal cliënten gaat immers naar andere voorzieningen over. Voor cliënten die niet werden opgenomen blijkt dit aantal echter gering te zijn: PZ-polikliniek 4%, PAAZ-polikliniek 14%, IMP 6%, RIAGG 12% en CAD 13%. Met andere woorden, de volgende tabellen weerspiegelen telkens grotendeels het werk van de betrokken instelling.

Tabel 2: Het aantal extramurale contacten in het eerste jaar na inschrijving in het register van cliënten van 20 t/m 59 jaar in 1974-1977 naar instelling bij inschrijving: in horizontale percentages

Instelling (N=100%)	Aantal contacten:				gemidd. aantal cont.per cliënt in eerste 12 mnd.	percentage van de cliën- ten met minder dan het gemid. aant. cont.
	één	2-4	5-10	11 of meer		
	%	%	%	%		
PZ-polikliniek (383)	13	28	32	27	9,1	69%
PAAZ-polikliniek (136)	14	37	37	12	5,9	62%
RIAGG (255)	22	28	24	27	7,9	65%
IMP (36)	39	11	14	36	13,1	67%
CAD (118)	9	22	32	37	9,7	58%

Tabel 2 laat zien dat het percentage cliënten met slechts één contact gedurende de eerste 12 maanden vooral bij het IMP (39%) groot is, gevolgd door de RIAGG (22%), de poliklinieken (13-14%) en het CAD (9%). Dan valt op dat cliënten bij het IMP slechts één of juist veel (11 of meer) contacten krijgen. De categorieën ertussen nemen tezamen slechts 25% in. Bij de RIAGG treffen we ongeveer een kwart in elke categorie aan, evenals bij de PZ-polikliniek, behalve dat het percentage enkele contacten daar kleiner is. Bij de PAAZ-poliklinieken is de situatie tegengesteld aan die bij het IMP: weinig cliënten met slechts één of met veel contacten (tezamen 26%), het merendeel zit in de tussencategorieën. Het merendeel van de CAD-clieuten kreeg 5 of meer contacten (69%). Eenzelfde gemiddelde aantal contacten per cliënt (zie tabel 2) komt dus op uiteenlopende manieren tot stand: bij voorbeeld bij het CAD en de PZ-polikliniek (resp. 9,7 en 9,1) op grond van een zeer uiteenlopende verdeling over de categorieën van de aantallen contacten. In figuur 3 zien we een heel andere presentatie. Hierin is de cumulatieve verdeling van de cliënten afgezet tegen de cumulatieve verdeling van de contacten. Men kan eruit aflezen hoeveel procent van de cliënten per instelling, hoeveel procent van de contacten met die

Figuur 3: De cumulatieve procentuele verdeling van de cliënten van 20 t/m 59 jaar in 1974 t/m 1977, per instelling bij inschrijving in het register, naar de cumulatieve procentuele verdeling van de contacten in het eerste jaar in de GGZ



instelling kreeg. De PZ-polikliniek en de RIAGG, waarbij de aantallen contacten min of meer gelijkmatig verdeeld waren, nemen nu een middenpositie in tussen het IMP met heel weinig of juist heel veel contacten en de PAAZ-polikliniek en het CAD met veel cliënten rond het gemiddelde. De stippellijn in de figuur laat zien dat van elke instelling 30% van de cliënten in feite het merendeel van de contacten krijgt: variërend van 60% van de contacten bij het CAD tot 80% bij het IMP. We kunnen de redenering ook omdraaien en concluderen dat de meeste cliënten weinig contacten krijgen, ofwel dat de meeste cliënten een aantal contacten krijgt dat onder het gemiddelde blijft. Uit de laatste kolom van tabel 2 blijkt dat 58 tot 69% van de cliënten onder het gemiddelde aantal contacten blijft. Onze bevindingen wat betreft de RIAGG komen overeen met die van Bayer (1981), die meldt dat bij alle Limburgse RIAGGs ongeveer 70% van de nieuwe cliënten in 1977 minder kreeg dan het gemiddelde aantal contacten, berekend voor alle cliënten samen.

Frequentie en duur

Het aantal contacten per patiënt zegt lang niet alles over de hulpverlening. Twaalf contacten bij voorbeeld kunnen elkaar met tussenpozen van enkele dagen opvolgen of over een heel jaar verspreid plaatsvinden. In tabel 3 is zowel met de lengte van de periode waarbinnen de contacten vielen als met hun aantal rekening gehou-

den. In de eerste twee kolommen staan de aantallen cliënten die minder dan één ambulant contact per twee weken kregen gedurende een periode van respectievelijk korter dan of minstens drie maanden. In de derde en vierde kolom staan de aantallen cliënten met tenminste één ambulant contact per twee weken, weer gedurende een periode van respectievelijk korter dan of minstens drie maanden. In deze tabel zijn de cliënten met slechts één contact buiten beschouwing gebleven, evenals de cliënten die in de eerste 12 maanden een opname ondergingen.

Tabel 3: Frequentie en duur van de contacten van de cliënten in 1974 t/m 1977 van 20 t/m 59 jaar die tenminste twee ambulante contacten hadden en niet werden opgenomen, naar instelling bij inschrijving in horizontale percentages

Instelling:	<i>minder dan 1 cont. per 2 wk.</i>		<i>minstens 1 contact per 2 weken</i>		totaal
	korter dan 3 mnd.	tenminste 3 mnd.	korter dan 3 mnd.	tenminste 3 mnd.	
	%	%	%	%	% (abs.)
PZ-polikliniek	15	59	8	18	100 (299)
PAAZ-polikliniek	24	61	14	1	100 (79)
RIAGG	13	49	20	18	100 (175)
IMP	9	39	4	48	100 (23)
CAD	12	56	19	14	100 (81)

In tabel 2 waren de percentages met 11 of meer contacten bij het IMP en het CAD vrijwel gelijk, het gemiddelde aantal contacten per cliënt was bij het IMP echter groter. Tabel 3 laat nu zien dat de cliënten van het IMP doorgaans langdurige en frequente zorg (c.q. tenminste 1 contact per 2 weken) kregen, terwijl bij het CAD het percentage met kortdurende en frequente zorg juist groter was. Vergelijken we de PZ-polikliniek met de RIAGG dan zien we dat frequente langdurige zorg evenveel voorkwam (18%), maar dat bij de RIAGG kortdurende frequente zorg vaker voorkwam (20 t.o.v. 8%). We wisten al (zie tabel 2) dat het percentage cliënten van de PAAZ-polikliniek met 11 of meer contacten aanzienlijk kleiner was dan elders. Dit zien we opnieuw weerspiegeld in tabel 3 waarin de langdurige frequente zorg weliswaar ontbreekt, maar waarin het percentage kortdurende frequente zorg tussen dat van het CAD en de RIAGG enerzijds en dat van het IMP en de PZ-polikliniek anderzijds in ligt. Trouwens het meest gebruikelijke 'patroon van zorg' (Giel en Ten Horn, 1981) bij alle instellingen behalve het IMP, is de langdurige niet frequente zorg (zie kolom 2 van tabel 3 met percentages variërend van 49-61%).

Intramurale zorg

Van de 928 cliënten die in 1974 t/m 1978 het contact met de GGZ via één van de vijf besproken instellingen begonnen, werd 14% (130) in de eerste twaalf maanden in één van de intramurale GGZ-instellingen opgenomen. Per instelling lopen de percentages nogal

Tabel 4: De klinische zorg in het eerste jaar na inschrijving in het register van cliënten (van 20-59 jaar) in 1974 t/m 1977, naar instelling bij inschrijving

Instelling	(N)	Aantal opgenomen cliënten		Gemiddeld aantal opnamedagen per opgenomen cliënt
		(abs.)	% van totaal	
PZ-polikliniek	(383)	(34)	9	120
PAAZ-polikliniek	(136)	(43)	32	65
RIAGG	(255)	(26)	10	112,5
IMP	(36)	(1)	3	49
CAD	(118)	(26)	22	52

uiteen van 3% van de IMP-cliënten tot 32% van die van de PAAZ-polikliniek (zie tabel 4). Ook de gemiddelde opnameduur per opgenomen cliënt verschilt nogal van ongeveer twee maanden voor de cliënten van het IMP, het CAD en de PAAZ-polikliniek tot ongeveer vier maanden voor de cliënten van de PZ-polikliniek en van de RIAGG. De laatste twee instellingen lijken in dit opzicht op elkaar; zowel wat betreft het percentage opgenomen cliënten als wat betreft het gemiddelde aantal opnamedagen per opgenomene.

De totale extramurale en intramurale zorg

De meeste cliënten (86%) bleven ambulant gedurende hun eerste 12 maanden in de GGZ. Toch was het aantal dagen dat de intramurale sector aan dit cohort nieuwe cliënten besteedde groter dan het totale aantal contacten met de extramurale sector: 11.193 opnamedagen tegen 7945 contacten. De verhouding intramurale : extramurale zorg liep uiteen van 0,1 bij de IMP-cliëntèle tot 3,5 bij de PAAZ-polikliniek (zie tabel 5, kolom 6).

Het gemiddelde aantal dagen gedurende welke de cliënt onder de hoede van de gehele GGZ verkeerde, extra- en/of intramuraal, verschilde niet veel voor de cliënten van het CAD, de RIAGG en de PZ-polikliniek. Dat van de cliënten van de PAAZ-polikliniek lager duidelijk boven en dat van de IMP-cliënten ver eronder (zie tabel 5,

Tabel 5: De extra- en intramurale zorg in de eerste 12 maanden na inschrijving in het register gedurende 1974 t/m 1977 van cliënten van 20 t/m 59 jaar, naar instelling bij inschrijving

Instelling	(N)	contacten		opnamedagen		verhouding opnamedagen: contacten	cont. + opn. dagen gemiddeld per cliënt
		abs.	gemiddeld per cliënt	abs.	gemid. per cliënt		
PZ-polikliniek	(383)	3496	9.1	4074	10.6	1.2	19,8
PAAZ-polikliniek	(136)	808	5.9	2800	20.6	3.5	26,5
RIAGG	(255)	2026	7.9	2926	14.6	1.4	19,4
IMP	(36)	473	13.1	49	1.4	0.1	14,5
CAD	(118)	1142	9.7	1344	11.4	1.2	21,1
Totaal	(928)	7945	8,4	11193	12,8	1,4	20,6

laatste kolom). Het zal sommigen misschien bevreemden dat wij contacten en opnamedagen bij elkaar optellen. In beide gevallen is men echter onder de hoede van de GGZ. Het zal mede van de visie van de betrokken hulpverleners afhangen of de behandeling intra- of extramuraal dient te gebeuren. In de volgende paragraaf komen we hier op terug.

Kosten

Beenackers (1982) produceerde voor een aantal AGGZ-instellingen de kostprijs van een face-to-face-contact. Gemiddeld bleek dit f 255,- per uur te zijn als hij de totale kostprijs van het instituut deelde door het totale aantal face-to-face-contacten. Wij hebben op soortgelijke wijze de kostprijs van enkele groepen cliënten berekend op basis van de financiële gegevens van de betrokken instellingen voor 1977/78.⁴

In het algemeen worden per instelling alleen gemiddelde cijfers geproduceerd, zoals de verpleegprijs van een intramurale voorziening of de kosten van een face-to-face-contact, of soms een face-to-face-uur, van een type extramurale voorzieningen. Omdat in de kostenberekening van een face-to-face-contact een veelheid van variabelen is opgenomen (o.a. de hoogte van het salaris van de hulpverleners, het aantal andere medewerkers en de hoogte van hun salaris, de hoogte van de overheadkosten zoals huisvesting en reiskosten, het percentage van de werktijd besteed aan andere

Tabel 6: De zorg van cliënten van 20 t/m 59 jaar in 1974 t/m 1977 en de kosten gedurende de eerste 12 maanden na hun eerste contact per instelling waar men begon

Cliënt begon de zorg bij:	(N)	Gem.aant. contacten per cliënt	Gem.aant. opnamedagen per cliënt	Gemiddelde kosten p. cliënt in gulden:		
				extramuraal	intramuraal	totale zorg
<i>Persoonlijkheidsstoornissen</i>						
PZ-poli	(38)	9,7	32,3	1.574.-	5.221.-	6.795.-
PAAZ-poli	(14)	5,6	12,5	909.-	2.026.-	2.935.-
RIAGG	(29)	6,1	3,9	3.687.-	626.-	4.313.-
IMP	(5)	4,0	—	448.-	—	448.-
CAD	(16)	9,6	30,4	3.326.-	4.927.-	8.253.-
totaal/gem.	(102)	7,8	19,6	2.303.-	3.174.-	5.477.-
<i>Neurotische depressie*</i>						
PZ-poli	(134)	9,7	7,3	1.574.-	1.177.-	2.751.-
PAAZ-poli	(34)	6,9	15,4	1.120.-	2.503.-	3.623.-
RIAGG	(42)	8,3	1,5	5.017.-	243.-	5.260.-
IMP	(5)	28,6	—	3.205.-	—	3.205.-
totaal/gem.	(215)	9,1	7,5	2.213.-	1.177.-	3.390.-

* Het CAD blijft erbuiten omdat het geen cliënten met deze diagnose had, zie ook tabel 1.

taken zoals consultatie en preventie etc.) bestaat er onenigheid over de werkelijke kostprijs van de contacten (zie bijv. Post en Beenackers 1982). Wij zullen ons hier voorlopig niet in mengen.⁵ Wat wij onder de aandacht willen brengen is dat men veelal voorbijgaat aan de vraag hoeveel de hulp aan een bepaalde categorie cliënten of patiënten kost.

Bij de discussie over de vervanging van intra- door extramurale zorg of het ene soort extra-murale zorg door het andere dient men telkens omschreven groepen cliënten te beschouwen.

Met de volgende twee voorbeelden willen we laten zien dat:

1. de ene categorie cliënten meer kan kosten dan de andere, al naar gelang de instelling;
2. dezelfde instelling niet in alle gevallen duur of goedkoop is.

Twee voorbeelden

In tabel 6 zijn twee diagnostische categorieën, die van de persoonlijkheidsstoornissen en de neurotische depressie, wat betreft hun zorg en kosten bij de verschillende instellingen naast elkaar gezet. Om te beginnen kunnen we opmerken dat de persoonlijkheidsstoornissen gemiddeld meer kosten dan de neurotische depressies. Binnen één instelling is dit echter alleen bij de PZ-polikliniek het geval en kosten de persoonlijkheidsstoornissen bij de PAAZ-polikliniek, de RIAGG en het IMP aanzienlijk minder dan de neurotische depressie. De gemiddelde kosten per cliënt lopen bij de extramurale zorg echter nauwelijks uiteen: f 2303,- voor de persoonlijkheidsstoornissen en f 2213,- voor de neurotische depressies. Het zijn de kosten van de intramurale zorg die het verschil in de totale kosten tussen de twee groepen veroorzaken. Echter ook deze algemene bevinding gaat niet bij iedere instelling op: bij de RIAGG en het IMP zijn de kosten voor de extramurale zorg bij de neurotische depressies aanzienlijk hoger dan bij de persoonlijkheidsstoornissen en bij de PAAZ-polikliniek zijn – in tegenstelling tot de PZ-polikliniek en de RIAGG – de kosten van de intramurale zorg bij de neurotische depressies hoger dan bij de persoonlijkheidsstoornissen.

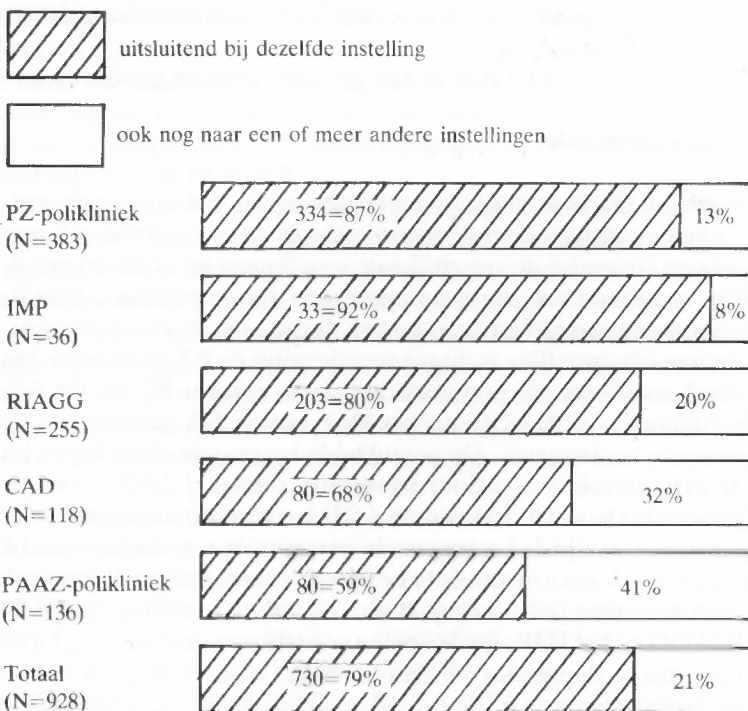
Uit de voorbeelden blijkt dus dat een carrière via één bepaalde instelling niet in alle gevallen relatief duur hoeft te zijn: de PZ-polikliniek is in het ene geval duur en in het andere geval juist niet. Tevens blijkt dat een relatief goedkope extramurale ingang uiteindelijk niet in lage totale kosten hoeft uit te monden. (vgl. bij de neurotische depressies de PAAZ-polikliniek met het IMP).

Tenslotte zien we dat duurte niet zonder meer samenhangt met de hoeveelheid directe zorg in aantallen contacten, omdat de instellingen verschillen in de gemiddelde kosten per contact.⁴ Al met al behoeft het geen betoog dat de vergelijkingen die we in tabel 6 maken onvolledig zijn, o.a. omdat gegevens over de inhoud van de contacten ontbreken (hun kwaliteit, efficiëntie en effectiviteit).

Gebruik van meerdere voorzieningen

Tot dusverre werd de zorg gedurende de eerste 12 maanden steeds gerelateerd aan de instelling waar de cliënt begon. We hebben echter al gezien dat een deel van de cliënten (14%) gebruik maakte van tenminste twee instellingen, door de overgang van extra- naar intra-muraal. Ook het omgekeerde komt voor, terwijl sommige cliënten van de ene naar de andere extramurale dienst overgaan.⁶

Figuur 4: Overgang van de oorspronkelijke instelling naar een of meer andere



Naarmate het vervolgonderzoek langer duurt neemt het aantal overgangen toe (zie Ten Horn en Giel; 1978 en Ten Horn 1980). In figuur 4 laten we zien hoeveel cliënten gedurende de eerste 12 maanden van de oorspronkelijke instelling naar een of meer andere extra-, semi-, en/of intra-murale instellingen overgingen. Zowel relatief (behalve het IMP) als absoluut had de PZ-polikliniek het meeste 'eigen' cliënten. De 49 cliënten die elders opdoken werden o.a. opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis of in een PAAZ, maar kwamen ook wel terecht bij een van de vier extramurale voorzieningen. Van de IMP-clieñten kwamen verhoudingsgewijs het minst vaak personen elders terecht (8%). Van de cliënten van de PAAZ-polikliniek die naar elders gingen, kwamen er ook wel bij de andere extramurale voorzieningen, maar ging het vaak om een opname op de PAAZ. Bij de RIAGG-clieñten ging het vaker om een overgang naar een van de extramurale voorzieningen, met name de PZ-polikliniek, dan om een opname. Het merendeel van

de CAD-cliënten die elders kwamen, werd in een verslavingskliniek of in een psychiatrisch ziekenhuis opgenomen; enkelen gingen naar de RIAGG of naar een van de poliklinieken. In totaal bleef van de 928 in dit artikel besproken cliënten van 20 tot 60 jaar 79% (730) in het eerste jaar bij dezelfde instelling en kwam 21% bij tenminste één andere instelling. Aan de in het eerste jaar verleende zorg die we in het voorgaande per toegang tot de GGZ presenteerden, heeft in een vijfde van de gevallen meer dan één instelling bijgedragen. Om achter het 'eigene' van de instellingen te komen hebben we ook de zorg bestudeerd die aan cliënten werd geboden die niet van de ene naar de andere instelling overgingen. Het zou te ver voeren om al die informatie hier te presenteren. Het blijkt echter dat deze het tot nu toe geschetste beeld niet wezenlijk verandert.

Discussie

In de toegevoegde commentaren zal door bij de hulpverlening betrokken mensen dieper op de betekenis van onze bevindingen worden ingegaan. Wij zullen ons hier beperken tot het aanstippen van enkele discussiepunten.

- Wat is de zin van RIAGG-vorming⁷ wanneer blijkt dat een groot deel van de geestelijke gezondheidszorg voor de volwassen bevolking buiten de RIAGG-partners omgaat? De overeenkomsten tussen de poliklinieken en sommige RIAGG-partners wat betreft de kenmerken van hun cliënten en hun zorg, lijken groter dan die tussen sommige van de RIAGG-partners. De overeenkomsten lijken in het algemeen trouwens groter van de verschillen.

- Een gedeelde maar niet duidelijk toegeschreven verantwoordelijkheid vande poliklinieken en het RIAGG voor bij voorbeeld nazorg, bevordert het tussen wal en schip raken van cliënten die deze zouden moeten ontvangen. Elders (Ten Horn 1979) concludeerden we reeds dat de RIAGG (SPD-en) en de poliklinieken zich steeds meer op cliënten zijn gaan richten die nimmer worden opgenomen, waarmee de samenwerking met de klinische sector grond heeft verloren en de continuïteit van de zorg voor deze cliënten in het geding is gekomen. In een volgende registerpublicatie zullen we op de nazorg terugkomen.

- Het vergelijken van de door verschillende instellingen verleende zorg is geen gemakkelijke bezigheid. Hier zijn vooral kwantitatieve aspecten aan bod geweest. In een volgend artikel willen we kwalitatieve gegevens, zoals de aard van de behandeling en de discipline van de behandelaar aan de orde stellen. De hier gepresenteerde gegevens doen bij ons echter reeds de vraag rijzen naar het waarom van dergelijke kwantitatieve verschillen in de aanpak van ogenschijnlijk vergelijkbare problematiek. Overleg tussen de instellingen over de aard van deze verschillen en over de afbakening van taken lijkt ons noodzakelijk ter bevordering vande continuïteit van de zorg voor de cliënt.

Noten

- 1 Met uitzondering van het recent verschenen proefschrift van Van Alphen (juni 1982)
- 2 In de onderzochte periode werd de term 'RIAGG' nog niet gebruikt voor de combinatie van de genoemde werksoorten. Zij behoorden in 1977 echter wel al tot één stichting.
- 3 Voor een meer uitgebreid overzicht zie Giel en Ten Horn 1981.
- 4 Voor de berekening van de kosten is uitgegaan van
 - het totaal van de uitgaven in 1978 van de gehele betreffende instelling gedeeld door het totale aantal face-to-face-contacten in hetzelfde jaar.
 - CAD: $1.285.367,22 : 3710 = 346,46$ per face-to-face-contact
 - IMP: $2.906.920,00 : 25942 = 112,05$ per face-to-face-contact
 - RIAGG: $5.497.030,64 : 9094 = 604,47$ per face-to-face-contact
 - PZ-polikliniek: $1.723.400$ personeelskosten + geschatte 15% (op basis van vergelijkbare % van andere instellingen) huisvesting, bureau- en overige kosten = $257.716,12$ totaal $1.981.116,12 : 12.208 = 162,28$ per face-to-face-contact
 - PAAZ-polikliniek: vanwege het ontbreken van gegevens zijn dezelfde kosten aangehouden als voor de PZ-polikliniek
 - voor de opnamedagen is uitgegaan van een gemiddelde verpleegprijs per dag van $162,08$. Voor het PZ en voor de PAAZ in het onderzochte gebied golden gemiddeld in 1977/78 prijzen van $153,-$ resp. $171,-$
- 5 Het is de bedoeling in een volgende publikatie, na het artikel met de kwalitatieve gegevens, een uitgebreide kostenanalyse te presenteren.
- 6 In feite zou men hiermee rekening moeten houden en van elk contact de kosten per cliënt afzonderlijk moeten berekenen. Dit hebben wij in onze kosten-paragraaf niet gedaan. In tabel 6 zijn per instelling van aanvang de kosten voor de contacten berekend, alsof alle contacten bij die betreffende instelling hadden plaatsgevonden.
- 7 Hier bedoelen we de RIAGG-vorming inclusief de IMP-werksoort terwijl we tot dusverre over de RIAGG exclusief het IMP spraken. Zie ook noot 2.

Literatuur

- Alphen, P. J. M. van (1982), *Functies en functioneren*, Valkenburg Offset, b.v., Echt.
- Bayer, H. A. P. M. (1981), Scheve verdelingen in de consumptie van hulpaanbod bij drie Limburgse RIAGG's. *Publikatie nr. 4, Prov. St. GGZ Limburg*.
- Beenackers, A. A. J. M. (1982), Kostprijs in de AGGZ, *MGV* 1, 41-44.
- Beenackers, A. A. J. M. (1982), Arbeidsproductiviteit en kostprijs in de AGGZ, *MGV* 4, 405-406.
- Giel, R. en G. H. M. M. ten Horn (1976), Een psychiatrisch register als basis voor planning, *Tijdschr. v. Soc. Geneeskunde* 54, 148-153.
- Giel, R. en G. H. M. M. ten Horn (1981), De verhouding tussen hulpvraag en -aanbod: risicogroepen in de GGZ, *T. v. Psychiatrie* 23, 504-521.
- Haen, F. de (1980), Zorgcijfers 1977: cliëntenaantallen, mankracht, capaciteit en kosten in de geestelijke gezondheidszorg, *NCGV-reeks* nr. 13, NCGV.
- Horn, G. H. M. M. ten (1979), Voorzorg, nazorg, geen zorg: De samenwerking tussen de ambulante en klinische GGZ, *MGV* 10, 669-672.
- International Classification of Diseases*, ninth revision (1978), World Health Organization, Geneva.
- Mastboom, J. (1981), Poliklinieken van psychiatrische centra, *NCGV-reeks* nr. 27, NCGV.

- Peters, L. (1981), Financiering van poliklinieken van psychiatrische centra, *NCGV-reeks* nr. 31.
- Post, C. P. T. (1982), Arbeidsproductiviteit en kostprijs in de AGGZ, *MGV* 4, 396-404.

II Reacties op de gegevens

A. Commentaar van de Polikliniek Psychiatrisch Centrum (PPC)

Samenwerking: feiten en pretenties

Wij prijzen ons gelukkig, dat de medewerkers van het Psychiatrisch Register op de van hun bekende, zorgvuldige, kwantificerende manier een aantal feiten hebben gepresenteerd over de wijze, waarop de extramurale GGZ-instellingen in de registergemeente werken. Omdat de registergemeente slechts circa 10% van ons werkgebied omvat, dient te worden overwogen, dat onduidelijk is of deze 10% volledig karakteristiek zijn voor onze werkwijze; dit geldt in meerdere of mindere mate voor de andere instellingen ook. Dit artikel verschijnt op een moment, dat de spanning over wat de landelijke beleidsmakers gaan beslissen zeer hoog is opgelopen. Het toont aan hoe weinig eigenlijk bekend is over wat alle instellingen precies doen en over hoe zinnig dat werk is. Het heeft er de schijn van, dat beleidsbeslissingen dan ook genomen worden op grond van politieke uitgangsdogmatische, in een vrijwel volslagen duisternis met betrekking tot de vraag of de patiënten daar beter van worden of niet. Het is vanuit bezorgdheid in deze situatie over wat er met ons en onze patiënten gaat gebeuren, dat wij dit commentaar schrijven en niet vanuit onvrede met het werk van onze collega's in de andere instellingen, met wie wij goede contacten onderhouden, naar wie wij verwijzen over en weer, en die wij waarderen.

1. Wij hebben zeker vertrouwen in samenwerking met de RIAGG. We zijn het echter oneens met de RIAGG-pretentie, die tot uiting komt in de groslijst van taken en de Wettelijke Verstrekking, inhoudende dat de RIAGG het gat tussen 1e en 3e lijn opvult. Het artikel toont aan, dat de RIAGG met een personeelsformatie, die nauwelijks afwijkt van het landelijk gemiddelde, niet meer dan een ruim kwart van de totale extramurale zorg voor zijn rekening kan nemen. Dat betekent zonder meer, dat de RIAGG ten enen male niet geëquipeerd is om de gehele extramurale zorg ter hand te nemen.

2. Het aantal patiënten, dat via de PPC opgenomen wordt, is procentueel het kleinste van alle GGZ-instellingen (met uitzondering van het IMP). Wij herkennen dat als resultaat van ons beleid om opnemingen zoveel mogelijk te voorkomen. Dit vormt een duidelijke weerlegging van de soms gehoorde bewering, dat de psychiatrische ziekenhuizen poliklinieken exploiteren om hun beddenbestand gevuld te houden.

3. Over het gebruik van meerdere voorzieningen het volgende. Vanuit de PPC komt 13% van de patiënten bij een andere instelling terecht (fig. 4), waarvan 9% intramuraal. De resterende 4% be-

staat uit patiënten, die op indicatie worden verwezen naar IMP, CAD en RIAGG. Dat betekent, dat verwijzingen naar onze polikliniek vrijwel altijd gericht en goed geïndiceerd zijn, dat, tenzij een opname nodig is, de patiënt vrijwel altijd van het begin tot het einde van de periode, dat hij zorg behoeft, bij ons onder behandeling blijft.

Overlapping – waarbij een patiënt voor hetzelfde probleem meerdere instellingen bezoekt, zonder dat men dit van elkaar weet – komt derhalve zeer weinig voor. Dit logenstraft de stelling, dat de overlap tussen de verschillende instellingen in de ambulante GGZ veel te groot zou zijn. Het aantal patiënten, dat door andere instellingen naar onze PPC wordt verwezen, is veel groter; het betreft hierin het algemeen gerichte verwijzingen, omdat onze therapeutische mogelijkheden groter zijn door een grotere diversiteit van disciplines en deskundigheden.

4. Wij vinden tabel 6 misleidend: de suggestie wordt gewekt, dat intramurale behandeling van op de PPC behandelde mensen met persoonlijkheidsstoornissen veel duurder is, omdat deze patiënten op de PPC behandeld worden. Deze samenhang is op zijn minst onaannemelijk. Maar dat niet alleen: er worden kosten van intramurale behandeling van 2 sub-groepen uit één diagnose-categorie vergeleken. Dat is misleidend, omdat het artikel vergelijking van *extramurale* instellingen beoogt. De vergelijking is alleen al hierom incorrect, omdat het verschil in patiënten, waarbij geen diagnose wordt gesteld (zie tabel 1: PPC 11%, RIAGG 44%), zo groot is, dat iedere uitspraak over de wel gediagnosticeerden hachelijk wordt. Wij vinden het overigens onthutsend, dat bij bijna de helft van de patiënten van de RIAGG geen diagnose gesteld wordt. Dat betekent, dat bij bijna de helft van de patiënten geen samenvattend oordeel te geven is over wat er met iemand aan de hand is. Enerzijds bestaat het gevaar, dat een psychiatrische stoornis niet herkend en dus ook niet goed behandeld wordt, anderzijds bestaat het minstens zo grote gevaar, dat een lichamelijke afwijking met o.m. psychische manifestaties niet wordt herkend en patiënten moeilijk in een psychiatrisch circuit worden gehouden.

5. Wij vinden het onthullend en zeer belangrijk, dat behandeling van beide sub-groepen volgens tabel 6 door de RIAGG veel kostbaarder is dan door de PPC: een patiënte met een persoonlijkheidsstoornis krijgt op de PPC 9,7 contacten voor f 1.547,- en op de RIAGG 6,1 contacten voor f 3.687,-; een patiënt met een neurotische depressie krijgt op de PPC 9,7 contacten voor f 1.547,- en op de RIAGG 8,3 contacten voor f 5.017,-. Een dergelijk, naar ons gevoel imponerend, prijsverschil komt, wanneer men de gehele patiëntenpopulatie samenneemt, ook in de 4e voetnoot van het artikel tot uiting: 1 face to face contact op de RIAGG kost f 604,47, 1 face to face contact op de PPC f 162,28. Tot nu toe hebben alle landelijk gepubliceerde vergelijkende kostprijsberekeningen, hoe verschillend ook van elkaar, als consistent resultaat opgeleverd, dat de PPC per behandelcontact veel goedkoper is dan de RIAGG; In dit artikel wordt deze bevinding wederom bevestigd. We hebben

het vermoeden, dat dit mede samenhangt met het tot nu toe gehanteerde verrichtingensysteem op de PPC.

6. Kwalitatieve aspecten blijven buiten beschouwing in dit artikel en dus ook in ons commentaar. Het lijkt ons goed, daarop één uitzondering te maken. Eén der PPC's is belast met de opleiding van assistent-artsen tot psychiater. Daarvoor is noodzakelijk, dat psychotherapieën onder supervisie plaatsvinden. Het verdwijnen van de PPC's zal automatisch een verdwijnen van alle extra universitaire psychiatrie-opleidingen met zich meebrengen. Deze PPC heeft dus een opleidingstaak naast de curatieve behandeltaak; dit impliceert, dat er eisen gesteld moeten worden aan aard diversiteit en intensiteit van de verrichte behandelingen. Voorts ontbrak tot in een zeer recent verleden in de regio een LGV geheel. Daarom is op de PPC indertijd begonnen met behandelingen, die zich met dergelijke problematiek bezighouden. Onze conclusie is: een planning, die geen rekening houdt met historisch gegroeide structuren en speciale taken voert tot vernietiging van kwaliteit, know how en ook van kapitaal.

7. Onze overtuiging, die door dit artikel duidelijk gesterkt is, is de volgende: een samengaan van curatief-ambulante instellingen en vrij gevestigden op gelijk niveau enerzijds en instellingen voor intramurale zorg anderzijds is de enige toekomstvisie die perspectief geeft op een betere behandeling van de patiënten (RIAGG), mits daarbij de preventie wordt losgekoppeld van het curatieve circuit. Alle andere toekomstvisies dienen alleen al om deze reden te worden afgewezen.

J. Pols en

A. J. Wilke

B. Commentaar van de RIAGG

Het artikel 'Extramurale geestelijke gezondheidszorg in een stedelijke gemeente' van Ten Horn en Giel wordt gepresenteerd als een bijdrage aan de discussie over de overeenkomsten en verschillen tussen de diverse voorzieningen op dit terrein. Het meest opmerkelijke in het artikel is, dat één van de meest in het oog springende verschillen tussen de RIAGG en de andere extramurale voorzieningen al vrij vlot aan het begin van het artikel wordt beschreven (in figuur 1) en daarna in de verdere analyse buiten beschouwing blijft, namelijk dat de RIAGG in de leeftijdsgroepen van 0-19 jaar en van 60 jaar en ouder in vergelijking tot de andere extramurale voorzieningen vrijwel een monopoliepositie inneemt.

Een tweede, direct in het oog springend verschilpunt tussen de RIAGG en de andere extramurale voorzieningen, dat geheel buiten beschouwing blijft, is dat het takenpakket van de RIAGG, naast hulpverlening, óók dienstverlening (zoals consultatie en advisering) en preventie omvat.

Het artikel laat dus slechts de vraag over (op zichzelf interessant genoeg om er op in te gaan): rechtvaardigen overeenkomsten en verschillen op het gebied van *curatieve zorg aan volwassenen* in de leeftijdsgroep van 20-59 jaar uit één gemeente binnen het RIAGG-

werkgebied het naast elkaar bestaan (of zo men wil: het buiten de RIAGG-vorming laten) van de diverse extramurale voorzieningen.

Er is mijns inziens nog een valkuil waarvoor ik mij (toch redelijk vertrouwd met het register) steeds zelf weer behoeden moet om er in te vallen (de oplettende lezer zij er nu ook voor gewaarschuwd). In het artikel worden niet de kenmerken en zorgpatronen van de cliëntèle in zijn algemeenheid beschreven, maar slechts van een beperkt deel er uit, nl. die cliënten uit één gemeente die voor het eerst sinds de start van het register op 31-12-73, met de GGZ in aanraking komen. De groep van cliënten die tussen 31-12-73 en hun aanmelding, bij voorbeeld bij de RAGG, al één of meer contacten met één of meer andere GZZ-instellingen hadden worden dus niet onder de noemer van de RIAGG in dit artikel beschreven. Ik blijf er moeite mee hebben op zo'n beperkte onderzoeksgroep en zulke kleine getallen te proberen algemene en generaliseerbare conclusies te baseren. Een voorbeeld staat op blz. 83 in de paragraaf over de intramurale zorg. Daar wordt gesproken over 'de gemiddelde opnameduur voor de cliënten van het IMP', terwijl dit 'gemiddelde' is gebaseerd op wel-geteld één cliënt!

Met deze beperkingen en met de relativeringen die de schrijvers zelf al in het artikel hebben aangebracht, is het mijns inziens onmogelijk een algemene uitspraak te doen over de vraag of RIAGG-vorming wel zin heeft.

De constatering dat een groot deel van de geestelijke gezondheidszorg voor de volwassen bevolking uit één gemeente buiten de RIAGG-partners om gaat, maakt op zichzelf de RIAGG-vorming niet zinledig. De zin van RIAGG-vorming is de integratie van hulpverlening aan alle leeftijdsgroepen en de integratie van hulpverlening, dienstverlening en preventie in één organisatorisch en multifunctioneel kader. Figuur 1 laat zien dat de RIAGG (N.B.! De gepresenteerde cijfers hebben betrekking op een periode waarin het begrip RIAGG nog maar nauwelijks vertrouwd was, laat staan bewust nagestreefd) wat betreft de hulpverlening aan alle leeftijdsgroepen redelijk aan het geformuleerde doel beantwoordt. Het feit, dat een belangrijk deel van de hulpverlening aan volwassenen in de leeftijdsgroep van 20-59 jaar buiten de RIAGG om plaats vindt, doet op zich zelf geen afbreuk aan de zin van RIAGG-vorming, maar roept de vraag op naar de zin van een hulpverleningscircuit naast de RIAGG. Zeker wanneer blijkt dat die hulp wat betreft het zorgpatroon, de diagnosegroepen en de aard van die hulp grote overeenkomst vertoont met die van de RIAGG, kun je je afvragen of integratie van die zorg in de RIAGG niet voor de hand ligt. Wat is de zin van het laten voortbestaan van een ziekenfondsverstrekking poliklinisch specialistische hulpverlening als dezelfde hulp óók geleverd kan worden door één RIAGG. Wat is de juridische basis waarop men de ziekenfondsverstrekking die hetzelfde te bieden heeft, laat voortbestaan naast de AWBZ-verstrekking 'hulp door of vanwege een RIAGG'? Het gepresenteerde onderzoeksmateriaal geeft mijns inziens duidelijk weer dat

voor een zogenaamde 'full-time psychiatrische psychotherapeutische polikliniek' naast de RIAGG geen plaats is. Deze vorm van ambulante hulpverlening moet worden geïntegreerd in de RIAGG en voortgezet in het kader van de AWBZ-verstreking 'hulp door of vanwege een RIAGG'.

De onderzoekers stellen voorts ter discussie de vraag of niet duidelijk toegeschreven verantwoordelijkheden van de poliklinieken en de RIAGG voor bij voorbeeld nazorg bevordert dat cliënten tussen wal en schip geraken. Romme is op deze vraag in zijn commentaar op het artikel Mastboom (MGV nr. 5/82, blz. 521 t/m 523 - Poliklinieken van psychiatrische centra (2)) ingegaan. Ik ben het met hem volmondig eens; de door de schrijvers opgeworpen vraag laat zich echter met dit artikel in de hand niet beantwoorden. Ik zie daarvoor liever uit naar een volgend artikel dat specifiek de nazorgfunctie de registerinstellingen beschrijft.

Tenslotte dit. De schrijvers hebben een eerste voorzichtige poging gedaan om in de discussies, ook in dit blad, over de kosten van de geestelijke gezondheidszorg het accent te gaan verleggen van beschouwingen over de kosten van diverse voorzieningen naar een analyse van de kostprijs van behandeling van psychische klachten en van het aandeel dat de diverse instellingen leveren in de behandeling van die klachten. Dat is mijns inziens een poging die het waard is om verder uit te werken. Voorop staat dan wel dat de kostprijs van één face-to-face contact niet 'vervuild' wordt door toerekening van bestede tijd aan andere, indirecte vormen van hulp en aan dienstverlening en preventie. Als ik een appel bij de groenteboer koop, betaal ik voor die ene appel ook niet de kosten van zijn hele winkel, gedeeld door het aantal appels.

B. M. Trooster

C. Commentaar van het Instituut voor Medische Psychotherapie in Groningen en Drenthe

De plaats van het IMP tussen de AGGZ-instellingen

Bij het lezen van het artikel van Ten Horn en Giel valt op dat, waar men cijfers die verzameld zijn, over de jaren '74 t/m '77 bij de diverse instellingen binnen de AGGZ samenbrengt onder het hoofd RIAGG, men het IMP en het CAD afzonderlijk beschrijft. De RIAGG is pas in 1982 een feit geworden. Het lijkt daarom logischer in dit artikel te spreken van gebundelde gegevens van SPD, MOB en LGV. Kiest men voor het begrip RIAGG, dan lijkt het consequenter het IMP aan te duiden met het nieuwe begrip OEP (Organisatorische Eenheid Psychotherapie).

Dat men dit niet gedaan heeft is te rechtvaardigen vanuit het idee dat het IMP vanoudsher een duidelijk eigen profiel heeft.

Het IMP is een instituut met de doelstelling de psychotherapie bereikbaar te maken voor alle lagen van de bevolking. Men gaat dus uit van een werkwijze, psychotherapie, met eigen opties en beperkingen, waarbij niet gepretendeerd wordt iedereen te kunnen en te moeten helpen. Direct gevolg hiervan is dat men grote waarde

hecht aan de indicatiestelling. Dit is de fase waarin onderzocht wordt in hoeverre de patiënt baat kan hebben bij een behandeling. Gezien de discrepantie tussen vraag en aanbod wordt, hoewel op zichzelf oneigenlijk, nogal eens het accent gelegd op de categorie patiënten die bij de behandeling een groot uitstralingseffect hebben op hun directe omgeving. In de praktijk is dit de groep volwassenen, wat nadrukkelijk niet wil zeggen dat kinderspsychotherapie en psychotherapie van ouderen niet tot het werkterrein van het IMP zouden behoren.

Psychotherapie beoogt een veranderingsproces op gang te brengen bij de betrokken patiënt(e)(n) waardoor deze beter in staat raakt (raken) huidige en toekomstige problemen tegemoet te treden en op te lossen. Dit gebeurt o.a. door de ernstige structurele problemen, die de patiënt met zichzelf en in zijn omgeving ervaart, te behandelen, gebruik makend van de relatie met de therapeut, zodat het herhalingsautomatisme ervan wordt doorbroken. Een psychotherapie kan focussen op de constellatie, patiënt en probleem, of meer op de persoonlijkheid van de patiënt.

Geprobeerd wordt structurele veranderingen na te streven, die ook in de toekomst hun werking moeten blijven hebben. Een uitspraak als 'van de IMP-patiënten kwamen verhoudingsgewijs het minst vaak personen elders terecht (8%)' kan in dit licht worden gezien. Psychotherapie is door zijn aard en intensiteit een vaak min of meer langdurig proces, wat weerspiegeld wordt in het gegeven, dat 80% van de contacten benut worden door 30% van de cliënten. Bij de interpretaties van de cijfers dient men niet uit het oog te verliezen dat de gegevens verzameld zijn in een stad met, zoals het artikel aangeeft, een rijkere schakering van intramurale voorzieningen dan het landelijk gemiddelde en dan in steden met een vergelijkbare omvang, waar echter het IMP ondervertegenwoordigd is als zijnde een betrekkelijk kleine nevenvestiging van het 'moeder-instituut', 30 km verderop gelegen. Een verdere bijzonderheid is dat de Polikliniek van het PZ deze leemte ten dele opvult door zijn psychotherapie-capaciteit, die, uitgedrukt in aantal contacturen en patiënten, het aanbod van het IMP ter plaatse verre overtreft. Hierdoor is te verklaren dat, in het onderzoek, de IMP-partner van de RIAGG meer overeenkomst vertoont met de PZ-poli dan met andere RIAGG-partners.

De invloed van de selectie van patiënten, de indicatiestelling, door het IMP, is terug te vinden in de volgende gegevens:

- bij het IMP is 52% van de patiënten in de leeftijd van 30-39 jaaren slechts 15% ouder dan 40 jaar;
- het percentage verslavingen is te verwaarlozen;
- het percentage psychosen is nihil;
- 39% van de patiënten heeft slechts 1 contact gedurende de eerste 12 maanden; dit is het indicatie-gesprek, waarna ver- of afwijzing volgt, of de patiënt op de (te) lange wachtlijst komt; het feit dat voor enkele psychotherapie-methodieken de wachtlijst langer is dan 1 jaar, betekent dat, bij de gevolgde methode, een aantal patiënten lijkt te volstaan met een eenmalig contact.

Het intensieve patroon van zorg van het IMP voor de patiënten waarbij de indicatie psychotherapie gesteld is, komt tot uiting in het hoge percentage (36%) van 11 of meer contacten in het eerste jaar. Ook tabel 3 laat zien dat patiënten bij het IMP doorgaans een langdurige en frequente zorg krijgen.

Over het kostenaspect kan het volgende worden gezegd. Per contact is de kostprijs laag, als gevolg van een geringe 'overhead'. Er is namelijk weinig administratie, doordat patiënten langdurig in behandeling blijven. Bovendien kent het IMP geen taken zoals preventie. Daarnaast is het feit dat patiënten naar de werkplek van de psychotherapeut toe komen een kostenbesparende factor. Tenslotte is het ook zo dat de psychotherapeuten dankzij de vereiste goede opleiding in staat zijn tot efficiënt intercollegiaal overleg. Door dit artikel ontstaat de indruk dat een behandeling van een neurotische depressie meer kost dan die van een persoonlijkheidsstoornis. Naar onze mening is dit een vertekening, waarvoor wij geen duidelijke verklaring hebben. Onder een neurotische depressie verstaan wij een neurose, die de vitale kern van de patiënt heeft aangetast met alle apathie en moedeloosheid van dien. Een persoonlijkheidsstoornis beschouwen wij als een diepgaandere neurotische stoornis, die de structuur van de persoonlijkheid in een vroeg stadium van ontwikkeling heeft geblokkeerd, zoals bij voorbeeld vaak het geval is bij psychopathieën, perversies en verslavingen. Onze ervaring is dat de laatste categorie doorgaans intensiever en langduriger behandeling nodig heeft, voorzover deze al te behandelen is met psychotherapie.

Dat de cijfers in dit onderzoek anders uitwijzen, is misschien het gevolg van de geringe omvang van de populatie of van de invloed van de wachttijd bij het IMP (en het feit dat soms voorrang wordt gegeven aan meer acute nood zoals bij sommige depressieve neurotici bestaat) of van de onduidelijkheid van de diagnostiek.

Als direct gevolg van het moeten rapporteren naar buiten (ook aan het register), is namelijk helaas een neiging ontstaan tot een 'verhullend' taalgebruik, die vergelijkbare diagnostiek bemoeilijkt. In het algemeen gezegd dachten we dat de kosten van de behandeling uiteindelijk worden bepaald door de duur en die hangt weer rechtstreeks samen met de ernst van de problematiek.

Het is bekend dat het IMP streeft naar een groter samenwerkingsverband dan de RIAGG bij voorbeeld of IRV of uiteindelijk een RIGG. Als er gecentraliseerd moet worden is het zinvol die instellingen bij elkaar te brengen die hetzelfde werk doen. Het artikel bevestigt, dat al leefde als indruk, namelijk dat het IMP een duidelijke overeenkomst vertoont met een PZ-poli en minder met de andere RIAGG-partners.

De PZ-poli zou in een samenwerkingsverband met de RIAGG op zijn plaats in de AGGZ en daarbinnen naast het IMP de psychotherapie-functie kunnen verzorgen als partners in de OEP.

M. P. E. Arnoldus en
J. J. W. P. van Groenigen