

GGZorg gepeild

Een vergelijkend onderzoek met behulp van twee Registers voor de Geestelijke Volksgezondheid

door F. G. Brook en H. J. F. R. Hamers

Inleiding

Alweer ruim tien jaar (sedert 31 december 1973) worden in het noordelijk Register Geestelijke Volksgezondheid alle contacten, die inwoners uit de Registergemeente (± 45.000) hebben met voorzieningen voor de Geestelijke Gezondheidszorg (intra-, semi- en extramurale) verzameld (zie Giel en Ten Horn, 1976). Zeven jaar later, op 31 december 1980, ging een soortgelijk Register van start voor Maastricht en omgeving (± 205.000 inwoners).

Een van de belangrijkste redenen om een tweede Register op te zetten was vergelijkende studies te kunnen uitvoeren in regio's, die duidelijk van elkaar verschillen in het aanbod van GGZ-voorzieningen. Inmiddels is een dergelijke vergelijking mogelijk.

In deze eerste publikatie, waarin een doorsneedag (een zogenaamde 'census' ook wel puntprevalentie) wordt vergeleken, geven wij eerst een korte beschrijving van de opzet van de Registers, van de daarbij betrokken GGZ-instellingen, alsmede van enkele sociaal-demografische kenmerken van de twee regio's.

Doel en kenmerken van een Register

Niet alle registratiesystemen zijn Registers. Van een Register is pas sprake wanneer: (a) de volledige en continue registratie van de contacten van (b) de bevolking in een omschreven geografisch gebied met (c) bepaalde instellingen (in dit geval de Geestelijke Gezondheidszorg) op een centraal punt gebeurt en de gegevens (d) per patiënt worden aaneengeschakeld en geordend (zie Baldwin, 1973).

Schrijvers zijn respectievelijk socioloog, verbonden aan de afdeling Sociale Psychiatrie van de RU Groningen en socioloog, verbonden aan de Capaciteitsgroep Sociale Psychiatrie van de RU Limburg.

Door deze volledige en continue registratie van contacten van de bevolking in een omschreven geografisch gebied met alle voorzieningen voor de Geestelijke Gezondheidszorg kunnen op betrekkelijk eenvoudige wijze statistische gegevens over de aangemelde psychiatrische morbiditeit van de bevolking worden verkregen. *Epidemiologische onderzoeksvragen* kunnen worden beantwoord, zoals: Om hoeveel mensen gaat het en wat zijn globaal beschouwd hun psychiatrische problemen? Wat is het beloop van deze ziektebeelden?

Een Register biedt tevens mogelijkheden om kwantitatief vergelijkend onderzoek te verrichten naar *planningsvraagstukken* zoals over de omvang en invloed van de diverse vormen van Geestelijke Gezondheidszorg. Door het longitudinale en continue karakter van een Register kunnen 'gaps' en 'overlaps' tussen instellingen, discontinuïteit en een dergelijke zichtbaar gemaakt en effecten van veranderingen gemeten worden.

Verder kan een Register als *uitgangspunt* dienen voor *specifiek onderzoek*. Het voordeel van het gebruik van een Register als 'samplingframe' is dat men niet eerst vele vaak duizenden mensen behoeft te onderzoeken alvorens men een voldoende grote groep met het bedoelde kenmerk (b.v. een manisch-depressieve psychose) bijeen heeft.

In het buitenland, vooral in Engeland, is al jarenlang veel onderzoek met dergelijke psychiatrische Registers gedaan (zie De Graaff en Ten Horn, 1975). Wereldberoemd is, één van de eerst opgezette, het Camberwell Register, voor een deel van Londen (zie Wing and Hailey, 1972). Sinds 1980 hebben de acht UK-registers (Aberdeen, Camberwell, Cardiff, Nottingham, Oxford, Salford, Southampton en Worcester) hun krachten gebundeld om tot gezamenlijke publikaties te komen. Zeer recent wordt geprobeerd een samenwerking tussen alle Registers in de wereld (incl. Europese zoals Aarhus, Dublin, Genève, Mannheim, Verona en de beide Nederlandse Registers) op gang te brengen (zie WHO-workshop report, 1983).

Hierop vooruitlopend vergelijken wij nu eerst twee Registergebieden met betrekking van de Nederlandse Registers. Deze hebben gemeen dat ze aan elke bij de GGZ aangemelde persoon afkomstig uit het Registergebied die nog niet in het Register voorkomt, een Registernummer toekennen. Alle gegevens die in de loop van de tijd van deze personen binnenkomen worden door middel van een reeks identificatiegegevens aan de al aanwezige toegevoegd (zie voor de principes Baldwin, 1973 en Wing, 1968). De gegevens die over de patiënt en over zijn contact met de GGZ in beide registers worden verzameld komen sterk overeen, alleen geven bepaalde instellingen, die bij het zuidelijke Register betrokken zijn, geen psychiatrische diagnose.

Door het zuidelijke Registersteam worden voor bepaalde instellingen ook nog gegevens verzameld over patiënten van buiten het Registergebied. Dit gebeurt om de betreffende instellingen een totaalbeeld over hun hulpverlening in een bepaalde periode te kunnen verschaffen.

Enkele sociaal-demografische gegevens

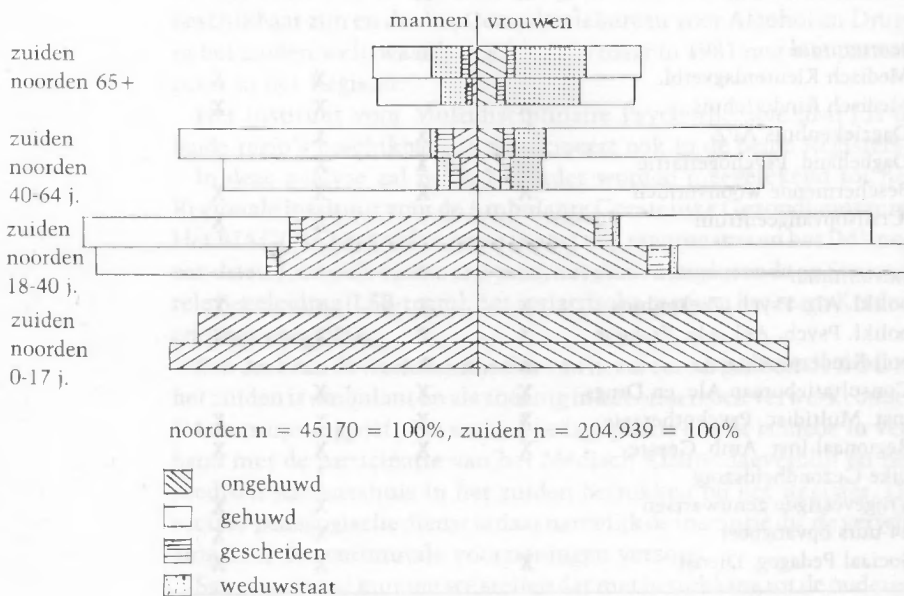
Vanwege de door ons bestuurde 'doorsneedag' presenteren wij hier gegevens, die betrekking hebben op het jaar 1981.

In de eerste figuur wordt de verdeling naar geslacht, leeftijd en burgerlijke staat vergeleken van de inwoners van beide Registerregio's. De noordelijke regio telt in totaal 45.170 inwoners, de zuidelijke 204.939. De zuidelijke regio omvat dus ongeveer 4.5 keer zoveel inwoners.

De verdeling naar geslacht is vrijwel gelijk. In het zuiden zijn er meer mensen van 65 jaar en ouder, gescheidenen en mensen in de weduwstaat dan in het noorden, terwijl er in het noorden meer mensen van 0 tot 18 jaar zijn dan in het zuiden. Al met al lijken de gebieden toch wel veel op elkaar. Maar de noordelijke regio bestaat uit slechts een gemeente, terwijl de zuidelijke naast een grote gemeente (110.232 inwoners) nog een elftal kleinere omvat.

De verschillen tussen de Registerregio's zijn over het algemeen geringer dan die tussen de gemeenten van de zuidelijke regio onderling. Het bleek dat in beide regio's, vooral in het zuiden, de sterftecijfers voor mannen in alle leeftijdsgroepen hoger zijn dan voor vrouwen. Met het oplopen der leeftijd, vooral na het 45ste levensjaar neemt de kans op sterfte sterk toe. Substantiële verschillen tussen beide regio's zijn echter niet waar te nemen. Samenvattend kan worden gesteld dat er tussen de populaties van de beide regio's in de door ons bestudeerde

Figuur 1: Leeftijd naar geslacht in het noorden en het zuiden



kenmerken slechts enkele verschillen kunnen worden vastgesteld. Het zuiden wordt in vergelijking met het noorden gekenmerkt door een iets kleiner aantal jeugdigen en een iets groter aantal bejaarden.

De voorzieningen voor de Geestelijke Gezondheidszorg in beide Registerregio's

Alvorens een beschrijving te geven van de instellingen die betrokken zijn bij de beide Registers, moet worden opgemerkt dat het in dit onderzoek uitsluitend gaat om de contacten die inwoners uit het Registergebied hebben met GGZ-instellingen. Het aandeel van inwoners uit het Registergebied in het totaal van de cliëntèle kan per

Tabel 1: De GGZ-voorzieningen in de noordelijke en zuidelijke regio anno 1981

GGZ-instelling	noordelijke regio		zuidelijke regio	
	aanwezig	participatie a/d census	aanwezig	participatie a/d census
<i>intramuraal</i>				
Alg. Psych. Ziekenhuis	X	X	X	X
Psych. Afd. Alg. Ziekenhuis	X	X	X	X
Verslavingskliniek	X	X		
Inst. v. Kinderpsychiatrie	X	X		
Psychogeriatr. Verpl.h.	X	X	X	X
Zwakzinnigeninstituut	X	X	X	
Kliniek voor TBR	X	X		
<i>semimuraal</i>				
Medisch Kleuterdagverbl.	X		X	X
Medisch Kindertehuis	X		X	X
Dagziekenhuis APZ	X	X	X	
Dagbehand. Psychogeriatric	X	X	X	
Beschermende woonvormen 'Crisisopvangcentrum'	X	X	X	X
<i>extramuraal</i>				
polikl. Alg. Psych. Ziekenhuis	X	X	X	X
polikl. Psych. Afd. Alg. Ziekenh.	X	X	X	X
poli-Kinderpsychiatrie	X	X		
Consultatiebureau Alc. en Drugs	X	X	X	
Inst. Multidisc. Psychotherapie	X	X	X	X
Regionaal Inst. Amb. Geestelijke Gezondheidszorg	X	X	X	X
Vrijgevestigde zenuwartsen			X	X
24-uurs opvangpost			X	X
Sociaal Pedagog. Dienst	X		X	X

instelling sterk variëren, maar is nooit 100% omdat geen enkele instelling zich uitsluitend richt op de inwoners uit het Registergebied.

In tabel 1 staan de voor de beide Registerregio's beschikbare GGZ-voorzieningen en wordt vermeld of de instelling ook betrokken was bij de zogenaamde censustelling.

Niet alle intramurale voorzieningen die in de noordelijke Registerregio aanwezig zijn, zijn ook in de zuidelijke Registerregio aanwezig. Zo ontbreken in het zuiden een instituut voor kinderpsychiatrie, een TBR-kliniek en een verslavingskliniek. De instituten voor de zwakzinnigenzorg zijn in het zuiden weliswaar aanwezig maar ontbreken in de zogenaamde censustelling. Ook is psychogeriatrische dagbehandeling in het zuiden wel aanwezig maar voor de censustelling niet verzameld. In het noorden is bij de Psychiatrische Universiteitskliniek te Groningen (dus buiten de Registerregio) een crisisopvangcentrum beschikbaar en ook bij de censustelling meegenomen als het om patiënten uit de Registergemeente gaat.

In het noorden is in de Registergemeente geen crisisopvangcentrum beschikbaar, terwijl dit in het zuiden wel het geval is. In het zuiden participeren in tegenstelling tot het noorden een Medisch Kleuterdagverblijf en een Medisch Kindertehuis aan het Register. Verder is er voor het gemak in het noorden geen onderscheid gemaakt tussen de verschillende afdelingen van het Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis, hoewel bepaalde afdelingen zich duidelijk richten op een psychiatrische semimurale behandeling.

Extramuraal zijn er nog duidelijkere verschillen in het aanbod aan voorzieningen in beide regio's. Zo is het opvallend dat in tegenstelling tot het zuiden er in het noorden geen vrijgevestigde zenuwartsen beschikbaar zijn en dat het Consultatiebureau voor Alcohol en Drugs in het zuiden weliswaar beschikbaar is maar in 1981 nog niet participeert in het Register.

Het Instituut voor Multidisciplinaire Psychotherapie (IMP) is in beide regio's beschikbaar en participeert ook in de beide Registers.

In deze analyse zal het IMP verder worden meegerekend tot het Regionale Instituut voor de Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg. Het RIAGG in het zuiden omvat naast vier rayonteamen en het IMP nog een drietal centrale teams te weten, het team Langdurende en Structurele Begeleiding (LSB-team), het geriatrische team en het team Kinderen Jeugdzorg (KJZ).

Een deel van de werkzaamheden van het al eerder genoemde KOC in het zuiden is ambulante en als zodanig in het onderzoek verwerkt onder '24-uurs opvangpost'. De sociaal-pedagogische dienst is mede in verband met de participatie van het Medisch Kleuterdagverblijf en het Medisch Kindertehuis in het zuiden betrokken bij het Register. De sociaal-pedagogische dienst is daar namelijk de instantie die de verwijzing naar de semimurale voorzieningen verzorgt.

Samenvattend kunnen we stellen dat met betrekking tot de ouderen

in de beide regio's dezelfde soort en voorzieningen aanwezig zijn en participeren aan de zogenaamde censustelling (met uitzondering van de psychogeriatrische dagbehandeling in het zuiden). Met betrekking tot de volwassenen moet worden opgemerkt dat er geen vrijevestigde zenuwartsen in het noorden zijn. Van alle aanwezige extramurale voorzieningen ontbreekt in het zuiden alleen het CAD aan de censustelling.

Met betrekking tot kinderen hebben de beide regio's een duidelijk verschillend pakket aan voorzieningen. Intramurale instituten voor kinderpsychiatrie ontbreken in het zuiden, en omdat men het idee heeft dat deze functie voor een deel wordt ingevuld door het Medisch Kleuterdagverblijf en 't Medisch Kindertehuis zijn beide laatste in tegenstelling tot het noordelijk Register van het begin bij het Register betrokken.

Een doorsneedag

In navolging van de definiëring van Camberwell (zie Wing, 1972) worden in de census opgenomen, c.q. op een doorsneedag geteld:

1. Alle patiënten die op die dag (de zgn. peildatum) worden of zijn opgenomen in één der intramurale instellingen, uitgezonderd degenen die op die dag worden ontslagen, en alle patiënten die op de peildatum in een semimurale voorziening wonen of die bezoeken;

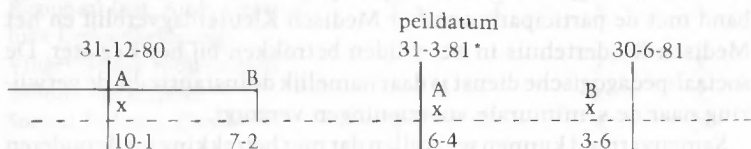
2. Alle patiënten die zowel vóór als na de peildatum een ambulante contact met een GGZ-instelling hebben met een maximale tussenperiode van drie maanden;

3. Alle patiënten die omstreeks de peildatum overgaan van de ene GGZ-instelling naar een andere (bijv. van intramuraal naar extramuraal) mits de periode tussen het contact met de twee instanties niet meer dan drie maanden bedraagt. Met onderstaand voorbeeld zal worden toegelicht wie *wel* en wie *niet* in de census werd opgenomen:

-A heeft een ambulante contact op 10 januari en op 6 april 1981. Omdat de tussenliggende periode minder is dan drie maanden wordt A dus in de census opgenomen.

-B wordt op 7 februari ontslagen uit een psychiatrisch ziekenhuis en heeft een ambulante contact op 3 juni 1981. De tussenliggende periode is niet langer dan drie maanden waardoor B *niet* in de census wordt opgenomen.

Figuur 2: Censuscriteria



In tabel 2 presenteren wij per instelling het aantal patiënten per 1000 van de bevolking in beide Registerregio's.

Met 'eerste instelling' bedoelen wij dat iemand tijdens de periode van 1 januari 1981 tot en met 30 juni 1981 een van deze instellingen als eerste instelling heeft.

Uit tabel 2 blijkt dat op een willekeurige dag in het noorden 9.59 personen per 1000 van de bevolking in contact waren met de GGZ, in het zuiden was dit 9.76 per 1000 van de desbetreffende bevolking. Wanneer we de instellingen die in de beide regio's voorkwamen maar in één van beide regio's niet meededen aan de zogenaamde censustelling, buiten deze vergelijking laten, dan worden deze aantallen voor het noorden en het zuiden respectievelijk 7.59 en 8.13 per 1000 van de desbetreffende bevolking.

Uit tabel 2 blijkt dat andere intramurale voorzieningen dan de PAAZ

Tabel 2: De censuspatiënten op de doorsneedag in de GGZ-instellingen in de noordelijke en zuidelijke regio in absolute aantallen, percentages en per 1000 van de bevolking

	eerste instelling periode 1-1/30-6-81			
	noorden		zuiden	
	abs.	%	abs.	%
<i>intramuraal</i>				
Alg. Psych. Ziekenhuis	48	1.06	197	0.96
Psych. Afd. Alg. Ziekenh.	10	0.22	19	0.09
andere intramurale voorzieningen	83**	1.84	154***	0.75
<i>semimuraal</i>				
Medisch Kleuterdagverblijf*	—	—	93	0.45
Medisch Kinderziekenhuis*				
Dagziekenhuis*				
Pensioentehuis	7	0.15	39****	0.19
Dagbeh. Psychogeriatric*				
Crisisopvangcentrum	—	—	5	0.02
<i>extramuraal</i>				
poli-APZ	80	1.77	186	0.91
poli-PAAZ	4	0.09	167	0.81
RIAGG (incl. IMP)	176	3.90	779	3.80
CAD*	29	0.64	—	—
vrijgevest. zenuwartsen	—	—	92	0.45
24-uurs opvangpost	—	—	29	0.14
Soc. Pedag. Dienst*	—	—	240	1.17
Totaal	433	9.59	2000	9.76

* Deze instellingen worden niet in de verdere analyse betrokken.

N.B.: onder andere intramurale voorzieningen wordt verstaan: Psychogeriatrisch verpleegtehuis, *zwakzinnigeninstituten*, instituten voor kinderpneumologie, verslavingsklinieken en TBR-kliniek

Tabel 2a: Het aantal censuspatiënten dat als eerste instelling een intra-, semi-, of extramuraal voorziening had in absolute aantallen en per 1000 van de bevolking (exclusief de instellingen die in beide regio's voorkwamen maar in één van beide regio's (nog) niet betrokken waren bij een register)

	noorden		zuiden	
	abs.	‰	abs.	‰
intramuraal	79	1.75	370	1.81
semimuraal	4	0.09	44	0.21
extramuraal	260	5.76	1253	6.11
Totaal	343	7.59	1667	8.13

** waarvan 16 in een psychogeriatrisch verpleeghuis, d.w.z. 0.35‰

*** uitsluitend psychogeriatrisch verpleeghuis

**** uitsluitend beschermende woonvormen

en het APZ als 'eerste instelling' meer in het noorden voorkwamen dan in het zuiden. Dit is te verklaren door de participatie in het noorden van de zwakzinnigeninstituten aan de zogenaamde census en de aanwezigheid van de verslavingskliniek, TBR-kliniek en het instituut voor kinderpneumologie.

Uit tabel 2a blijkt dat de aantallen opgenomen personen in de zuidelijke en noordelijke regio bijna gelijk zijn, respectievelijk 1.75 en 1.81‰. In het noorden werden echter meer mensen op de PAAZ opgenomen dan in het zuiden, respectievelijk 0.22 en 0.09‰, terwijl in het zuiden meer personen in het psychogeriatrisch verpleeghuis worden opgenomen dan in het noorden, respectievelijk 0.75 en 0.35‰.

Uit tabel 2a blijkt eveneens dat in het zuiden per 1000 van de bevolking meer semimuraal contact is dan in het noorden, respectievelijk 0.21 en 0.09‰. Hierbij dient te worden opgemerkt dat in het noorden een deel van de semimurale sector onder het APZ viel. Per 1000 van de desbetreffende bevolking is in het zuiden de extramuraal sector groter dan in het noorden, respectievelijk 6.11 en 5.76‰. Uit tabel 2 blijkt dat dit verschil komt door de aanwezigheid van de vrijgevestigde zenuwartsen en de 24-uurs opvangpost namelijk 0.45 en 0.14‰. Het aandeel van de poli-APZ en de poli-PAAZ te zamen is in beide gebieden bijna even groot, namelijk in het noorden 1.86‰ en in het zuiden 1.72, maar vertoont een totaal andere samenstelling. In het noorden is het aandeel van de poli-APZ bijna twee keer zo groot als in het zuiden, respectievelijk 1.77 en 0.91‰, en het aandeel van de poli-PAAZ in het noorden beduidend minder dan in het zuiden, respectievelijk 0.09 en 0.81‰.

Het aandeel van de RIAGG is in beide gebieden wat betreft de extramuraal sector verreweg het grootst en in beide gebieden ongeveer

gelijk, respectievelijk in het noorden 3.90 en in het zuiden 3.80%.

Om de vergelijkbaarheid van beide gebieden te vergroten zullen wij in het nu volgende die instellingen buiten de analyse laten die weliswaar in beide gebieden voorkomen, maar in één van beide gebieden niet betrokken zijn bij de zogenaamde censustelling. Wij gaan er namelijk van uit dat de functie van de instellingen die niet in één van beide gebieden voorkomen door andere instellingen wordt vervuld. In het noorden zal bijvoorbeeld de functie van de vrijgevestigde zenuwartsen worden vervuld door de RIAGG en de poliklinieken van de PAAZ en het APZ. Tabel 3 geeft de aantallen personen in zorg weer volgens de eerder genoemde censuscriteria.

Tabel 3: De censuspatiënten in het noorden en in het zuiden in percentages en per 1000 van de betreffende bevolking naar soort zorg op de censusdag*

soort zorg	noorden		zuiden	
	%	‰	%	‰
alleen extramuraal	70	5.29	70	5.72
alleen intramuraal	19	1.44	22	1.81
combinatie	11	0.86	7	0.60
Totaal	100	7.59	100	8.13
	n=343		n=1667	

* zie pagina 120

Extramuraal is zowel in het noorden als in het zuiden procentueel de grootste categorie, namelijk 70%, gevolgd door intramuraal ($\pm 20\%$) en de combinatie van zowel intra-, semi- als extramuraal zorg.

In tabel 4 wordt het aantal instellingen weergegeven waarmee men tijdens de censusperiode in contact komt.

In het noorden zijn 52 personen (15.2%) in een periode van een half jaar met meer dan één instelling in contact geweest; in het zuiden is dit 14.2% (236).

Tabel 4: Het aantal instellingen in het noorden en in het zuiden waarmee men tussen 1-1-1981 en 30-6-1981 in contact kwam

aantal instellingen	noorden		zuiden	
	abs.	%	abs.	%
één	291	84.8	1431	85.8
twee	43	12.5	160	9.6
drie of meer	9	2.6	76	4.6
Totaal	343	100	1667	100

Als personen tijdens de censusperiode bij meer instellingen komen, is het nuttig te weten met welk soort voorzieningen men in contact is geweest.

In tabel 5 worden een aantal combinaties weergegeven: de groep 'anderszins' omvat zowel andere dan vermelde combinaties tussen twee instellingen alsook combinaties waarbij drie of meer instellingen zijn betrokken.

Tabel 5: Soort zorg in de periode 1-1-1981 en 30-6-1981

soort zorg	noorden		zuiden	
	abs.	%	abs.	%
extra	228	67.1	1066	63.9
semi	2	0.6	35	2.1
intra	61	17.8	330	19.8
extra-extra	7	1.5	96	5.8
extra-intra	12	3.5	39	2.3
intra-intra	5	1.5	6	0.4
anderszins	28	8.2	95	5.7
Totaal	343	100	1667	100

Uit tabel 5 blijkt dat de categorie extramurale zorg in beide gebieden de belangrijkste soort van zorg is, respectievelijk in het noorden 67.1% en in het zuiden 63.9%. De categorie semimuraal was in beide gebieden klein, respectievelijk in het noorden 0.6% en in het zuiden 2.1%. In beide gebieden zijn tussen 1-1-1981 en 30-6-81 procentueel ongeveer evenveel personen opgenomen respectievelijk in het noorden 17.8% en in het zuiden 19.8%.

De categorie 'extramuraal naar extramuraal' laat procentueel een duidelijk verschil zien tussen beide gebieden. In het zuiden gaan meer personen van een extramurale voorziening naar een andere extramurale voorziening dan in het noorden: hierbij dient vermeld te worden dat in het zuiden 38 RIAGG-cliënten voor hun behandeling overgingen van een rayonteam – de eerste lijn binnen het RIAGG – naar een centraal team. Tenslotte willen wij enkele persoonskenmerken in de verschillende censustellingen presenteren.

In tabel 6 wordt de leeftijdsverdeling voor mannen en vrouwen weergegeven die bij de censustelling waren betrokken, in absolute aantallen en per 1000 van de betreffende bevolkingscategorie. Uit tabel 6 blijkt dat in het noorden per 1000 van de desbetreffende bevolking zowel voor mannen als vrouwen beduidend meer jongeren in contact zijn met de GGZ dan in het zuiden, respectievelijk 5.80% in het noorden versus 0.88% in het zuiden. De leeftijdscategorie 18-40 is voor beide geslachten in beide gebieden ongeveer gelijk, maar de categorie 41-64 is voor beide geslachten in het zuiden beduidend hoger dan

Tabel 6: De censuspopulatie naar leeftijd en geslacht* in het noorden en het zuiden in absolute aantallen en per 1000 van de betreffende bevolking

leeftijd	noorden				zuiden			
	M abs.	%	V abs.	%	M abs.	%	V abs.	%
0-17	40	6.49	35	5.80	23	0.88	22	0.88
18-40	62	7.50	74	8.67	277	7.22	349	9.62
41-64	30	5.71	34	5.95	280	10.28	330	11.94
65 e.o.	19	9.17	49	15.62	114	11.65	265	18.28
Totaal	151	6.94	192	8.20	694	6.83	966	9.35

* Van 7 personen in het zuiden was het geslacht onbekend

in het noorden, respectievelijk $\pm 11.00\%$ in het zuiden versus 5.80% in het noorden. De leeftijdscategorie 65 jaar en ouder is in het zuiden zowel voor mannen als vrouwen bijna 3.00% meer dan in het noorden; in beide gebieden echter is dit zowel voor mannen als vrouwen de grootste categorie.

De belangrijkste overeenkomsten in dit eerste vergelijkende onderzoek met twee Registers voor de Geestelijke Gezondheidszorg kunnen als volgt worden samengevat:

- het aantal personen in zorg per 1000 van de desbetreffende bevolking is in beide gebieden ongeveer gelijk;
- in beide gebieden is het percentage cliënten dat met meer instellingen in contact komt groot;
- het RIAGG heeft in beide regio's een groot aandeel aan de verleende zorg;
- de semimurale zorg is in beide gebieden gering.

Als belangrijkste verschillen noemen wij de volgende:

- de polikliniek van het APZ in het noorden heeft een groter aandeel aan de totale verleende zorg dan dezelfde voorziening in het zuiden, terwijl voor de polikliniek van de PAAZ het omgekeerde geldt;
- in het noorden is de leeftijdsgroep van 0-17 jaar aanzienlijk groter dan in het zuiden.

Discussie

De hier gepresenteerde informatie verkregen vanuit twee Registers voor de Geestelijke Gezondheidszorg laten duidelijke verschillen en overeenkomsten zien tussen twee regio's.

Wellicht zijn de overeenkomsten frappanter dan de verschillen te meer indien men bedenkt dat de structuur van de GGZorg in beide regio's duidelijke verschillen vertoont. Immers het zuiden kent enkele

praktijken van vrijevestigde zenuwartsen en vooral de polikliniek van de PAAZ heeft in het zuiden een omvangrijke cliëntèle. Daarnaast is nog van belang om te vermelden dat het RIAGG in het zuiden al geruime tijd (vanaf 1977) functioneert als een multifunctionele AGGZ-instelling waarbij van de vroegere organisatiestructuur met afzonderlijke bureaus (SPGD, LGV, MOB, SPD) nog maar weinig is terug te vinden.

Een belangrijk verschil tussen beide censuspopulaties is gelegen in de leeftijdsopbouw. Met name blijkt dat in het noorden meer jongeren (0-17 jaar) in contact staan met de GGZorg-instellingen. Dit is vrijwel geheel te verklaren uit het gegeven dat het RIAGG in het zuiden naar verhouding veel minder jongeren ziet dan het noordelijke RIAGG (LGV, SPD, SPGD, IMP en MOB te zamen). Een deel van de behandeling van kinderen vindt bij het zuidelijke RIAGG plaats binnen de zogenaamde rayonteam – de 'eerste lijn' binnen het RIAGG – terwijl pas indien specifieke behandelingsvormen gewenst zijn er een interne doorverwijzing plaatsvindt naar het centrale team Kinder- en Jeugdzorg. Ingang bij het rayonteam van een 'opvoedingsprobleem' kan echter – al dan niet terecht – vertaald worden naar een probleem van de ouder(s) en de ouder(s) wordt ingeschreven als cliënt. Uiteraard zal dit niet altijd gebeuren, maar wellicht is het een deel van de verklaring hoe de gekozen organisatievorm consequenties heeft voor de wijze wie geholpen wordt en dus ook voor de daaruit gedestilleerde informatie.

Een waarschuwing is dus op zijn plaats. Men moet bedenken dat de gepresenteerde informatie eerder een weerspiegeling is van het aanbod en de structuur van de voorzieningen dan van de behoefte aan voorzieningen (zie Van Weerden-Dijkstra en Giel, 1974). Zo kan men uit de bevinding dat er in het zuiden meer semimurale zorg voorkwam dan in het noorden niet concluderen dat er in het noorden minder behoefte is aan semimurale zorg. Echter wel dat er in het zuiden meer semimurale zorg beschikbaar was dan in het noorden. De behoefte van de bevolking aan voorzieningen kunnen wij niet met prevalencecijfers meten.

De behoefte van een bevolking is waarschijnlijk sterk variabel en afhankelijk van de introductie van voorzieningen en van hun veronderstelde of bewezen succes. En daar het aannemelijk is dat het soort stoornissen in de twee vergeleken populaties niet sterk verschilt, zijn de hier gepresenteerde gegevens vermoedelijk voornamelijk een weerspiegeling van het aanbod aan voorzieningen. Een veelvuldig gestelde vraag of twee regionale Registers voldoende zijn om het landelijke beleid van informatie te voorzien moet dan ook ontkennend worden beantwoord. In elk gebied waar een samenhangend geheel van voorzieningen in de toekomst aanwezig zal zijn, bijvoorbeeld op provinciaal of op RIAGG-niveau, zal een register een uitstekende informatiebron zijn voor de planning en het beleid ten aanzien van Geestelijke Gezondheidszorgvoorzieningen en de evaluatie daarvan. Elk registratiesysteem toont namelijk uitsluitend het aanbod van voorzieningen aan en

wat er binnen de voorzieningen plaatsvindt. En elk gebied zal mede door het autonome beleidskader een verschillend aanbod aan voorzieningen hebben.

Literatuur

- Baldwin, J. A. (1973), Linked record medical informationsystems. *Proc. R. Soc. Lond. B.* 184, 403.
- Giel, R., en G. H. M. M. ten Horn (1976), Een psychiatrisch register als basis voor planning. *T. v. Soc. Geneeskunde* 54, 148.
- Graaf, A. C. de, en G. H. M. M. ten Horn (1975), Psychiatrische patiëntregisters in Engeland, Denemarken en Nederland anno 1975. *T. v. Soc. Geneeskunde* 53, 829.
- Weerden-Dijkstra, J. R. van, en R. Giel (1974), Mededelingen uit het Centrale Patiënten-Register voor psychiatrische ziekenhuizen en universiteitsklinieken. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 16, 453.
- Wing, L., a.o. (1968), Camberwell Cumulative Psychiatric Case Register. Part I Aims and Methods, *Soc. Psychiatry* 3, 116.
- Wing, J. K., and A. Hailey (1972), *Evaluating a community psychiatric service: Camberwell Register 1961-1971*. Oxford Press, Oxford.
- World Health Organization (1983), *Psychiatric case registers, report on a working group*. Mannheim 5-6 may.