

# Heropnemingen in de Algemene Psychiatrische Ziekenhuizen in de periode 1970 tot en met 1980

Mededeling uit het Centrale Patiëntenregister (16)

door O. H. Brook

## Inleiding

Het veelvuldig opnemen van dezelfde personen in een algemeen psychiatrisch ziekenhuis (a.p.z.) binnen hetzelfde kalenderjaar duidt op het worstelen van deze patiënten met een langdurig psychische problematiek. Voor het algemeen psychiatrisch ziekenhuis (a.p.z.) betekent dit weerzien slechts één van de episodes gedurende een lange periode en stelt het management van het a.p.z. voor het probleem met hoeveel plaatsen bij de bedrijfsvoering voor opnemingen rekening gehouden dient te worden. Bovendien confronteren deze chronische patiënten de psychiatrische hulpverleners met de vraag in hoeverre zij tekort schieten bij de behandeling.

Het feit dat met chroniciteit nu eens de verblijfsduur van de patiënt dan weer de frequentie van heropnemingen wordt bedoeld, maakt dat de term 'de chronische patiënt' ambigu is en tot spraakverwarring leidt. Onder de 'chronische patiënt' worden dus niet alleen patiënten verstaan die langdurig en ononderbroken in een a.p.z. verblijven, maar ook personen die telkens met onderbrekingen in het a.p.z.-circuit terugkeren (Schipper, 1978; Haveman, 1980b).

Met behulp van gegevens uit de Patiëntenregistratie Intramurale Geestelijke Gezondheidszorg (PIGG) kan vrij exact de omvang van beide categorieën patiënten vastgesteld worden. Deze cijfers geven overigens niet de feitelijke prevalentie weer. Een reeks van filters (Giel, 1983) maakt dat een onbekend aantal potentiële chronische patiënten buiten de PIGG blijven. In de registratiecijfers ontbreekt een 'dunkelziffer' van (a) veelal jeugdige personen in de maatschappij met vergelijkbare psychische problemen als die van de chronische patiënten die echter geen contact hebben met een of andere g.g.z.-voorziening, de

---

Schrijver is als medisch socioloog werkzaam bij de Afdeling Onderzoek van de Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid, Postbus 439, 2260 AK Leidschendam.

zogenaamde 'young adult chronic patients' (Pepper e.a., 1981; Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, 1982; De Jonge e.a., 1983) en (b) van ex-psychiatrische patiënten die weliswaar in de maatschappij verblijven maar iedere dag opnieuw voor psychische en maatschappelijke problemen gesteld worden en daardoor in hun sociaal functioneren ernstig beperkt worden. Het zou misleidend en al te gemakkelijk zijn het aantal heropnemingen of veelvuldig opgenomen patiënten als graadmeter te nemen voor de effectiviteit van de intramurale zorgverlening in het algemeen of van bepaalde psychiatrische behandelingsmethodieken in het bijzonder. Uit onderzoek op dit terrein en diverse reviews blijkt dat een ingewikkeld besliskundig proces bij zowel de patiënt, zijn directe sociale omgeving als bij het psychiatrisch ziekenhuis voorafgaat aan het besluit tot opname (Giel, 1982 en 1983; Ten Horn, 1982; Van den Hout, 1983; Rosenblatt en Mayer, 1974; Kiesler, 1982; Schudel, 1979; Solomon en Doll, 1979). Dit geldt evenzeer in het geval van een heropneming. In dit proces is het moment van heropneming zowel het begin- als eindpunt van een periode en wordt veelal aangeduid als het 'draaideur'-fenomeen. De betrokkene neemt voorlopig afscheid van de maatschappij en zet zijn patiëntencarrière voort. Na een veelal kortstondig verblijf bij goedmenende hulpverleners keert de patiënt terug in de samenleving waar l'*histoire se répète*.

Solomon en Doll maken in dit verband onderscheid tussen 'pathway factors' (externe ziekenhuiscondities) en 'gatekeeper factors' (interne ziekenhuiscondities). Recentelijk werd door Ten Horn (1982) met behulp van gegevens uit het Register Geestelijke Volksgezondheid in het noorden des lands aangetoond dat de 'pathway factor' nazorg voor ontslagen psychiatrische patiënten in de praktijk te wensen overlaat. Zo bleek uit haar onderzoek dat  $\pm 50\%$  van de patiënten na ontslag uit het a.p.z. geen begeleiding ontving en de behandeling buiten het ziekenhuis niet werd voortgezet of afgerond. Tevens vond zij geen aanwijzingen dat door de nazorg heropname kon worden voorkomen of uitgesteld.

In dit artikel zal worden nagegaan hoe vaak deze hedendaagse 'sisyfus'-patiënt binnen een jaar in het a.p.z.-circuit terugkeert en of er bepaalde kenmerken bij hem of haar zijn te onderkennen die op een verhoogd risico duiden.

### Procedure

Onder heropnemingen worden in dit artikel verstaan de opnemingen van één en dezelfde patiënt binnen een kalenderjaar in één van de algemene psychiatrische ziekenhuizen, die meewerken aan de PIGG. Een verblijf korter dan 24 uur of een verplaatsing binnen dezelfde instelling naar een afdeling met eenzelfde functie wordt niet als een heropneming beschouwd. Door het koppelen van bepaalde gegevens in de PIGG kon worden onderzocht hoeveel personen met welke frequen-

tie opnieuw binnen één jaar in een a.p.z. werden opgenomen in de periode 1970 tot en met 1980.

Voor het jaar 1980 zijn de heropgenomen en ontslagen patiënten (heropnamegroep) op een aantal variabelen nader vergeleken met een groep van patiënten die in 1980 slechts éénmaal werden opgenomen en ontslagen (controlegroep). De beide groepen werden op leeftijds- en geslachtsverdeling gestandaardiseerd.

Voor alle onderzochte jaren geldt dat de gegevens van de heropgenomen patiënten betrekking hebben op de situatie bij de eerste opname in het betreffende jaar.

## Bevindingen

Door middel van 'record-linkage' (zie Baldwin, 1973) kon in de PIGG worden nagegaan met welke frequentie één en dezelfde patiënt binnen 365 dagen in het circuit van de algemene psychiatrische ziekenhuizen terugkeerde en om hoeveel personen het hierbij ging. In tabel 1 is per jaar aangegeven hoeveel patiënten slechts éénmaal werden opgenomen en het aantal heropgenomen patiënten met daarbij tussen haakjes het aantal heropnemingen, inclusief de eerste opname. In de laatste kolom van tabel 1 is het aandeel van de frequent opgenomen patiënten op het totaal aantal opgenomen patiënten in het betreffende jaar aangegeven. Uit deze kolom valt af te leiden dat het risico opnieuw voor een kort verblijf in het psychiatrisch circuit terug te keren in tien jaar niet gelijk bleef. In 1970 werd één op de acht patiënten in de loop van het jaar opnieuw opgenomen, sommigen zelfs meerdere malen, in 1976 één op de vijf en in 1980 één op de zeven.

Tabel 1: Patiënten die binnen één jaar slechts éénmaal en meer dan éénmaal werden opgenomen, 1970 tot en met 1980

Jaar	Opnamegroep (1 x per jaar)	Heropnamegroep (> 1 x per jaar)	Heropnamegroep op totaal opgenomen patiënten in percentages
1970	9,894	1,376 (2,935)	12
1971	9,815	1,767 (3,856)	15
1972	10,552	1,926 (4,330)	15
1973	10,951	2,326 (5,337)	15
1974	11,279	2,670 (6,170)	19
1975	12,445	2,671 (6,089)	19
1976	12,667	2,933 (6,680)	19
1977	12,685	2,896 (6,636)	19
1978*	13,537	2,247 (5,095)	14
1979*	13,813	2,387 (5,465)	15
1980*	14,348	2,508 (5,814)	15

\* 1978 en 1979, excl. 2 a.p.z.'en; 1980 excl. 1 a.p.z.

Tabel 2: De binnen één jaar opnieuw opgenomen psychiatrische patiënt(e) naar geslacht en frequentie van heropneming

Heropname- frequentie	1 x	2 x	3 x	4 x	5 x	6 x	totaal
1970 man	552	66	10	2	1	0	631
vrouw	667	69	9	0	0	0	745
totaal	1.219	135	19	2	1	0	1.376
1971 man	678	125	30	8	4	0	1.006
vrouw	839	72	10	0	0	1	761
totaal	1.517	197	40	8	4	1	1.767
1972 man	864	139	56	16	6	4	1.085
vrouw	739	77	20	4	1	0	841
totaal	1.603	216	76	20	7	4	1.926
1973 man	1.089	226	63	17	15	6	1.416
vrouw	764	117	21	4	3	1	910
totaal	1.853	343	84	21	18	7	2.326
1974 man	1.165	232	75	26	11	9	1.518
vrouw	949	160	24	8	10	1	1.152
totaal	2.114	392	99	34	21	10	2.670
1975 man	1.777	217	57	12	12	3	1.479
vrouw	972	164	37	13	2	4	1.192
totaal	2.149	381	94	25	14	8	2.671
1976 man	1.276	258	59	12	7	4	1.616
vrouw	1.075	182	37	12	6	5	1.317
totaal	2.351	440	96	24	13	9	2.933
1977 man	1.235	266	52	23	4	1	1.581
vrouw	1.033	214	52	7	6	3	1.315
totaal	2.268	480	104	30	10	4	2.896
1978 man	905	198	38	9	2	4	1.156
vrouw	893	155	28	8	6	1	1.091
totaal	1.798	353	66	17	8	5	2.247
1979 man	945	183	51	11	9	2	1.201
vrouw	958	166	40	12	7	3	1.186
totaal	1.903	349	91	23	16	5	2.387
1980 man	982	200	63	14	11	6	1.276
vrouw	997	166	43	16	6	4	1.232
totaal	1.979	366	106	30	17	10	2.508

\* Zie voetnoot tabel 1.

In tabel 2 is de frequentie van heropneming binnen de heropnamegroep weergegeven. Hieruit blijkt dat het merendeel dan de patiënten slechts éénmaal wordt heropgenomen. In het algemeen geldt dit meer voor patiënten van het mannelijke geslacht dan van het vrouwelijke geslacht, met uitzondering van 1970, 1979 en 1980.

In tabel 3 is door middel van indexcijfers nogmaals weergegeven hoe de toename van zowel het aantal éénmaal opgenomen patiënten als dat van frequent opgenomen patiënten vanaf 1970 is verlopen. Binnen ieder jaar bekeken is de stijging van de heropnamegroep groter dan van

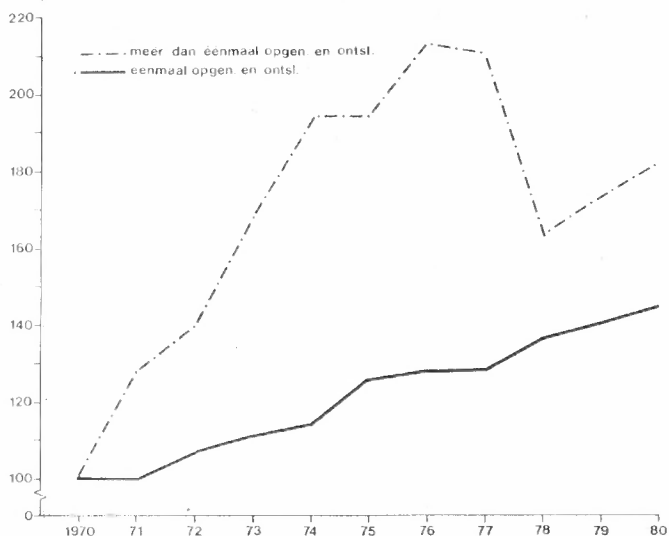
Tabel 3: Eénmaal opgenomen en meer dan éénmaal opgenomen patiënten binnen een kalenderjaar in indexcijfers (1970 = 100)

Jaar	Opgenomen patiënten	1 x (1970 = 100)	> 1 x (1970 = 100)
1970		100	100
1971		100	128
1972		107	140
1973		111	169
1974		114	194
1975		126	194
1976		128	213
1977		128	210
1978		137	163
1979		140	173
1980		145	182

de eenmaal opgenomen patiënten. De gestadige stijging van de heropnamegroep wordt in 1978 onderbroken door een onverwachte daling waarna opnieuw een stijging valt te constateren.

Uit deze indexcijfers blijkt dat in de periode 1970 tot en met 1980 de categorie van 'sisyfus'-patiënten sterker is toegenomen dan de patiënten die binnen een jaar éénmaal werden opgenomen en ontslagen. In onderstaande grafiek is deze snellere toename duidelijk waarneembaar.

Figuur 1: Binnen een kalenderjaar éénmaal opgenomen en ontslagen patiënten en binnen een kalenderjaar meer dan éénmaal opgenomen en ontslagen patiënten, 1970-1980



### Verblijfsduur

In tabel 4 is voor 1970, 1974, 1977 en 1980 weergegeven wat de gemiddelde verblijfsduur bij de *eerste* opname van de diverse heropnamegroepen was.

Tabel 4: Frequent opgenomen patiënten binnen één jaar naar gemiddelde verblijfsduur bij de *eerste* opname

Heropneming	Gemiddelde verblijfsduur bij in dagen	1970	1974	1977	1980
1 x		64	59	56	51
2 x		50	41	42	37
3 x		58	36	35	35
4 x		40	37	20	21
5 x		8	40	24	18
6 x			29	87	11
7 x			16	54	25
8 x			2	2	12
9 x				4	
Totaal gemiddelde verblijfsduur bij eerste opname		63	55	52	48

Binnen één jaar bekeken constateren we dat naarmate iemand vaker in het jaar werd opgenomen de verblijfsduur bij de eerste opname korter was. Zo verbleef bijvoorbeeld een patiënt die in de loop van 1970 éénmaal werd heropgenomen bij de eerste opname 64 dagen in het a.p.z. terwijl degene die in de loop van 1970 vijfmaal in het ziekenhuis terugkeerde bij de eerste episode gemiddeld slechts 8 dagen hierin verbleef. Afwijkingen op deze constatering worden veroorzaakt door het geringe aantal personen in de betreffende heropnamecategorie. Zo hadden in 1977 de verblijfsepisodes van 87 en 54 dagen betrekking op twee personen die respectievelijk zesmaal en zevenmaal opnieuw in het a.p.z. werden opgenomen.

Wanneer de heropnamegroepen over de jaren heen worden vergeleken dan blijkt de verblijfsduur bij de *eerste* opname geleidelijk te zijn gedaald. Patiënten die in 1970 éénmaal terugkeerden en bij hun eerste opname 64 dagen in het a.p.z. verbleven, verbleven in 1980 gemiddeld 51 dagen in het ziekenhuis. De variaties in verblijfsduur van de vijfmaal of vaker heropgenomen patiënten zijn weer terug te voeren op het geringe aantal personen. Bij vergelijking over de jaren heen constateren we eveneens dat gelijktijdig met het korter worden van de verblijfsduur bij de eerste opname, het aantal heropnemingen van één en dezelfde

patiënt(c) is toegenomen. Dit doet vermoeden dat er een relatie bestaat tussen de lengte van verblijfsduur bij de eerste opname en het aantal recidieven in hetzelfde jaar: naarmate de verblijfsduur bij de eerste opname korter is, neemt de kans op één of meer heropnemingen toe.

Dit fenomeen staat bekend onder de term 'draaideur'-psychiatrie en is in Nederland onderzocht door onder andere Giel e.a. (1978), Jansen (1981), De Jonghe (1974), Schudel (1976) en Ten Horn (1976, 1982). In de inleiding werd erop gewezen dat diverse factoren van invloed zijn op het besluit tot een heropneming. Haveman (1980a) heeft in dit verband gewezen op een achttal factoren waar in een onderzoek naar heropnemingen van psychiatrische patiënten tenminste rekening gehouden dient te worden.

Dat dit fenomeen overigens geen uniek Nederlands gegeven is, blijkt uit diverse buitenlandse onderzoeken en overzichten zoals die van Rosenblatt en Mayer (1974), De Francisco (1980), Marks (1977) en Redlich en Kellert (1978).

## Heropnemingen 1980

'... Eén ogenblik waren de vogels in de war. De geverfde vogel wervelde van de ene kant van de zwerm naar de andere, terwijl hij vergeefs zijn soortgenoten ervan trachtte te overtuigen dat hij een van hen was. Maar zij, verblind door de felle kleuren, vlogen er weinig overtuigd omheen. De geverfde vogel werd verder en verder weggedrongen, terwijl hij ijverig probeerde zich tussen de gelederen van de zwerm te voegen. Wij zagen spoedig daarna hoe de ene vogel na de andere zich losmaakte om een felle aanval te ondernemen. In korte tijd verloor de veelkleurige gestalte zijn plaatsje in de lucht en viel hij op de grond. Deze gang van zaken speelde zich dikwijls af'.

JERZY KOSINSKY, *De geverfde vogel*

Voor 1980 is bekeken of de patiënten die in de loop van dat jaar opnieuw werden opgenomen en ontslagen op bepaalde variabelen bij de eerste opname verschilden van die patiënten die na hun opname en ontslag in 1980 niet in het a.p.z. terugkeerden. Eventuele verschillen zouden kunnen duiden op een verhoogd risico voor de eerste groep. Daartoe werd op basis van de PIGG-gegevens uit 1980 door middel van proportionele stratificatie een controlegroep gevormd die in omvang en wat betreft geslachts- en leeftijdsverdeling overeen kwam met de heropnamegroep. In de tabellen 6 en de daaropvolgende worden uitgaande van hun representativiteit de aantallen uit de controlegroep als de verwachtte aantallen voor de heropnamegroep genomen en tussen haakjes achter de heropnamecijfers weergegeven.

Alvorens daartoe over te gaan wordt in de tabellen 5a en 5b aangegeven hoe de leeftijds- en geslachtsverdeling in de heropnamegroep uit

1980 is geweest en welke aantallen men op grond van het totaal aantal in 1980 opgenomen patiënten in de 38 a.p.z.'en zou mogen verwachten.

Tabel 5a: Leeftijdverdeling van de in 1980 opgenomen mannelijke patiënten en de heropnamegroep

Leeftijd	in a.p.z. opgenomen mannelijke patiënten 1980	heropnamegroep 1980		als % van het totaal in de betreffende leeftijdsgroep
		verwacht aantal <sup>1</sup>	werkelijk aantal	
0-14 jr.	21	3	1	4.8%
15-24 jr.	1321	213	239 <sup>2</sup>	18.2%
25-34 jr.	2167	351	562 <sup>2</sup>	25.9%
35-44 jr.	1470	238	248	16.9%
45-54 jr.	1140	185	179	15.7%
55-64 jr.	732	119	99	13.5%
≥ 65 jr.	1013	164	48 <sup>2</sup>	4.7%
Totaal	7855	528	1276 <sup>3</sup>	16.2%

Tabel 5b: Leeftijdverdeling van de in 1980 opgenomen vrouwelijke patiënten en de heropnamegroep

Leeftijd	in a.p.z. opgenomen vrouwelijke patiënten 1980	heropnamegroep 1980		als % van het totaal in de betreffende leeftijdsgroep
		verwacht aantal <sup>1</sup>	werkelijk aantal	
0-14 jr.	14	2	1	7.1%
15-24 jr.	1062	145	179 <sup>2</sup>	16.9%
25-34 jr.	1813	248	314 <sup>2</sup>	17.3%
35-44 jr.	1489	204	250 <sup>2</sup>	16.8%
45-54 jr.	1401	192	217	15.5%
55-64 jr.	1121	154	146	13.0%
≥ 65 jr.	2101	288	125 <sup>2</sup>	5.9%
Totaal	9001	605	1232 <sup>3</sup>	13.7%

<sup>1</sup> de verwachte aantallen werden berekend op basis van de leeftijds- en geslachtsverdeling van de in 1980 in de a.p.z.'en opgenomen patiënten.

<sup>2</sup> significant bij  $N_i \pm \sqrt{2 N'_i}$  (waarbij  $N'_i$  = geschat aantal per cel, Reid (1960)).

<sup>3</sup> significant by  $p < 0.001$  (chi-square goodness-of-fit statistic, Wonnacott en Wonnacott (1972)).



Uit deze tabellen blijkt dat standaardisatie op leeftijd en geslacht voor de heropname- en controlegroep noodzakelijk was om beide groepen op andere variabelen te vergelijken. Eventuele verschillen tussen de beide groepen zouden niet aan een scheve geslachts- of leeftijdsverdeling kunnen worden toegeschreven.

In 1980 werden in de 38 algemene psychiatrische ziekenhuizen 16.856 patiënten opgenomen van wie 2508 meer dan éénmaal. Het totaal aantal opnemingen bedroeg in 1980 10.163.

Bij 14.9% van de opgenomen patiënten was er dus sprake van een heropneming (ministerie van WVC – GHIGV, 1983). Binnen de heropnamegroep waren de leeftijdscategorieën van 15 tot en met 54 jaar voor beide geslachten boven het totaalgemiddelde van 14.9%. Uit de tabellen 5a en 5b blijkt verder dat de kans op een heropname voor mannen en vrouwen niet sterk uiteen liep, namelijk respectievelijk één tegen 16 en één tegen 14. De verschillen bij mannen en vrouwen zijn in de tabellen af te lezen uit kolom 4 (percentueel aandeel), maar zijn eveneens af te leiden door vergelijking van de kolommen 2 en 3. Ad secundum blijkt dat bij zowel mannen als vrouwen sprake is van een oververtegenwoordiging van de leeftijdsgroep van 25-34 jaar, bij de vrouwen bovendien nog die van 34-44 jaar. Wat verder opvalt, is de ondervertegenwoordiging van patiënten in de heropnamegroep van 65 jaar en ouder. Factoren die hier waarschijnlijk van invloed op zijn, zijn de volgende (zie ook Haveman, 1980a):

- a. door hun verhoogd mortaliteitsrisico neemt de kans op heropnemingen van de patiënten van 65 jaar en ouder af;
- b. patiënten behorende tot deze leeftijdsgroep worden na ontslag (of bij overplaatsing) bij een heropname veelal opgenomen in psychogeriatrische verpleeghuizen, pensioentehuizen e.d.;
- c. het beloop van aandoeningen van deze categorie oudere patiënten is in het algemeen chronisch;
- d. ontslagen worden belemmerd door onvoldoende opvang en woonfaciliteiten voor deze leeftijdsgroep.

In het navolgende zal aandacht worden besteed aan de variabelen waarop de heropnamegroep significant verschilde van de controlegroep. Voor zowel mannelijke als vrouwelijke patiënten werden tussen de heropname- en de controlegroep significante verschillen aangetroffen ten aanzien van de psychopathologische diagnose, de verblijfs-situatie voor opname, de burgerlijke staat en de verblijfsduur.

De beide groepen verschilden niet ten aanzien van de juridische situatie. Patiënten uit de heropnamegroep hadden bij hun eerste opname niet significant meer of minder onvrijwillige opnemingen op grond van een inbewaringstelling, rechterlijke machtiging of krachtens een vonnis. In de navolgende tabellen zijn de te verwachten celaantallen tussen haakjes geplaatst.

### Diagnosegroepen

In tabel 6a en 6b zijn de patiënten uit de heropnamegroep naar diagnose bij eerste opname volgende de 9e editie van de ICD gegroepeerd en naar leeftijd.

Wanneer we de derde kolom (totaal) van de tabellen 6a en 6b bekijken, constateren we dat bij zowel de mannelijke als vrouwelijke patiënten de diagnoses schizofrenie vaker wordt gesteld dan op grond van toeval verwacht zou mogen worden.

Wanneer we de eerste en tweede kolom hierbij betrekken, blijkt dat bij de mannen in de heropnamegroep in beide leeftijdsgroepen de diagnose schizofrenie significant vaker wordt gesteld. Bij de vrouwen geldt dit alleen voor de patiënten beneden de 45 jaar.

De bevinding dat in de heropnamegroep de diagnose schizofrenie oververtegenwoordigd is, sluit dan bij diverse, veelal buitenlandse onderzoeksresultaten (Serban en Rosenblatt en Mayer, 1974; Gidynski, 1974; Mosher, 1972; Winston e.a., 1977).

Tabel 6a: De mannelijke patiënten die in 1980 meer dan éénmaal werden opgenomen naar hoofddiagnose en leeftijd

Hoofd- diagnosegroep	Leeftijd		Totaal N = 1276 <sup>1</sup>
	< 45 jaar	≥ 45 jaar	
Dementie	— (—)	18 (27)	18 (27)
Andere organische condities	8 (9)	9 (13)	17 (22)
Schizofrenie	201* (125)	135* (25)	236* (150)
Affectieve psychose	64 (70)	60* (42)	124 (112)
Andere psychose	170 (177)	38 (50)	208 (227)
Neurose	104* (153)	57 (53)	161* (206)
Persoonlijkheids- stoornis	112 (113)	19* (29)	131 (142)
Alcoholpsychose	159 (140)	64 (62)	223 (202)
Drugpsychose	86 (90)	3 (3)	89 (93)
Misbruik van drugs (niet afhankelijk)	5 (6)	2 (7)	7 (13)
Speciale syndromen	24 (25)	8 (8)	32 (33)
Stoornis van emoties specifiek voor kinde- ren en adolescenten	5* (18)	— (—)	5* (18)
Zwakzinnigheid	10 (7)	2 (2)	12 (9)
E - V codering	12 (17)	1 (5)	13 (22)

\* significant bij  $N_i \pm 2 \sqrt{N'_i}$  (waarbij  $N'_i$  = geschat aantal per cel, in casu de controlegroep)

<sup>1</sup> significant bij  $p < 0.001$  (chi-square)

Tabel 6b: De vrouwelijke patiënten die in 1980 meer dan éénmaal werden opgenomen naar hoofddiagnose en leeftijd

Hoofd- diagnosegroep	Leeftijd		Totaal N = 1232 <sup>1</sup>
	< 45 jaar	≥ 45 jaar	
Dementie	- ( 2)	27 ( 40)	27 ( 42)
Andere organische condities	14 ( 8)	7* ( 18)	21 ( 26)
Schizofrenie	102* ( 64)	31 ( 37)	133* (101)
Affectieve psychose	75* ( 98)	124* ( 94)	199 (192)
Andere psychose	137 (148)	89 ( 83)	226 (231)
Neurose	192* (224)	138 (147)	330* (371)
Persoonlijkheids- stoornis	90* ( 64)	24 ( 18)	114* ( 82)
Alcoholpsychose	53* ( 32)	16 ( 17)	69* ( 49)
Drugpsychose	20* ( 35)	1 ( 2)	21* ( 37)
Misbruik van drugs (niet afhankelijk)	4* ( 1)	3 ( 1)	7* ( 2)
Speciale syndromen	33 ( 35)	17 ( 22)	50 ( 57)
Stoornis van emoties specifiek voor kinde- ren en adolescenten	5 ( 6)	2 ( 2)	7 ( 8)
Zwakzinnigheid	8 ( 10)	4 ( 2)	12 ( 12)
E - V codering	11 ( 17)	5 ( 5)	16 ( 22)

\* significant bij  $N_i \pm 2 \sqrt{N_i}$  (waarbij  $N_i$  = geschat aantal per cel, in casu de controlegroep)

<sup>1</sup> significant bij  $p < 0.001$  (chi-square)

Uit de eerste twee kolommen blijkt tevens dat de diagnose neurose bij mannen en vrouwen beneden de 45 jaar significant minder vaak bij de eerste opname wordt gesteld dan in de controlegroep.

Een toch wel saillant gegeven in de tabellen 6a en 6b is het significant groot aantal 'sisyfus'-patiënten bij wie de zware diagnose schizofrenie werd gesteld. Overigens dient bij de betrouwbaarheid van deze diagnostische classificatie een kanttekening geplaatst te worden. In de gebruikelijk gehanteerde diagnostische systemen zoals de International Classification of Diseases (ICD) en de Diagnostic Statistical Manuel (DSM) wordt de diagnose van schizofrenie niet getypeerd door de aan- of afwezigheid van één duidelijk omschreven kenmerk. Meestal gaat het om meer kenmerken die in meer of mindere mate aanwezig dienen te zijn. Onlangs stelden Slooff e.a. met betrekking tot de ICD-9 en de Diagnostic Statistical Manuel-III (DSM-III) dat de ICD-9 afhankelijk is van de interpretatie van de behandelend arts en dat de betrouwbaarheid gering was.

Definiëring en weging van kenmerken zouden bij de DSM-III meer

aanwezig zijn dan in de ICD-9 (Slooff e.a., 1982). Dit voor wat betreft de betrouwbaarheid van de ICD-9-diagnose van schizofrenie. In het algemeen geldt dat bij de schizofrene patiënten de eerste symptomen in de adolescentenperiode uitbreken. Het ziektebeloop kan per individu variëren. De psychose kan acuut uitbreken als één korte psychose zonder verdere negatieve effecten, kan als een slepend, constante psychose verlopen en kan zich tenslotte kenmerken door herhaalde psychotische fasen. Het zijn vooral de patiënten met de laatste beloopsvorm die frequent in het a.p.z.-circuit terugkeren en van wie in de tabellen 6a en 6b sprake is.

Wanneer we de diagnose tegen de verblijfsduur bij de eerste opname afzetten (tabel 7a en 7b), dan constateren we dat een significant groot aantal schizofrene heropnamepatiënten sneller wordt ontslagen dan patiënten uit de controlegroep. Bij de mannen binnen een tijdsbestek van 0-2 weken, 2-4 weken en 1-2 maanden en bij de vrouwen binnen 0-2 weken en 1-2 maanden. Een dergelijk ontslagbeleid kan zacht uitgedrukt als merkwaardig aangemerkt worden, mede gelet op de omstandigheid dat het vooral schizofrene patiënten zijn die in de moeilijke eerste weken na hun ontslag onvoldoende steun of nazorg ontvangen (De Jong e.a., 1983), met name diegenen onder hen die solitair gaan wonen of die bij hun terugkeer in het ouderlijk huis in een emotioneel spanningsveld geraten, een omgeving gekenmerkt door een 'high expressed emotion'. (Brown e.a., 1972; Vaughn en Leff, 1976).

Uit de tabellen 8a en 8b blijkt dat met name deze categorie patiënten verhoogd risico lopen binnen korte tijd te decompenseren en opnieuw te moeten worden opgenomen.

Naar achterliggende motieven voor deze vroegtijdige ontslagen kan men slechts gissen. Gaan de ziekenhuizen er wellicht van uit dat, aangezien het in deze gevallen toch om chronische patiënten handelt, de behandeling weinig of geen effect zal hebben en dat het beter is de aandacht te richten op andere patiëntencategorieën? In dat geval zou er sprake zijn van een trieste, wellicht vermijdbare, selffulfilling prophecy.

Het gegeven dat de heropnamegroep een significant aantal jeugdige, vrouwelijke patiënten met de diagnose van een persoonlijkheidsstoornis omvat, is op zich niet zo verwonderlijk wanneer men bedenkt dat een van de beste voorspellers van een slechte afloop na het eerste contact met de g.g.z. de duur van de problematiek voorafgaand aan dat contact is. Kenmerkend voor persoonlijkheidsstoornissen zijn een onduidelijk begin met een lange duur en een slechte sociale aanpassing. Kenmerken die een slechte prognose inhouden (Giel, 1982). In de International Classification of Diseases worden de persoonlijkheidsstoornissen onder andere omschreven als:

'Deeply ingrained maladaptive patterns of behaviour generally recognizable by the time of adolescence or earlier and continuing throughout most of adult life, although often becoming less obvious in middle of old age'. (World Health Organization, 1977).

Tabel 7a: De mannelijke patiënten die in 1980 meer dan éénmaal werden opgenomen, naar hoofd diagnosegroep en verblijfsduur bij de eerste opname

Hoofddiagnose- groep	Verblijfsduur bij de eerste opname							totaal
	< 2 weken	2-4 weken	1-2 maanden	2-4 maanden	4-6 maanden	6-12 maanden		
Dementie	6 ( 3)	5 ( 4)	4 ( 4)	2* ( 9)	1 ( 5)	- ( 2)	18 ( 27)	
Andere organische conditie	7* ( -)	1 ( 4)	6 ( 5)	3* ( 10)	- ( 2)	- ( 1)	17 ( 22)	
Schizofrenie	66* ( 21)	38* ( 22)	74* ( 51)	41 ( 33)	13 ( 12)	4 ( 11)	236* (150)	
Affectieve psychose	26 ( 21)	28* ( 18)	36* ( 25)	24 ( 34)	10 ( 11)	- ( 3)	124 (112)	
Andere psychose	60* ( 45)	53 ( 49)	54 ( 54)	32 ( 45)	6* ( 22)	3* ( 12)	208 (227)	
Neurose	59 ( 56)	26 ( 30)	32 ( 36)	33 ( 47)	6* ( 18)	5* ( 19)	161* (206)	
Persoonlijkheidsstoornis	52 ( 46)	25 ( 31)	21 ( 30)	23 ( 22)	7 ( 10)	3 ( 3)	131 (142)	
Alcoholpsychose	82* ( 60)	41 ( 39)	51 ( 51)	35 ( 28)	11 ( 13)	3* ( 11)	223 (202)	
Drugpsychose	41 ( 51)	18 ( 17)	15 ( 12)	11 ( 8)	2 ( 3)	2 ( 2)	89 ( 93)	
Misbruik van drugs (niet afhankelijk)	2* ( 9)	2 ( 2)	2 ( 1)	1 ( 1)	- ( -)	- ( -)	7 ( 13)	
Speciale syndromen	13 ( 12)	6 ( 7)	2 ( 7)	7 ( 5)	4 ( 2)	- ( -)	32 ( 33)	
Stoornis van emoties specifiek voor kinderen								
en adolescenten	1 ( 3)	1 ( 3)	2 ( 3)	- ( 3)	1 ( 3)	- ( 3)	5* ( 18)	
Zwakzinnigheid	2 ( 2)	3 ( 3)	3 ( 4)	3 ( -)	- ( -)	1 ( -)	12 ( 9)	
E/V codering	6 ( 13)	3 ( 2)	2 ( 5)	1 ( -)	- ( -)	1 ( -)	13 ( 22)	
Totaal	423* (342)	250 (231)	304* (288)	216* (247)	61* (101)	22* (67)	1276	

\* Zie voetnoot tabel 6.

Tabel 7b: De vrouwelijke patiënten die in 1980 meer dan éénmaal werden opgenomen, naar hoofddiagnosegroep en verblijfsduur bij de eerste opname

Hoofddiagnose- groep	Verblijfsduur bij de eerste opname							totaal
	< 2 weken	2-4 weken	1-2 maanden	2-4 maanden	4-6 maanden	6-12 maanden		
Dementie	5 ( 4)	3 ( 6)	8 ( 7)	4* ( 15)	4 ( 3)	3 ( 7)	27 ( 42)	
Andere organische conditie	8 ( 6)	3 ( -)	6 ( 9)	3 ( 6)	1 ( 5)	- ( -)	21 ( 26)	
Schizofrenie	28* ( 9)	19 ( 21)	39* ( 25)	28 ( 23)	11 ( 15)	8 ( 8)	133* ( 101)	
Affectieve psychose	25 ( 20)	35* ( 19)	55 ( 58)	61 ( 61)	18 ( 14)	5* ( 20)	199 ( 192)	
Andere psychose	51 ( 42)	39 ( 38)	58 ( 58)	47 ( 53)	23 ( 28)	8 ( 12)	226 ( 231)	
Neurose	90 ( 99)	48 ( 42)	84 ( 72)	80 ( 82)	17* ( 48)	11 ( 28)	330* ( 371)	
Persoonlijkheidsstoornis	43* ( 18)	23* ( 10)	23 ( 21)	17 ( 16)	6 ( 12)	2 ( 5)	114* ( 82)	
Alcoholpsychose	20* ( 11)	14* ( 7)	14 ( 14)	11 ( 12)	8* ( 3)	2 ( 2)	69* ( 49)	
Drugpsychose	10* ( 21)	4 ( 5)	1 ( 4)	4 ( 6)	1 ( 1)	1 ( -)	21* ( 73)	
Misbruik van drugs (niet afhankelijk)	3 ( -)	2 ( -)	1 ( 1)	1 ( 1)	- ( -)	- ( -)	7* ( 2)	
Speciale syndromen	13 ( 17)	8 ( 6)	7 ( 12)	12 ( 11)	5 ( 11)	5 ( -)	50 ( 57)	
Stoornis van emoties specifiek voor kinderen en adolescenten	2 ( 2)	1 ( 2)	3 ( 2)	1 ( -)	- ( -)	- ( 2)	7 ( 8)	
Zwakzinnigheid	2 ( 1)	3 ( 1)	2 ( 4)	4 ( 5)	1 ( -)	- ( 1)	12 ( 12)	
E/V codering	9 ( 12)	2 ( 6)	2 ( 1)	3 ( 2)	- ( -)	- ( 1)	16 ( 22)	
Totaal	309* ( 262)	204* ( 163)	303 ( 288)	276 ( 293)	95* ( 140)	45* ( 86)	1232	

\* Zie voetnoot tabel 6.

Tabel 8a: De mannelijke patiënten die in 1980 meer dan éénmaal werden opgenomen, naar hoofddiagnosegroep

Hoofddiagnosegroep	Verblijfsituatie bij de eerste opname			
	Ouderlijk huis	Alleen-wonend	Eigen gezin	Familie/kennissen/eigen mil./overig
Dementie	1 ( -)	2 ( 3)	9 ( 10)	1 ( 3)
Andere organische condities	3 ( 2)	- ( 2)	6 ( 7)	1 ( 2)
Schizofrenie	62* ( 45)	61* ( 32)	17 ( 16)	18 ( 8)
Affectieve psychose	21 ( 14)	25* ( 16)	47 ( 55)	1 ( 5)
Andere psychose	52 ( 45)	46 ( 49)	41* ( 57)	13 ( 14)
Neurose	22 ( 37)	33 ( 35)	68 ( 84)	5 ( 10)
Persoonlijkheidsstoornis	21 ( 28)	37* ( 25)	24* ( 40)	6 ( 14)
Alcoholpsychose	27* ( 17)	74 ( 59)	61 ( 65)	15 ( 12)
Drugpsychose	27* ( 16)	29 ( 34)	9 ( 11)	4 ( 8)
Misbruik van drugs (niet afhankelijk)	2 ( 1)	1 ( 5)	2 ( 7)	- ( -)
Speciale syndromen	6 ( 7)	1 ( 4)	15 ( 16)	1 ( 3)
Stoornis van emoties specifiek voor kinderen en adolescenten	2* ( 11)	3 ( 2)	- ( 1)	- ( 2)
Zwakzinnigheid	4 ( 2)	2 ( 1)	3 ( 1)	- ( -)
E/V codering	3 ( 2)	- ( 2)	2 ( 5)	- ( 3)
Totaal	253 (227)	314* (269)	304 (375)	65* (84)

Tabel 8b: De vrouwelijke patiënten die in 1980 meer dan éénmaal werden opgenomen, naar hoofddiagnosegroep

Hoofddiagnosegroep	Verblijfsituatie bij de eerste opname			
	Ouderlijk huis	Alleen-wonend	Eigen gezin	Familie/kennissen/eigen mil./overig
Dementie	- ( -)	6 ( 11)	8 ( 9)	3 ( 2)
Andere organische conditie	1 ( -)	3 ( 1)	12 ( 7)	3 ( 4)
Schizofrenie	19* ( 10)	48* ( 32)	29 ( 32)	8 ( 7)
Affectieve psychose	12 ( 8)	40 ( 39)	101 (108)	12 ( 8)
Andere psychose	19 ( 15)	51 ( 43)	105 (116)	7* (16)
Neurose	33 ( 27)	59 ( 67)	155* (193)	10 ( 17)
Persoonlijkheidsstoornis	17* ( 10)	23 ( 18)	28 ( 29)	13* ( 3)
Alcoholpsychose	5 ( 2)	26* ( 9)	27 ( 29)	2 ( 3)
Drugpsychose	4 ( 7)	9 ( 10)	3 ( 6)	- ( 3)
Misbruik van drugs (niet afhankelijk)	- ( -)	4 ( -)	- ( 2)	1 ( -)
Speciale syndromen	5 ( 3)	9 ( 12)	20 ( 28)	4 ( 2)
Stoornis van emoties specifiek voor kinderen en adolescenten	2* ( 2)	1 ( 1)	2 ( 3)	- ( -)
Zwakzinnigheid	1 ( 4)	2 ( 2)	3 ( 2)	1 ( -)
E/V codering	2 ( 3)	3 ( 4)	4 ( 4)	2 ( 1)
Totaal	120* ( 91)	284* (249)	497* (568)	66 (66)

\* Zie voetnoot tabel 6.

lijfssituatie bij de eerste opname

g.g.z.- voorz.	Algemeen zhs.	Huis van bewaring	Pensioen/ kosthuis	Overige voorz.	Onbekend	Totaal
- (-)	1 (4)	- (-)	1 (-)	3 (6)	- (1)	18 (27)
4 (2)	1 (3)	- (-)	- (1)	2 (3)	- (-)	17 (22)
24* (15)	9* (2)	3 (2)	20 (15)	19 (14)	3 (1)	236* (150)
11 (6)	2 (1)	- (1)	3 (4)	13 (10)	1 (-)	124 (112)
19 (25)	5 (6)	1 (3)	13 (9)	16 (18)	2 (1)	208 (227)
16 (11)	7 (6)	1 (2)	4 (4)	5 (7)	-* (10)	161* (206)
14 (11)	5 (1)	1* (8)	11* (4)	12 (11)	- (-)	131 (142)
9 (17)	4* (14)	2 (2)	14* (6)	15* (7)	2 (3)	223 (202)
4 (5)	1 (2)	5 (6)	2 (3)	8 (7)	- (1)	89 (93)
- (-)	- (-)	- (-)	2 (-)	- (-)	- (-)	7 (13)
2 (1)	3 (-)	- (1)	1 (-)	2 (1)	1 (-)	32 (33)
- (-)	- (-)	- (-)	- (-)	- (1)	- (1)	5 (18)
2 (2)	- (-)	- (-)	- (1)	- (2)	- (1)	12 (9)
1 (1)	6 (3)	- (2)	- (1)	- (1)	1 (2)	13 (22)
106 (95)	44 (42)	14* (27)	71* (48)	96 (88)	9* (21)	1276

en verblijfssituatie bij de eerste opname

g.g.z.- voorz.	Algemeen zhs.	Huis van bewaring	Pensioen/ kosthuis	Overige voorz.	Onbekend	Totaal
2 (-)	1 (3)	- (-)	1 (2)	6* (15)	- (-)	27 (42)
- (1)	-* (6)	- (-)	- (1)	2* (6)	- (-)	21 (26)
15 (9)	2 (5)	- (-)	5 (2)	7* (3)	- (1)	133* (101)
11 (12)	6 (6)	1 (-)	4 (3)	11 (6)	1 (2)	199 (192)
21 (16)	4 (6)	1 (-)	5 (4)	13 (13)	- (2)	266 (231)
32 (32)	15 (13)	- (-)	6 (3)	16 (13)	4 (6)	330* (371)
14 (9)	4 (3)	- (1)	6* (2)	8 (7)	1 (-)	114* (82)
3 (3)	2 (2)	- (-)	2 (1)	2 (-)	- (-)	69* (49)
2 (3)	- (2)	- (3)	1 (1)	2 (2)	- (-)	21* (37)
- (-)	1 (-)	- (-)	- (-)	1 (-)	- (-)	7* (2)
4 (4)	2 (4)	- (-)	- (1)	6 (3)	- (-)	50 (57)
- (-)	1 (-)	- (-)	- (-)	- (1)	1 (1)	7 (8)
2 (1)	- (2)	- (-)	1 (-)	2 (1)	- (-)	12 (12)
1 (4)	2 (3)	- (-)	1 (-)	1 (1)	1 (2)	16 (22)
107 (94)	40 (55)	2 (4)	32* (20)	77 (71)	7 (14)	1232



Diepgewortelde, onaangepaste gedragspatronen zouden aanleiding kunnen geven tot een heropname. Met de toename van levensjaren zou volgens de W.H.O.-definitie het risico op een heropname moeten dalen. Tabel 6a toont aan dat bij de mannelijke patiënten de kans op een heropname, met het toenemen van de leeftijd, inderdaad significant daalt.

Bovenstaande cijfers maken het mogelijk een verfijnder beeld te verkrijgen van de heropname patiënten wat betreft de psychiatrische stoornissen bij eerste opname in 1980. De vraag of het geschetste sjabloon van diagnoses een afspiegeling van de werkelijkheid vormt en in hoeverre de discrepantie tussen de verwachte en geobserveerde aantallen wordt beïnvloed door de mate van validiteit van het gehanteerde classificatiesysteem (ernst van de stoornis, meer-assig stelsel e.d.) of door factoren die spelen rond het proces van de diagnosestelling, valt op basis van enkel registratiegegevens zoals die uit de PIGG moeilijk te beantwoorden. Survey-onderzoek en met name cohort-onderzoek is hier het meest geschikte middel voor.

Mede gezien de geconstateerde oververtegenwoordiging van schizofrene patiënten in de heropnamegroep wordt daarbij gewezen op de onderzoeksresultaten van het longitudinale cohort-onderzoek naar niet-affectieve functionele psychosen door de afdeling Sociale Psychiatrie van de Rijksuniversiteit Groningen. In dit tijdschrift wordt hiervan regelmatig melding gemaakt.

Het voordeel van het Groningse onderzoek is dat door het longitudinale karakter de invloed van diverse zogenaamde 'proces-factoren' op de heropnamecyclus van één patiënt(e) kan worden nagegaan. Bovendien zijn de onderzoeksresultaten door de prospectieve opzet betrouwbaarder dan soortgelijke retrospectieve studies. Recentelijk werd door De Jong e.a. (1983) verslag gedaan van onder andere het aantal heropnemingen van de patiënten behorende tot het cohort van functionele niet-affectieve psychosen in relatie tot de nazorg die deze patiënten gedurende drie jaren na het uitbreken van de psychose ontvingen. Saillante bevindingen waren onder meer dat

1. bij de helft van de ontslagen patiënten geen verwijzing had plaatsgevonden, hoewel de onderzoekers vaststelden dat onder deze patiënten en evenzeer bij de gezinsleden duidelijk behoefte bestond aan nazorg en dat
2. indien er wel verwezen was, de intensiteit van de nazorg te wensen overliet.

Overigens betwijfelen de onderzoekers of nazorg aan psychotische patiënten heropname zou kunnen voorkomen. In hun visie is veel essentiëler de ondersteuning van zowel de patiënt als van diens gezinsleden.

### Verblijfssituatie voor eerste opname en burgerlijke staat

De heropnamegroep bleek in 1980 significant te verschillen met de controlegroep ten aanzien van de burgerlijke staat ( $\chi^2$  significant bij 0.001 voor zowel de mannen als de vrouwen). Dit verschil kan van invloed zijn op het eveneens geconstateerde verschil ten aanzien van de verblijfssituatie bij de eerste opname ( $|X^2$  significant bij 0.001 voor de mannen en 0.01 voor de vrouwen).

In de tabellen 9a en 9b zijn deze variabelen samengevoegd en is aangegeven in welke categorieën de aantallen van de heropnamepatiënten onder- of oververtegenwoordigd zijn. Bij de mannelijke ongehuwde heropnamepatiënten valt op dat deze boven verwachting meer dan de controlegroep bij hun ouders woonden, in een pension of kosthuis verbleven of solitair woonden. Hetzelfde geldt voor de weduwanen.

De vrouwelijke ongehuwde heropnamepatiënten bleken significant vaker nog bij hun ouders in te wonen of overgeplaatst te worden vanuit de g.g.z.-voorzieningen. De vrouwelijke heropnamepatiënten die gescheiden waren bleken ofwel solitair te zijn of ze werden opgenomen vanuit een pension of kosthuis of anderssoortige voorzieningen. Deze bevindingen maken het mogelijk een aanvulling te geven op het profiel van de 'sisyfus'-patiënt zoals geschetst door Schudel (1979) in zijn uitputtend overzicht van factoren die spelen rondom het besluit tot een psychiatrische (her)opneming, namelijk die van 'een oudere, alleenstaande, werkloze man, die al dan niet acuut psychiatrisch ziek wordt' (blz. 622).

Behalve een specificatie van het beeld van de mannelijke heropnamepatiënt dient volledigheidshalve rekening gehouden te worden met de vrouwelijke heropnamepatiënt. Een niet onaanzienlijk deel van de jaarlijkse heropnamepatiënten is immers van het vrouwelijke geslacht en deze onderscheiden zich van de vrouwelijke patiënten die slechts éénmaal in een jaar worden opgenomen en ontslagen. Op basis van de eerder genoemde kenmerken worden de contouren van de vrouwelijke heropnamepatiënt duidelijker.

### Verblijfssituatie voor eerste opname en verblijfsduur bij eerste opname

In 1980 bedroeg het gemiddeld aantal opnemingen in de 38 algemene psychiatrische ziekenhuizen circa 50 à 60 per dag. In 7 à 8 gevallen handelde het om een patiënt voor wie eerder in de loop van het jaar een opname noodzakelijk werd geacht (ministerie van WVC-GHIGV, 1983). Hoe was het met de verblijfsduur van deze opnemingen gesteld? De verblijfsduur van de vrouwelijke en mannelijke heropnamepatiënten bij de eerste opname was significant korter in vergelijking tot de patiënten die in 1980 slechts éénmaal werden opgenomen en ontslagen ( $\chi^2$  significant bij  $p < 0.001$ ). Dit bevestigt het eerder in de paragraaf

Tabel 9a: De mannelijke patiënten die in 1980 meer dan éénmaal werden opgenomen naar burgerlijke staat en verblijfssituatie bij de eerste opname in 1980

Ver- blijfs- situatie bij eerste opname in 1980	Burgerlijke staat		Geschei- den	Weduw- staat	Totaal
	Ongehuwd	Gehuwd			
Ouderlijk huis	233* (200)	4 ( 9)	16 ( 18)	- ( -)	253 (227)
Alleenwonend	207* (179)	16 ( 15)	80 ( 65)	11 (10)	314* (269)
Eigen gezin	10 ( 11)	281* (351)	10 ( 8)	3 ( 5)	304 (375)
Familie/kennissen/ eigen milieu/overig	43 ( 50)	5 ( 10)	16 ( 21)	1 ( 3)	65* ( 84)
g.g.z.-voorzieningen	63 ( 51)	27 ( 29)	14 ( 14)	2 ( 1)	106 ( 95)
Algemeen ziekenhuis	22 ( 19)	14 ( 14)	6 ( 9)	2 ( -)	44 ( 42)
Huis van bewaring	9* ( 19)	4 ( 6)	1 ( 2)	- ( -)	14* ( 27)
Pensjon/kosthuis	48* ( 33)	8 ( 6)	15 ( 9)	- ( -)	71* ( 88)
Overige voorzieningen	55 ( 57)	11 ( 15)	16 ( 13)	14* ( 3)	96 ( 88)
Onbekend	1* ( 7)	4 ( 9)	3 ( 4)	1 ( 1)	9* ( 21)
Totaal	691* (626)	374* (464)	177 (163)	34* (23)	1276

\* Zie voetnoot tabel 6.

Tabel 9b: De vrouwelijke patiënten die in 1980 meer dan éénmaal werden opgenomen naar burgerlijke staat en verblijfssituatie bij de eerste opname in 1980

Ver- blijfs- situatie bij eerste opname in 1980	Burgerlijke staat		Geschei- den	Weduw- staat	Totaal
	Ongehuwd	Gehuwd			
Ouderlijk huis	102* ( 78)	1 ( 2)	16 ( 10)	1 ( 1)	120* ( 91)
Alleenwonend	143 (131)	12 ( 14)	81* ( 54)	48 ( 50)	284* (249)
Eigen gezin	11 ( 14)	415* (467)	47 ( 60)	24 ( 27)	497* (568)
Familie/kennissen/ eigen milieu/overig	31 ( 29)	10 ( 12)	19 ( 20)	6 ( 5)	66 ( 66)
g.g.z.-voorzieningen	59* ( 36)	27 ( 40)	16 ( 14)	5 ( 4)	107 ( 94)
Algemeen ziekenhuis	10* ( 21)	19 ( 28)	8* ( 1)	3 ( 5)	40 ( 55)
Huis van bewaring	- ( 3)	1 ( 1)	1 ( -)	- ( -)	2 ( 4)
Pensjon/kosthuis	15 ( 14)	4 ( 2)	7* ( 2)	6* ( 2)	32* ( 20)
Overige voorzieningen	44* ( 22)	8 ( 16)	13* ( 7)	12* ( 26)	77 ( 71)
Onbekend	1 ( 4)	6 ( 7)	- ( 3)	- ( -)	7 ( 14)
Totaal	416* (352)	503* (589)	208 (171)	105 (120)	1232

\* Zie voetnoot tabel 6.

'verblijfsduur' geuite vermoeden van een relatie tussen lengte van de eerste psychiatrische episode en een heropname: hoe korter de verblijfsduur bij de eerste opname, des te groter de kans op een heropname in de loop van hetzelfde jaar.

In de tabellen 10a en 10b zijn de variabelen verblijfsituatie en verblijfsduur bij de eerste opname tegen elkaar afgezet. We beperken ons tot de meest saillante cijfers. Zowel mannelijke als vrouwelijke heropnamepatiënten die of nog thuis bij hun ouders of zelfstandig woonden werden significant meer binnen twee weken ontslagen. De vrouwelijke heropnamepatiënten die bij opname nog bij hun ouders woonden werden significant meer binnen twee maanden uit het a.p.z. ontslagen.

Het statistisch gegeven dat de patiënten die binnen betrekkelijk korte tijd na hun opname in de maatschappij terugkeren en (opnieuw) solitair gaan wonen een verhoogd risico lopen op een hernieuwde kennismaking met het a.p.z.-circuit doet niet alleen de vraag opkomen of dit soms patiënten zijn die geen enkele vorm van nazorg ontvangen van een semi- of extramuraal instelling (Ten Horn, 1982) en ondersteuning verdienen (De Jong e.a., 1983) maar tevens of voor deze patiënten een geleidelijke terugkeer in de maatschappij via een kort of langdurig verblijf in een beschermende woonvorm of een resocialisatie-eenheid van een a.p.z., gelet op het ontbreken van een thuismilieu, wenselijk zou zijn (GHIGV-Werkgroep Beschermende Woonvormen, 1983).

In het in 1983 uitgebrachte eindrapport van de GHIGV-Werkgroep Beschermende Woonvormen worden beide voorzieningen nader gedefinieerd en geplaatst binnen de ontwikkeling van een Regionaal Instituut voor Beschermende Woonvormen (RIBW) en in het perspectief van een Regionaal Instituut voor de Geestelijke Gezondheidszorg (RIGG). In de beschermende woonvorm zou de nadruk komen te liggen op de woonrevalidatie terwijl de resocialisatie-eenheid zich meer op de behandelingsfunctie zou dienen te richten. Beide vormen zouden idealiter de voor een iedere individu zo ingrijpende en aangrijpende gebeurtenis van een psychiatrische (her)opneming ofwel kunnen voorkomen danwel verantwoord kunnen bekorten. Dit veronderstelt wel een samenhang tussen de ambulante en intramuraal g.g.z. Een RIGG zou het organisatorische middel zijn om dit laatste te verwezenlijken (Dekker, 1983). Men dient er echter terdege voor te waken het middel niet tot doel te verheffen of zoals de Geneeskundig Hoofdinspecteur voor de Geestelijke Volksgezondheid, Van Borsum Waalkes, het recentelijk uitdrukte:

'Maar het gaat tenslotte om mensen: psychiatrische patiënten, pupillen of wat voor merkwaardige namen men daar allemaal voor verzint. De positie van deze mensen moet zo zijn, dat er geen discriminatie of vervelende stigmatisatie optreedt .... De regels moeten randvoorwaarden zijn, geen barricades, die een mens moet gaan in zijn leven'. (MGV, 1983).

Tabel 10a: De mannelijke patiënten die in 1980 meer dan éénmaal werden opgenomen, naar verblijfsduur bij de eerste opname

Verblijfs- situatie bij 1e opname in 1980	Verblijfsduur bij de eerste opname in 1980							totaal
	2 weken	2-4 weken	1-2 maanden	2-4 maanden	4-6 maanden	6-12 maanden		
Ouderlijk huis	81* (50)	48 (45)	64 (52)	42 (42)	11* (25)	7 (13)	253 (227)	
Alleenwonend	115* (81)	61* (46)	71 (61)	50 (41)	13 (21)	4* (19)	314* (269)	
Eigen gezin	104 (94)	60 (75)	72 (86)	51* (78)	10* (27)	7 (15)	304 (375)	
Familie/kennissen/eigen milieu/overig	24 (27)	13 (15)	10 (12)	15 (21)	2 (7)	1 (2)	65* (84)	
g.g.z.-voorziening	27 (23)	19 (13)	31 (28)	15 (13)	14 (9)	—*	106 (95)	
Algemeen ziekenhuis	11 (12)	10 (6)	7 (9)	10 (13)	5* (1)	1 (1)	44 (42)	
Huis van bewaring	3 (9)	2 (3)	5 (8)	3 (7)	—	1* (—)	14* (27)	
Pension/kosthuis	19 (13)	16* (8)	19* (11)	13 (12)	3 (3)	1 (1)	71* (48)	
Overige voorzieningen	32* (17)	21 (20)	24 (18)	16 (18)	3 (8)	—*	96 (88)	
Onbekend	7* (16)	— (—)	1 (3)	1 (2)	— (—)	— (—)	9* (21)	
Totaal	423* (342)	250 (231)	304* (288)	216* (247)	61* (101)	22* (67)	1276	

\* Zie voetnoot tabel 6.

Tabel 10b: De vrouwelijke patiënten die in 1980 meer dan éénmaal werden opgenomen, naar verblijfsduur bij de eerste opname

Verblijfs- situatie bij 1e opname in 1980	Verblijfsduur bij de eerste opname in 1980							totaal
	< 2 weken	2-4 weken	1-2 maanden	2-4 maanden	4-6 maanden	6-12 maanden		
Ouderlijk huis	35* (22)	21* (8)	29* (15)	21 (25)	5 (8)	9 (13)	120* (91)	
Alleenwonend	75* (48)	40 (35)	77* (60)	63 (51)	22 (33)	7* (22)	284* (249)	
Eigen gezin	117 (106)	84 (78)	127 (152)	116 (138)	44* (61)	9* (33)	497* (568)	
Familie/kennissen/eigen milieu/overig	21* (13)	16* (7)	13 (18)	10 (17)	4 (9)	2 (2)	66 (66)	
g.g.z.-voorziening	22 (18)	16 (12)	24* (14)	30 (38)	10 (10)	5 (9)	107 (94)	
Algemeen ziekenhuis	8* (18)	10 (6)	10 (12)	6 (11)	4* (5)	2 (3)	40 (55)	
Huis van bewaring	- (2)	1 (2)	- (-)	- (-)	1* (-)	- (-)	2 (4)	
Pensioen/kosthuis	9* (4)	4 (3)	6 (6)	7 (4)	1 (2)	5* (1)	32* (20)	
Overige voorzieningen	15 (18)	12 (12)	17 (11)	23 (16)	4 (12)	6* (12)	77* (12)	
Onbekend	7* (13)	- (-)	- (-)	- (-)	- (-)	- (1)	7 (14)	
Totaal	309* (262)	204* (163)	303 (288)	276 (293)	95* (140)	45* (86)	1232	

\* Zie voetnoot tabel 6.

### Samenvatting en beschouwing

Men kan door middel van 'record-linkage' op basis van anonieme kaartgegevens zoals die in de landelijke patiëntenregistratie intramurale geestelijke gezondheidszorg worden verzameld, op twee manieren het aantal heropnemingen van een psychiatrische patiënt vaststellen (Kiesler, 1982). De ene methode bestaat uit het vervolgen van een cohort patiënten gedurende de rest van hun leven om na te gaan hoe vaak iemand opnieuw in een psychiatrisch ziekenhuis wordt opgenomen. Vanwege praktische problemen wordt deze duur meestal ingekort tot zo'n tien jaar.

Een andere manier is om binnen een bepaald jaar het aantal heropnemingen te tellen en na te gaan hoeveel patiënten hiervoor verantwoordelijk waren. Het nadeel van deze benadering is dat men de heropnemingen mist van 1. patiënten die vlak voor het begin van het onderzoeksjaar in het psychiatrisch circuit terugkeren en 2. van patiënten die in het onderzoeksjaar ontslagen worden en pas in het volgende jaar worden heropgenomen.

In dit artikel is desalniettemin gekozen voor de laatste invalshoek omdat het doel niet in de eerste plaats was het aantal heropnemingen binnen een jaar vast te stellen maar om te bekijken of de heropnamepatiënten in een willekeurig jaar (1980) verschilden van patiënten die in hetzelfde jaar slechts éénmaal opgenomen en ontslagen werden. Op deze wijze zouden risicofactoren met betrekking tot de heropnamepatiënten opgespoord kunnen worden.

Inderdaad werden er significante verschillen geconstateerd tussen de heropname- en de controlegroep ten aanzien van de psychopathologische diagnose, de verblijfsituatie voor opname, de burgerlijke staat en de verblijfsduur. Door deze variabelen tegen elkaar af te zetten kon worden aangegeven welke patiënten binnen de heropnamegroep een verhoogd risico lopen opnieuw in het psychiatrische zorgcircuit terecht te komen. Overigens is een waarschuwing voor lichtvaardige stereotypering en in extremo voor stigmatisering op zijn plaats. Het geschetste profiel van de 'sisyfus'-patiënt is een abstractie van de werkelijkheid. Het aantal 'heropname' kenmerken zal bij de ene patiënt in meer of mindere mate aanwezig zijn en indiceert slechts een verhoogde risicofactor. Bovendien zijn er nog diverse 'pathway'- en 'gatekeeper'-factoren van invloed op de aan- of afwezigheid van deze kenmerken. Wat de heropnamepatiënt in ieder geval zeker onderscheidt van iemand die voor het eerst in een a.p.z. wordt opgenomen is de eerste opname.

Het is nog onduidelijk of de verschuiving van de aandachts- en zwaartepunten in het psychiatriebeleid gevolgen zullen hebben voor de positie van de chronisch terugkerende patiënten en voor die van de 'long-stay' patiënten (Tweede Kamer der Staten-Generaal, 1982; 1983).

In het psychiatriebeleid wordt het accent gelegd op:

1. het voorkomen van een opname;
2. het overplaatsen van langdurig opgenomen patiënten naar extra- en semimurale zorgvoorzieningen;
3. de substitutie van psychiatrische bedden door plaatsen in beschermende woonvormen.

Voorwaarden hierbij zijn een kwaliteitsversteving van de ambulante geestelijke gezondheidszorg en uitbreiding van het aantal plaatsen in tussenvoorzieningen. Blijkens de brief van de Staatssecretaris aan de Tweede Kamer wordt aan het eerste in het beleid een hoge prioriteit gegeven. Het laatste wordt mogelijk gemaakt door substitutiemogelijkheden binnen art. 3 Wet Ziekenhuisvoorzieningen en door de vrijheid van de ziekenhuisdirecties om binnen het budget zelf prioriteiten te stellen.

In dit verband is het van belang op te merken dat de gemiddelde verpleegprijs in het psychiatrisch ziekenhuis in 1980 f 193,- bedroeg (GHIGV 1982) tegen gemiddeld f 84,- in een beschermde woonvorm (Haveman, 1982). Vraag bij dit alles is of de kwaliteit van de zorg voor de patiënten bij een overplaatsing of bij een ambulante behandeling in plaats van een klinische opname gehandhaafd blijft. Niet alle psychiatrische patiënten zijn bij een dergelijke overplaatsing gebaat. Onderzoek naar 'proces-factoren' en patiëntenprofielen zullen moeten aangeven welke personen voor deze alternatieven in aanmerking komen. Of dergelijk onderzoek prospectief en experimenteel (controlegroep) van opzet dient te zijn of retrospectief, is niet alleen een praktisch maar ook en vooral een ethisch probleem.

Het is te hopen dat onvoorziene neveneffecten van deze ontwikkelingen niet ten koste zullen gaan van de chronische patiënt. Of de 'sisyfus'- en de 'long-stay'-patiënten 'vrije vogels of vogelvrij' (Giel, 1981) zullen zijn, zal de toekomst uitwijzen.

### Literatuur

- Baldwin, J. A. (1973), 'Crinkled record medical information system'. *Proc. of the Royal Soc.* London. B. 184, 403.
- Borssum Waalks, J. B. van (1983), Interview in: *MGV*, 6/7, 688.
- Brown, G. W., J. L. T. Birley, J. K. Wing (1972), 'Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: a replication'. *British Journal of Psychiatry*, vol. 121.
- Dekker, E. (1983), 'Het gedwongen samengaan van overheid en geestelijke gezondheidszorg'. *MGV*, 4, 372-383.
- De Francisco, D., D. Anderson, R. Pantana, F. Kline (1980), 'The relationship between length of hospital stay and rapid-readmission rates'. *Hospital and Community Psychiatry*, 31, 196-197.
- GHIGV (1982), *Overzicht gegevens psychiatrische instellingen in Nederland, 1980*. GHIGV.
- GHIGV-Werkgroep Beschermende Woonvormen (1983), *Eindrapport RIGG*



- Beschermende Woonvormen*. Ministerie van WVC.
- Giel, R., S. Dijk, J. R. van Weerden-Dijkstra (1978), 'De nieuwe chronische patiëntenpopulatie', *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 20, 601-609.
- Giel, R. (1981), 'Vrije vogels of vogelvrij'. *MGV*, 11, 956-968.
- Giel, R. (1982), *Waarom een psychiatrische diagnose*. Stafleu.
- Giel, R. (1983), 'Onderzoek naar psychische stoornissen'. *Tijdschrift Soc. Gezondheidsz.*, 61, 198-203.
- Haveman, M. J. (1980a), 'De frequent opgenomen psychiatrische patiënt – draait de draaideur selectief' (I en II). *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 22, 199-208 en 22, 267-277.
- Haveman, M. J. (1980b), 'Nieuwe langblijvers in psychiatrische ziekenhuizen'. *MGV*, 8, 642-651.
- Haveman, M. J. (1982), *Beschermende Woonvormen*. GHIGV – ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne.
- Ten Horn, G. H. M. M. (1976), 'Wat gebeurt er na een korte psychiatrische opname?' *Tijdschrift voor psychiatrie*, 18, 623-631.
- Ten Horn, G. H. M. M. (1982), *Nazorg geeft kopzorg*. RU Groningen, dissertatie.
- Hout, A. C. van den (1983), 'Ontslagen uit het psychiatrische ziekenhuis'. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 25, 97-113.
- Jansen, J. (1981), 'Veelvuldig opgenomen psychiatrische patiënten'. *MGV*, 4, 330-345.
- Jong, A. de, R. Giel, G. H. M. M. Ten Horn, C. J. Slooff, D. Wiersma (1983), 'Nazorg bij functionele niet-affectieve psychosen: ontwikkeling in de samenhang binnen de GGZ'. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 25, 422-439.
- Jonghe, F. de (1974), *Terug van weggeweest*, Boom, Meppel.
- Kiesler, C. A. (1982), 'Public and professional myths about mental hospitalization'. *American Psychologist*, vol. 37, no. 12, 1223-1339.
- Marks, F. M. (1977), 'The characteristics of psychiatric patients readmitted within a month of discharge'. *Psychological Medicine*, 7, 345-352.
- Ministerie van WVC, GHIGV (1983), *Inventarisatie van meer dan één decennium cijfermateriaal*. Leidschendam.
- Mosher, L. R. (1972), 'Recent trends in psychosocial treatment of schizophrenia'. *Am. J. Psychoanal.*, 32, 9-15.
- Pepper, B., M. C. Kirshner, H. Ryglewicz (1981), 'The young adult chronic patient; Overview of a population'. *Hospital and Community Psychiatry*, 1981, 32, 463-470.
- Redlich, F., en S. R. Kellert (1978), 'Trends in American mental health'. *American Journal of Psychiatry*, 130, 22-28.
- Reid, D. D. (1960), *Epidemiological methods in the study of mental disorders*. WHO, Genève, no. 2.
- Rosenblatt, A., en J. A. Maye (1974), 'The recidivism of mental patients: a review of past studies'. *American Journal of Orthopsychiatry*, 44, 5, 697-706.
- Schipper, J. A. (1978), 'De chronische patiënt: behandeling van een bejegening'. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 5, 285-293.
- Schudel, W. J. (1976), *Opgenomen ... opgegeven? van Loghum Slaterus*.
- Schudel, W. J. (1979), 'Opname in een psychiatrisch ziekenhuis. Een overzicht van de beslissende factoren'. *MGV*, 10, 617-628.
- Serban, G., C. B. Gidyanski (1974), 'Significance of social demographic data for rehospitalization of schizophrenic patients'. *Journal of health and Social Behaviour*, 15, 117-126.

- Slooff, C. J., R. Giel, A. de Jong, D. Wiersma (1982), 'De classificatie van de functionele niet-affectieve psychosen'. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 24, 454-469.
- Solomon, P., en W. Doll (1979), 'The varieties of readmission: the case against the use of recidivism rates as a measure of program effectiveness'. *American Journal of Orthopsychiatry*, 49, 2, 230-239.
- Tweede Kamer der Staten-Generaal (1983), 'Volksgezondheid bij beperkte middelen—Brief van de Staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur'. Tweede Kamer, vergaderjaar 1983-1984, 18108, nrs. 1 en 2.
- Tweede Kamer der Staten-Generaal (1982), 'Het psychiatriebeleid—Brief van de Minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne'. Tweede Kamer, zitting 1981, 192, 17394, nrs. 1-2.
- Vaughn, C. E., en J. P. Leff (1976), 'The Influence of family and Social factors on the course of Psychiatric Illness'. *British Journal of Psychiatry*, vol. 129.
- Winston, A., H. Pardes, D. S. Papernik, L. Breslin (1977), 'Aftercare of psychiatric and its relation to rehospitalization'. *Hospital and Community Psychiatry*, 28, 118-121.
- Wonnacott, T. H., en R. J. Wonnacott (1972), 'Introductory Statistics'. John Wiley and Sons.
- World Health Organization (1967; 1977), 'International Classification of Diseases'. WHO, 8e en 9e versie, Genève.

Met dank aan mw. drs. A. C. de Graaf, drs. M. J. Haveman, drs. F. Brook, J. B. van Borssum Waalkes, psychiater, en Prof. dr. R. Giel voor hun commentaar op een eerdere versie van dit artikel. Eveneens dank aan Pieter van Dijk van de afdeling Onderzoek van de GHIGV voor het uitdraaien van het nodige cijfermateriaal.