

Trends in eerste opnamen in het algemeen psychiatrisch ziekenhuis

Met betrekking tot de periode 1980-1993, naar geslacht en leeftijd

*door J. Spijker, J. van Limbeek, J.F.J. Jonkers en
W. van Tilburg*

Samenvatting

Aan de hand van gegevens uit de Patiëntenregistratie Intramurale Geestelijke Gezondheidszorg (PIGG) is onderzocht of er in de periode 1980 tot en met 1993 sprake was van specifieke trends in eerste opnamen in het algemeen psychiatrisch ziekenhuis (APZ). Om de ontwikkeling in de geobserveerde incidenties beter te kunnen beschrijven is een poisson-model opgebouwd. Het blijkt dat in de periode 1980-1993 sprake is van een daling van het aantal nieuw opgenomen patiënten in de APZ'en. Op basis van de ruwe incidentiecijfers gaat het om een daling van circa 18%. Nadat is gecorrigeerd voor leeftijds- en geslachtseffecten blijkt dat de incidentie door de jaren heen daalt met 23%.

Inleiding

In dit artikel staat de evaluatie van het geestelijke-gezondheidszorg-(GGz)beleid in de periode 1980-1993 centraal. In deze periode heeft de overheid een belangrijke rol gespeeld bij de bepaling van de inhoud van het beleid, en zijn met betrekking tot de GGz vrij veel beleidsstukken van de overheid en adviesorganen verschenen. Bijker (1994) geeft aan dat de overheid, in de periode 1970-1990, in het algemeen naar meer samenhang en een betere samenwerking tussen en een evenwichtigere spreiding van de GGz-voorzieningen heeft gestreefd. Daarnaast wilde de overheid preventie en substitutie bevorderen en de kosten beheersen. (Zie ook Van der Grinten en Vos 1993.)

Mede gezien de hoge kosten van het algemeen psychiatrisch ziekenhuis, die in verschillende nota's uitdrukkelijk worden genoemd (ongeveer 65% van de totale kosten van de GGz komt voor rekening van het APZ (Jacobs e.a. 1995)), werden binnen het GGz-beleid voor het APZ een aantal specifieke richtlijnen opgesteld. Met als uitgangspunt vermaatschappelijking van de GGz en preventie van APZ-opnamen door versterking van de Riagg en vorming van Multifunctionele Eenheden (MFE), werd het beleid gericht op het verkleinen van de omvang van de APZ'en, een betere regionale spreiding, een betere samenhang met

de overige voorzieningen en het terugdringen van de totale klinische capaciteit (Van der Grinten en Vos 1993). Dit laatste ten gunste van andere (ambulante) vormen van zorg. De verblijfsfunctie werd losgekoppeld van het APZ, en de vorming van Regionale Instellingen voor Beschermde Wonen (RIBW) werd bevorderd.

De volgende twee parameters worden in deze studie gebruikt om het geestelijke-gezondheidszorgbeleid te toetsen. Ten eerste wordt gekeken naar de bedomvang ofwel opnamecapaciteit van de APZ'en. Om de omvang tijdens de onderzoeksperiode in kaart te brengen wordt gebruikgemaakt van bestaande gegevensbronnen. Ten tweede wordt gekeken naar het aantal opnamen in het APZ, met als belangrijkste bron de Patiëntenregistratie Intramurale Geestelijke Gezondheidszorg.

De omvang van APZ'en

In onze poging om het aantal APZ-bedden in de onderzoeksperiode in kaart te brengen, stuiten wij evenals Rose en Steffens (1987) op het probleem van verschillende gegevensbronnen¹ die informatie bevatten die niet volledig met elkaar overeenstemt. Dit is voornamelijk het gevolg van het feit dat de verschillende instanties die gegevens over de intramurale (geestelijke) gezondheidszorg vastleggen, niet allemaal hetzelfde verstaan onder psychiatrische ziekenhuizen. Sommige verstaan er zowel de algemene als de categorale psychiatrische ziekenhuizen (o.a. kinder- en jeugd-, en TBS-klinieken) onder, en andere maken wel onderscheid tussen deze twee typen, maar laten onder de categorale psychiatrische ziekenhuizen niet steeds dezelfde soort instellingen vallen.

Als referentie voor de onderhavige studie zal wegens boven geschetst probleem gebruik worden gemaakt van de meest recente publicatie die vrijwel de gehele onderzoeksperiode van de onderhavige studie omvat: het *Jaarboek geestelijke gezondheidszorg 1994* (Jacobs e.a. 1995). Uit het Jaarboek blijkt dat het aantal erkende APZ-bedden in 1992 ruim 92% bedraagt van het totale aantal erkende bedden in de psychiatrische ziekenhuizen (algemeen en categoriaal). In de periode 1980-1992 daalde het aantal erkende bedden van 25.379 naar 22.758, een daling van 2.621 bedden, oftewel 10%. Het grootste deel van deze daling vond in het begin van de jaren tachtig plaats. Een aantal geriatrie afdelingen van de APZ'en werden toen als verpleeghuis erkend. Vanaf 1986 blijft het aantal APZ-bedden, ondanks het substitutiebeleid, redelijk stabiel: circa 22.500. Geconcludeerd kan worden dat de overheid er slechts gedeeltelijk in is geslaagd de capaciteit van de APZ'en af te laten nemen, want in de laatste jaren van de onderzoeksperiode bleef de capaciteit van de APZ'en vrijwel stabiel.

Aantal APZ-opnamen

Inleiding – Het opname- en ontslagbeleid van APZ'en blijkt in de onderzoeksperiode sterk te zijn veranderd. Uit het *Jaarboek geestelijke gezondheidszorg 1994* (Jacobs e.a. 1995) blijkt dat het absolute aantal opnamen (inclusief heropnamen) in de onderzoeksperiode met 50% steeg (1980: 22.182; 1992: 33.436) en dat het aandeel van de heropnamen in deze periode steeg van 24% in 1980 naar 26% in 1992. Het aantal opnamen inclusief heropnamen per 1000 inwoners steeg in de onderzoeksperiode 40% (1980: 1,57; 1992: 2,20) en het aantal opnamen exclusief heropnamen steeg per 1000 inwoners 36% (1980: 1,20; 1992: 1,63).

Vraagstelling – De overheid heeft in de jaren tachtig gestreefd naar preventie van APZ-opnamen. Uit het *Jaarboek geestelijke gezondheidszorg 1994* blijkt echter dat het aantal APZ-opnamen is gestegen (Jacobs e.a. 1995). De vraag is nu of er ook daadwerkelijk geen preventie heeft plaatsgevonden. In het Jaarboek wordt door het gebruik van een bepaalde definitie voor (her)opname² niet gesproken over eerste opnamen. De vraag is of er in de jaren tachtig ook steeds meer nieuwe c.q. eerste APZ-opnamen hebben plaatsgevonden. Deze vraag staat in deze studie centraal. Onder 'nieuwe c.q. eerste APZ-opnamen' wordt verstaan: alleen die opnamen van patiënten die in de periode 1980-1993 voor de eerste maal voor korte of langere tijd in een APZ werden opgenomen (zie ook hierna onder 'Methode'). Uit eerder onderzoek (Van Weerden-Dijkstra en Giel 1975; GHIGV 1982) is gebleken dat opnamecijfers in APZ'en verschillen naar geslacht en naar leeftijd. Daarom wordt in deze studie aandacht geschonken aan de mogelijke invloed van geslacht en leeftijd op de ontwikkelingen in eerste opnamen.

Methode – Het onderzoek is gebaseerd op gegevens uit twee bronnen: de Stichting Informatievoorziening Gezondheidszorg (SIG) leverde gegevens uit de Patiëntenregistratie Intramurale Geestelijke Gezondheidszorg (PIGG), en het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) leverde de benodigde bevolkingscijfers. De SIG registreert in de PIGG onder andere gegevens over opnamen in algemeen psychiatrische ziekenhuizen. In dit onderzoek is uitgegaan van de zogenaamde 'eerste opname' van een patiënt in een APZ in de periode 1980-1993. Onder eerste APZ-opnamen wordt verstaan: alleen die opnamen van patiënten die in de periode 1980-1993 voor de eerste maal voor korte of langere tijd in een APZ werden opgenomen. Van alle patiënten van 20 jaar en ouder die in de periode 1980-1993 in een APZ zijn opgenomen, is door middel van 'record-linkage' vanaf 1970 nagegaan of de patiënt al bekend was in de PIGG-registratie. Alleen de patiënten die nieuw waren in de PIGG-registratie, dat wil zeggen niet bekend in de periode 1970 tot en

met 1979, kwamen voor het onderzoek in aanmerking. Van deze patiënten is de eerste opname in de periode 1980-1993 verwerkt in dit onderzoek; een patiënt kan op deze manier slechts één keer meetellen.

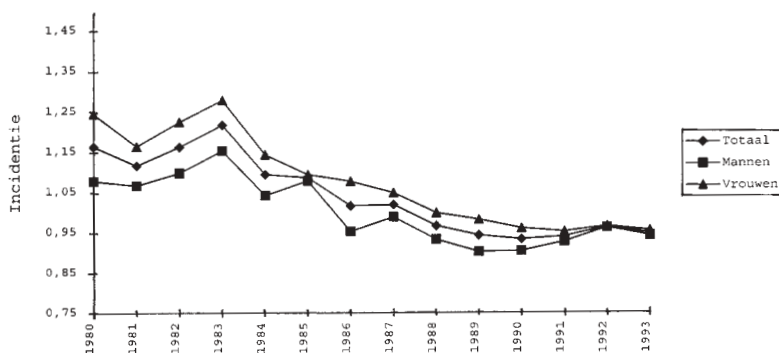
In dit onderzoek staat de jaarlijkse incidentie van APZ-opnamen centraal, dat wil zeggen het aantal eerste (nieuwe) opnamen in het APZ dat zich per jaar in de onderzoeksperiode voordoet. Het incidentiecijfer (= incidentie-rate) wordt bepaald door het aantal jaarlijkse nieuwe APZ-opnamen te delen door de omvang van de populatie waarin deze opnamen zijn ontstaan. Dit is gebeurd door de opnamegegevens uit de PIGG te koppelen aan de corresponderende demografische cijfers van het CBS. De incidentie-rates worden in dit onderzoek in totaliteit en naar geslacht gepresenteerd.

Om de trend in de tijd te beschrijven hebben we ervoor gekozen geen gebruik te maken van de veel gebruikte zogenaamde indexcijfers (Jacobs e.a. 1995), maar van de poisson-regressie³ (Breslow en Day 1987; Frome 1983; Kuhn 1994). Met deze analysetechniek is het mogelijk de relatie tussen de incidentie-rate en enkele demografische variabelen (geslacht, leeftijd) te beschrijven. Tevens is het mogelijk de trend van de incidentie-rate in de tijd, gecorrigeerd voor de invloed van deze demografische gegevens, te beschrijven.

Resultaten

Geobserveerde incidentie – In de onderzoeksperiode, 1980 tot en met 1993, vonden 153.768 eerste APZ-opnamen plaats van personen van 20 jaar en ouder. Dit houdt in dat er gemiddeld per jaar 10.983 eerste APZ-opnamen plaatsvonden. Het totale aantal persoonsjaren observatietijd is bepaald door het bevolkingsaantal van personen van 20 jaar en ouder van de verschillende onderzoeksjaren bij elkaar op te tellen, en bedraagt in de onderzoeksperiode 148.440.286. De gemiddelde incidentie van APZ-opnamen is in de onderzoeksperiode 1,04 per 1000 persoonsjaren; dit dient te worden geïnterpreteerd als 1,04 per 1000 personen per jaar. In het vervolg van dit artikel zal deze laatste terminologie worden gehanteerd. In figuur 1 worden de geobserveerde (ruwe) incidenties voor personen van 20 jaar en ouder weergegeven. In 1980 is de incidentie 1,16 per 1000 personen per jaar. In 1993 is deze gedaald tot 0,95, een daling van 18%.

Het verschil in incidentie tussen mannen en vrouwen dat in 1980 nog vrij duidelijk is (respectievelijk $I = 1,24$ en $I = 1,08$ per 1000 personen per jaar), lijkt gedurende de onderzoeksperiode langzaam te verdwijnen. In 1993 is het verschil nog slechts 0,01. De geobserveerde incidentie is dan voor mannen 0,94 en voor vrouwen 0,95 per 1000 personen per jaar. Als de ruwe incidentie-rates naar leeftijd worden uitgesplitst, dan geldt voor zowel mannen als vrouwen dat de incidenties in de gehele onderzoeksperiode het hoogst zijn in de twee hoogste leeftijdscategorieën, te weten 75-84 en 85+. Er lijkt een relatie te be-



Figuur 1: Geobserveerde incidentie per 1000 personen per jaar voor personen van 20 jaar en ouder, totaal en naar geslacht, in de periode 1980-1993

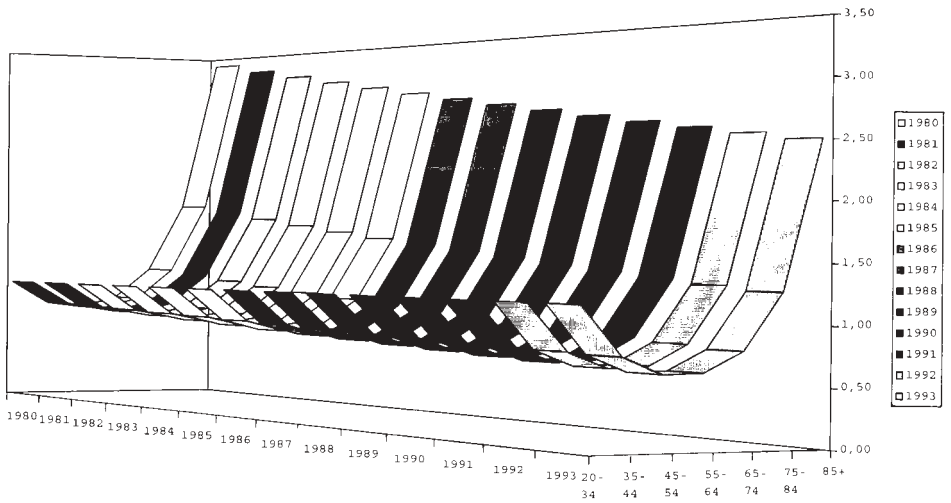
staan tussen de incidentie en leeftijd.

Om de ontwikkeling van de incidentie-rates in de periode 1980-1993 naar geslacht en leeftijd nader te kunnen beschrijven is een poisson-model opgebouwd. De resultaten hiervan worden in de volgende paragraaf besproken.

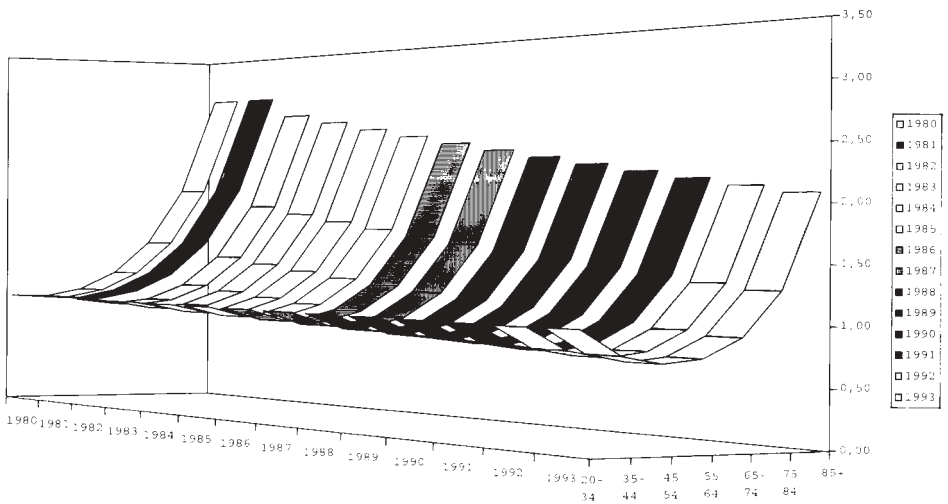
Beschrijving van de incidentie volgens het poisson-model – Uit het regressie-model blijkt dat de relatie tussen leeftijd en de incidentie door de jaren heen niet lineair is, maar het best kan worden beschreven door middel van een parabolische functie ($x + x^2$, waarbij x = leeftijd). Vanaf de leeftijdscategorie 20-34 daalt de incidentie licht en bereikt zijn laagste niveau bij de leeftijdscategorie 45-54 jaar. Vervolgens stijgt de incidentie met het toenemen van de leeftijd.

De hier beschreven relatie tussen leeftijd en incidentie-rate is voor vrouwen minder scherp dan voor mannen. In het model zijn dan ook de interactietermen tussen de beide leeftijdscomponenten en de variabele 'geslacht' opgenomen. Omdat uit het model duidelijk blijkt dat er door de jaren heen een sterke relatie is tussen geslacht, leeftijd en de incidentie-rate zijn de figuren 2 en 3 uitgesplitst naar geslacht en leeftijd. In figuur 2 is te zien dat voor mannen de incidentie-rate in de periode 1980-1993 alleen in de leeftijdscategorie 20-34 jaar een iets stijgende lijn vertoont. In 1980 is de incidentie-rate 1,15 per 1000 personen per jaar en in 1993 1,17, een stijging van 1,7%. In de overige leeftijdsgroepen is in de onderzoeksperiode sprake van een daling. De daling is het grootst in de leeftijdscategorie 65-74 jaar (38%), en het kleinst in de categorie 35-44 jaar (18%). In de overige leeftijdscategorieën ligt de daling tussen 27% en 36%.

In figuur 3 is te zien dat voor vrouwen de incidentie-rate in de periode 1980-1993 in alle leeftijdsgroepen daalt, in de ene groep iets ster-



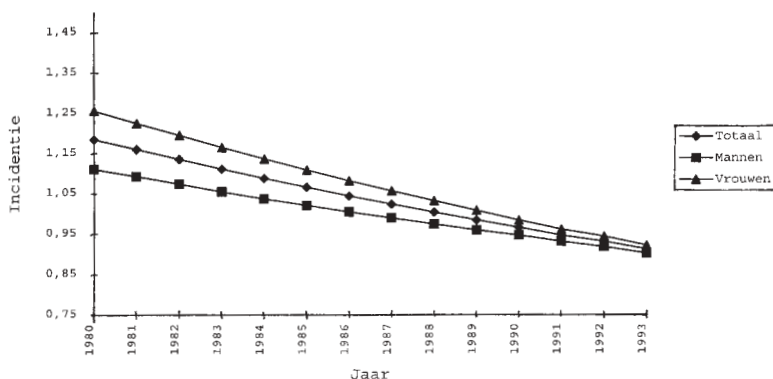
Figuur 2: Beschrijving van de incidentie volgens het poisson-model per 1000 personen per jaar voor mannen van 20 jaar en ouder, naar leeftijd, in de periode 1980-



Figuur 3: Beschrijving van de incidentie volgens het poisson-model per 1000 personen per jaar voor vrouwen van 20 jaar en ouder, naar leeftijd, in de periode 1980-

ker dan in de andere. Ook bij vrouwen is de daling het grootst in de leeftijdscategorie 65-74 jaar (43%). De kleinste daling wordt gevonden bij vrouwen van 20 tot en met 34 jaar (5%). Voor de overige leeftijdscategorieën ligt de daling tussen 25% en 42%.

Aan de hand van het poisson-model worden, rekening houdend met



Figuur 4: Beschrijving van de incidentie volgens het poisson-model per 1000 personen per jaar voor personen van 20 jaar en ouder, totaal en naar geslacht, in de periode 1980-1993

het feit dat er een relatie bestaat tussen leeftijd, geslacht en de geobserveerde incidentie, in figuur 4 de geslachtsspecifieke incidentie-rates en de totale incidentie, beide gecorrigeerd voor leeftijd, voor de Nederlandse populatie van 20 jaar en ouder beschreven.

Nadat is gecorrigeerd voor de leeftijds- en geslachtseffecten, blijkt er in de periode 1980-1993 een daling van 23% op te treden in de incidentie. Voor vrouwen is de daling groter dan voor mannen, namelijk 27% versus 19%. Het relatieve risico voor vrouwen ten opzichte van mannen is in 1980 nog 1,14, maar is in 1993 gedaald tot 1,02. Dit betekent dat in 1980 voor vrouwen de kans op een eerste opname nog 14% groter was dan voor mannen, en in 1993 nog maar 2% groter. Het verschil in incidentie-rate tussen vrouwen en mannen is door de jaren heen steeds kleiner geworden.

Slotbeschouwing

In deze studie staat de evaluatie van het GGz-beleid centraal. Twee parameters hebben wij daartoe gebruikt: de opnamecapaciteit van de APZ'en en het aantal APZ-opnamen. In de inleiding is naar voren gebracht dat de overheid in de onderzoeksperiode heeft getracht de omvang van de APZ'en door middel van substitutiebeleid te verkleinen. Daar is zij slechts gedeeltelijk in geslaagd, want in de laatste jaren van de onderzoeksperiode bleef de capaciteit van de APZ'en vrijwel stabiel.

Daarnaast is in de inleiding naar voren gebracht dat de overheid preventie van APZ-opnamen heeft nagestreefd. Ondanks dit streven vonden er gedurende de onderzoeksperiode steeds meer APZ-opnamen plaats (Jacobs e.a. 1995). De vraag is of de overheid er echt niet in ge-

slaagd is APZ-opnamen te voorkomen. Vanwege de door Jacobs e.a. (1995) gehanteerde definitie van een opname en een heropname was aanvankelijk niet duidelijk of er ook steeds meer nieuwe (eerste) APZ-opnamen hadden plaatsgevonden. Deze vraag hebben wij, uitgaande van een specifieke definitie van een 'nieuwe patiënt' (zie ook onder Methode), getracht te beantwoorden. De resultaten van deze studie vormen dan ook een goede aanvulling op de cijfers uit het *Jaarboek geestelijke gezondheidszorg 1994* (Jacobs e.a. 1995). De kengetallen in dit Jaarboek geven vooral een beeld van de productie van de APZ'en in termen van opnamen. De resultaten van de onderhavige studie hebben betrekking op de ontwikkelingen in de tijd van het aantal nieuwe APZ-patiënten. Als de kengetallen uit het Jaarboek en de resultaten van dit onderzoek naast elkaar worden gelegd, ontstaat de indruk dat het APZ ten aanzien van nieuwe patiënten een selectiever opnamebeleid is gaan voeren, dat wil zeggen dat het moeilijker is geworden om opgenomen te worden. Uit de onderhavige studie blijkt namelijk dat in de periode 1980-1993 sprake is van een daling van de incidentie; op basis van ruwe gegevens 18% en gecorrigeerd 23%. Wordt naar de absolute aantallen gekeken (in 1980 vonden er 11.235 eerste APZ-opnamen plaats en in 1993 11.097), dan moeten we nog wel constateren dat deze ongeveer gelijk zijn gebleven in de onderzoeksperiode. Maar per 1000 personen per jaar worden minder mensen voor de eerste keer opgenomen, omdat de bevolking van 20 jaar en ouder in dezelfde periode gegroeid is (in 1980 was het bevolkingsaantal van 20 jaar en ouder 9.659.229 en in 1993 11.700.451). Als, zoals Jacobs e.a. (1995) in het Jaarboek aangeven, het totaal aantal APZ-opnamen (inclusief heropnamen) per 1000 personen in de onderzoeksperiode is gestegen, dan kan deze stijging dus alleen verklaard worden op grond van een toegenomen aantal heropnamen. Door de door Jacobs e.a. (1995) gehanteerde definitie van een (her)opname was dit aanvankelijk niet duidelijk.

Onder de aanname dat de frequentie waarmee psychische stoornissen onder de bevolking voorkomen niet drastisch is veranderd in de onderzoeksperiode, mag men veronderstellen dat er mogelijkserwijs met de vorming van de Riagg sprake is van een verschuiving van klinische zorg naar ambulante zorg.

De resultaten van de hier gepresenteerde studie roepen een aantal vragen op voor nader onderzoek. Vervolgstudie vindt plaats naar vrijwillige en onvrijwillige APZ-opnamen, de relatie tussen urbanisatiegraad en opnamen in het APZ, en naar de beloopsvormen van psychiatrische ziekten enerzijds en de relatie met APZ-opnamen anderzijds.

Met dank aan O. Brook (IGZ), P. Bosch (SIG), J. Fransman (GG&GD), S. Butter en V. van Alem.

Noten

1. Deze bronnen zijn: 'De intramurale gezondheidszorg in cijfers' van het Nationaal Ziekenhuis Instituut (NZI 1980-1993), de statistische jaarboeken van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS 1980-1993), de jaarboeken van de Patiëntenregistratie Intramurale Geestelijke Gezondheidszorg (PIGG 1980-1993), het sociaal en cultureel rapport van het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP 1994), het toekomst-scenario van de Stuurgroep Toekomstscenario Gezondheidszorg (STG 1990), de rapportages 'GGz in getallen' van het Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid (NcGv 1980-1992), en de jaarboeken GGz (Jacobs e.a. 1993, 1995).

2. In het Jaarboek wordt namelijk de volgende definitie gehanteerd voor een heropname: een opname van dezelfde persoon binnen 180 dagen na ontslag uit dezelfde instelling. Dit houdt in dat een opname in een andere instelling en een opname in dezelfde instelling die later plaatsvindt dan 180 dagen na ontslag, niet als een heropname maar als een opname worden beschouwd.

3. Een toelichting op de poisson-regressie is op aanvraag verkrijgbaar.

Literatuur

- Bijker, H.G. (1994), *Spreiding van klinisch psychiatrische voorzieningen. Doelmatigheid en effectiviteit van spreidingsbeleid middels de Wet Ziekenhuisvoorzieningen*. Van Gorcum, Assen.
- Breslow, N.E., en N.E. Day (1987), Fitting models to grouped data. In: N.E. Breslow en N.E. Day, *Statistical methods in cancer research. Vol II: The design and analysis of cohort studies*. International agency for research on cancer. Oxford University Press, Lyon, p. 120-176.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (1980-1994), *Statistisch Jaarboek*. Jaarboeken verschenen over de periode 1980-1993. CBS-publicatie, SDU/Uitgeverij, 's-Gravenhage.
- Frome, E.L. (1983), The analysis of rates using poisson regression models. *Biometrics*, 39, 665-674.
- Geneeskundige Hoofdingspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid (1982), *Inventarisatie van meer dan één decennium cijfermateriaal. Patiëntenregistratie Alg. Psychiatrische Ziekenhuizen 1967 t/m 1977. Gegevens uit de Patiëntenregistratie Intramurale Geestelijke Gezondheidszorg (PIGG)*. GHIGV, afdeling onderzoek.
- Grinten, T.E.D van der, en P. Vos (1993), Geestelijke gezondheidszorg; structuur en functioneren. In: *Handboek Structuur en Financiering Gezondheidszorg, bijlage 2*. Tijdstroom Uitgeverij, Utrecht.
- Jacobs, C.M.V.W., J.M. Spaan, R.V. Bijl e.a. (1993), *Jaarboek GGz 1993. De Geestelijke Gezondheidszorg in getallen*. NcGv/NZi, publicatienummer 193.901, Utrecht.
- Jacobs, C.M.V.W., J.P.L. Wilken, M.L. ten Have e.a. (1995), *Jaarboek geestelijke gezondheidszorg 1994. De GGz in getallen*. De Tijdstroom i.s.m. NcGv en NZi.
- Kuhn, L., L.L. Davidson en M.S. Durkin (1994), Use of poisson regression and time series analysis for detecting changes over time in rates of child injury following a prevention program. *American Journal of Epidemiology*, 10, 943-955.
- Nationaal Ziekenhuis Instituut (NZi), *De intramurale gezondheidszorg in cijfers*. Rapportages verschenen over de periode 1980-1993. NZi, Utrecht.

- Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid (NcGv), *GGz in getallen*. Rapportages verschenen over de periode 1980 tot en met 1992. NcGv-reeks, Utrecht.
- Patiëntenregister intramurale GGz (PIGG), *Landelijke tabellen psychiatrie. Algemene psychiatrische ziekenhuizen*. Rapportages verschenen over de periode 1980-1993. In de periode 1980-1984: Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid in samenwerking met de Nationale Ziekenhuisraad. In de periode 1985-1993: Stichting Informatievoorziening Gezondheidszorg (SIG) en de Nationale Ziekenhuisraad.
- Rose, S., en N. Steffens (1987), *De geestelijke gezondheidszorg in Nederland. De reorganisatie onderzocht*. Academische Uitgeverij, Amersfoort.
- Sociaal en Cultureel Planbureau (1994), *Sociaal en cultureel rapport 1994*. Sociaal en Cultureel Planbureau, Rijswijk.
- Stuurgroep Toekomstscenario Gezondheidszorg (1990), *Zorgen voor geestelijke gezondheid in de toekomst. Toekomstscenario's geestelijke volksgezondheid 1990-2010*. Bohn, Scheltema & Holkema, Utrecht/Antwerpen.
- Weerden-Dijkstra, J.R. van, en R. Giel (1975), Mededelingen uit het centrale patiëntenregister voor psychiatrische ziekenhuizen en universiteitsklinieken (4). *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 17, 41-47.

Summary: Trends in first admissions to a general psychiatric hospital from 1980 to 1993

In this study an analysis was made of possible trends in first admissions to a general psychiatric hospital (GPH) in the Netherlands in the period 1980-1993. Data were obtained from the Stichting Informatievoorziening Gezondheidszorg (SIG) in the Netherlands (SIG: Foundation for Information on Health Care). In the so-called PIGG-registration the SIG keeps, among other things, records on admissions to GPHs. To describe the pattern seen in the observed data a poisson regression was used. The incidence of admissions to a GPH showed a decline. Based on the observed incidence rates this decline is about 18%. Corrected for age and gender influences the decline is 23%.

De eerste drie auteurs waren allen verbonden aan de afdeling Sociale en Psychiatrische Epidemiologie van de sector GGz van de GG&GD van Amsterdam, thans afdeling Epidemiologie, Documentatie en Gezondheidsbevordering. J. Spijker als epidemioloog, J. van Limbeek als arts-epidemioloog en J.F.J. Jonkers als psychiater. W. van Tilburg is als hoogleraar verbonden aan de vakgroep Psychiatrie van de Vrije Universiteit Amsterdam. Correspondentieadres: mevrouw J. Spijker, GG&GD Amsterdam, afdeling EDG, Postbus 20244, 1000 HE Amsterdam.