

OVER DE OPNAME VAN PSYCHIATRISCHE PATIËNTEN

*door prof. dr. R. GIEL * te Groningen*

In de maatschappij is een psychiatrische opname veelal gekoppeld aan een noodsituatie. Alle andere pogingen om een uitweg te vinden hebben gefaald en men aanvaardt deze laatste oplossing met gevoelens van teleurstelling, wanhoop, schuld, tegenzin en opluchting. Daarbij voegen zich spoedig gevoelens van wrevel, wanneer deze weg niet vlot genoeg kan worden ingeslagen.

Hoewel de psychiatrie de opname zal zien als het mogelijke begin van een nieuwe weg, betekent hij voor de maatschappij meestal het einde van een pad dat totaal onbegaanbaar is geworden. Op deze bodem van in hoofdzaak negatieve gevoelens kan onkruid welig tieren. Tussen dat onkruid vinden we, naast nu en dan persberichten over datgene wat misgaat, ook tegenstrijdigheden binnen de psychiatrie over het zogenaamde opnamebeleid.

Een van de lichtpunten in dit tamelijk sombere beeld is de discussie over de regionale verantwoordelijkheid van de psychiatrische ziekenhuizen, die intussen op gang is gekomen. Een ander lichtpunt was de gezamenlijke poging van 25 psychiatrische ziekenhuizen en 12 sociaal-psychiatrische diensten om het veld van de acute opnamen eens in kaart te brengen. Het ging daarbij om een registratie van alle aanvragen tot opname in een psychiatrisch ziekenhuis gedurende een periode van een maand (oktober 1970). De belangrijkste vragen luiden als volgt:

- 1 — hoe groot is het aantal aanvragen tot opname?
- 2 — wat is de aard van die aanvragen?
- 3 — hoeveel worden er verwezenlijkt?
- 4 — welke rol spelen de aanvragers en de gevraagden?

Een betrekkelijk eenvoudige registratie van aanvragen tot opname kan natuurlijk nooit een afdoende antwoord geven op de bovengestelde vragen. In de eerste plaats kunnen slechts enkele van de vele factoren die bij een aanvraag en een opname een rol spelen, worden genoteerd. In de tweede plaats wordt de uniformiteit en de volledigheid van een dergelijk onderzoek ongunstig beïnvloed door het grote aantal en de diversiteit van de deelnemers. In de derde plaats geeft de korte periode waarover een registratie nog uitvoerbaar is slechts een momentopname uit een van maand tot maand wisselend gebeuren. En tenslotte pleegt een onderzoek ervan iets te veranderen aan het gebruikelijke gedragspatroon van de betrokkenen.

De resultaten van dit onderzoek moeten dan ook tegen de achtergrond van deze beperkingen worden bekeken.

* Afdeling Sociale Psychiatrie, Psychiatrische Universiteitskliniek, Groningen.

WERKWIJZE

Dit onderzoek vond zijn oorsprong in de activiteiten van de 'Werkgroep opnamebeleid psychiatrische ziekenhuizen' van de Provinciale Raad voor de Volksgezondheid in Zuid-Holland. Dit initiatief werd overgenomen door de 'Combinatie Sociaal Psychiatrische Diensten en Psychiatrische Instituten (SOPI)' in het noorden van het land. De inspecteur voor de geestelijke volksgezondheid in de provincie Utrecht stimuleerde de psychiatrische instellingen in deze provincie tot deelname.

Daarmee bestreek de registratie alle aanvragen tot opname in een psychiatrisch ziekenhuis in de provincies Zuid-Holland, Utrecht, Overijssel, Drenthe, Groningen en Friesland.

Een in Zuid-Holland reeds gebruikt formulier werd herzien in overleg met een aantal instellingen en van verdere toelichting voorzien. De SPD's moesten voor elke aanvraag een afzonderlijk formulier invullen, terwijl de betrokkenen in de ziekenhuizen op een van te voren vastgestelde wijze een dagstaat bijhielden van de binnenkomende verzoeken. Na afloop van de registratie hielden de deelnemers de formulieren gedurende ongeveer een maand vast teneinde het resultaat van de aanvragen na te gaan. Tenslotte werden de formulieren op de sociaal-psychiatrische afdeling van de Groningse Universiteitskliniek verwerkt.

DE BETROUWBAARHEID VAN HET ONDERZOEK

Het zal de lezer straks opvallen dat de tabellen steeds op een ander totaal (N) betrekking hebben. Dit is het gevolg van het feit dat er een telkens wisselend aantal patiënten was waarvoor het te bestuderen kenmerk niet van toepassing was of onbekend bleef. De ene keer was de registratie onvolledig, de andere keer ging het om aanvragen van mensen die niet aan het onderzoek deelnamen (huisartsen en vrijgevestigde zenuwartsen).

Van 484 door de SPD geregistreerde ziektegevallen was 37% niet of onvolledig in de ziekenhuisformulieren terug te vinden.

Omgekeerd hadden de ziekenhuizen 489 ziektegevallen als afkomstig van een SPD geregistreerd, waarvan 26% niet of onvolledig in de SPD formulieren was terug te vinden.

Het is duidelijk dat de resultaten van de registratie slechts, mede door de beperkte duur ervan, een globale indruk kunnen geven van hetgeen er omging en dat een uitvoerige statistische analyse niet op zijn plaats is.

HET AANTAL AANVRAGEN

In de maand oktober werd voor 987 personen van 15 jaar of ouder een

opname aangevraagd in een van de betrokken instellingen (psychiatrische ziekenhuizen en Universiteitsklinieken).

Tabel 1

Verdeling naar leeftijd en geslacht (in procenten)

bevolking van de zes provincies op	31 dec. '69		aanvragen oktober '70		opnamen oktober '70	opnamen binnen 24 uur
	M	V	M (428)	V (508)	M + V (660)	M + V (423)
15-19 jr.	12	11	6	7	7	7
20-39 jr.	39	36	35	28	30	35
40-59 jr.	29	30	32	31	37	38
60-69 jr.	11	12	9	13	12	12
70 jr. en ouder	9	11	18	21	14	8
	100%	100%	100%	100%	100%	100%

De leeftijdsverdeling is weergegeven in de tweede en de derde kolom van tabel 1. Vergelijking met de eerste twee kolommen waarin de samenstelling van de bevolking in de zes provincies is weergegeven, laat zien dat de jongste leeftijdsklassen onder- en de oudste oververtegenwoordigd waren bij de aanvragen. Dit gold vooral vrouwen van 20-39 jaar en van 70 jaar en ouder.

Tabel 2

Aantal aanvragen tot opname per 1000 van de bevolking van 15 jaar en ouder, vergeleken met enkele buitenlandse opname-cijfers

regio	aanvragen		totaal aanvragen	totaal opnamen
	m	v		
Friesland	2,1	2,0	2,1	1,3
Groningen	4,3	5,7	4,6	2,8
Drenthe	1,9	2,5	2,1	1,7
Overijssel	1,8	1,8	1,7	1,2
Utrecht	1,8	2,7	2,2	1,7
Zuid-Holland	2,1	2,5	2,2	1,8
Samsø, Denemarken			1,7	
Monroe County, USA			1,9	
Maryland, USA			2,6	
Baltimore City, USA			5,2	
Aberdeen City, Schotland			3,8	
Camberwell, Londen			3,6	

zie literatuuropgave

In tabel 2 is de verdeling van de aanvragen over de provincies weergegeven. Men moet bedenken dat indien de maand oktober een bij-

zondere was, deze bijzonderheid twaalf maal werd vergroot bij het berekenen van de jaarcijfers. Desondanks is het zeer hoge aantal aanvragen in de provincie Groningen opmerkelijk, evenals het feit dat het gewoonlijk hogere cijfer voor vrouwen niet alle provincies betreft.

Voor een deel zullen deze verschillen wel samenhangen met de verdeling van de aanvragen over de leeftijdsklassen die niet in alle provincies identiek was. Zo was slechts 27% van de Zuidhollandse patiënten 60 jaar of ouder vergeleken met 47% van de Friese. Deze merkwaardige getallen vloeien niet voort uit een verschil in de leeftijdsopbouw van de bevolking in deze twee provincies maar uit een grotere frequentie van de aanvragen tot opname vanuit deze leeftijdsklasse. In Friesland zou deze jaarlijkse 4,2 per 1000 van de bevolking van 60 jaar en ouder bedragen en in Zuid-Holland slechts 2,8 per 1000.

De hieronder volgende getallen geven niet meer de jaarcijfers weer per 1000 van de bevolking van 15 jaar en ouder, omdat daartoe de nodige gegevens ontbraken. Zij betreffen alle leeftijdsklassen en uitsluitend de maand oktober.

De grote steden vertoonden verschillen in het aantal aanvragen per 1000 van de bevolking over de maand oktober: Leiden en Utrecht elk 0,16; Rotterdam 0,17; Den Haag 0,25; Groningen 0,35.

Ook de grootte van de woonplaats en de urbanisatiegraad bleken enig verschil te maken. Plaatsen met niet meer dan 10.000 inwoners: 0,15; tot 50.000 inwoners: 0,13; tot 100.000 inwoners: 0,10; meer dan 100.000 inwoners: 0,20 aanvragen per 1000 van de bevolking. Op het platteland bedroeg het aantal aanvragen 0,12 per 1000; verstedelijk platteland 0,15; stad 0,17.

Samenvattend lijkt het erop neer te komen dat het aantal aanvragen groter is in het stedelijk milieu en vooral in dat van de allergrootste steden.

DE AARD VAN DE AANVRAGEN

Tabel 3 laat zien om welke diagnostische categorieën het ging. De dementieën en de neurotische aandoeningen vormden de hoofdschotel, terwijl de psychopathieën en oligofrenie het minst belangrijk waren.

In tabel 4 wordt getracht het gedragspatroon samen te vatten, dat de meest onmiddellijke aanleiding tot opname was. Boven aan de lijst staan de overwegend intra-psychische problemen, daarna volgen degene die op indirecte wijze een nadelige invloed op het milieu uitoefenden en onderaan staan de gedragspatronen die min of meer direct tegen de omgeving waren gericht. Opvallend is het grote aandeel van suïcidale gedragspatronen.

Bij de dementieën maakten de gedragspatronen nr. 5 en 6 (zie tabel 4) 66% van het totaal uit. Bij de organische toestandsbeelden waren dit

Tabel 3

Verschillende aspecten van het aanvraag- en opnamebeleid naar diagnose (in percenten)

	aanvragen (911)	opnamen (627)	aanvragen binnen 24 uur (187)	opnamen binnen 24 uur (403)	na aanvraag niet opgenomen (197)
dementieën	17	10	11	5	32
org. psychosen	6	6	6	4	6
schizofrenie	12	15	19	17	5
affectieve psychosen	16	19	20	20	10
andere psychosen	15	17	20	19	14
neurosen	18	20	10	20	12
persoonl. stoorn.	2	1	2	2	3
verslavingsziekten	9	7	9	10	11
oligofrenie	4	4	3	2	6
observatie	1	1	—	1	1
	100%	100%	100%	100%	100%

nr. 6 (22%) en 9 (22%). Bij de schizofrenieën nr. 7 (13%), 8 (28%) en 9 (17%). De affectieve psychosen gingen gepaard met velerlei soorten gedragspatronen, evenals de 'andere psychosen'. Bij de neurotische toestanden speelde suïcidaal gedrag (33%) een grote rol, evenals bij de psychopathieën (29%).

Deze laatste categorie vertoonde ook het hoogste percentage agressief gedrag (29%).

Agressie was tevens de voornaamste aanleiding (26%) tot opname bij oligofrene patiënten.

De verschillende ziektebeelden waren niet gelijkelijk verdeeld over de zes provincies. In Zuid-Holland waren er verhoudingsgewijs weinig aanvragen wegens schizofrenie, namelijk slechts 7% van alle aanvragen vergeleken met 33% in Overijssel. Zuid-Holland had veel affectieve psychosen (26%) vergeleken met andere provincies (omstreeks 10%). Drenthe dat eigenlijk bekend is om zijn depressies, had verreweg het grootste aantal aanvragen wegens een neurotische aandoening (39%). Deze ziektebeelden vormden in de andere provincies rond 20% van het totale aantal aanvragen.

Tussen de grote steden bestonden eveneens opvallende verschillen. Rotterdam had veruit de meeste affectieve psychosen (47%); Den Haag de meeste schizofrenieën (20%) tegen Groningen slechts 2%; Utrecht had vooral neurotische ziektebeelden (36%); de stad Groningen had de meeste aanvragen wegens demantie (29%).

Een ander belangrijk aspect van de aanvraag was de mate van urgentie. Deze was bij 522 ziektegevallen bekend: 37% binnen 24 uur, 50%

Tabel 4

Verschillende aspecten van het aanvraag- en opnamebeleid naar gedragspatroon (in procenten)

	aanvragen (937)	opnamen (663)	aanvragen binnen 24 uur (424)	opnamen binnen 24 uur (428)	niet opgenomen (194)
1 onduidelijk	10	8	12	6	14
2 lich. klachten/verschijnselen hypochondrie	2	2	1	1	2
3 in de put, angstig, werkproblemen, enige verwaarlozing, kan het niet meer aan	12	13	12	12	7
4 suicide neiging/poging	16	19	19	24	9
5 verward, vergeetachtig, vervuiling, verwaarlozing, sterk hulpbehoevend	9	7	7	6	12
6 agitatie, onrust, zwerfneiging, inbreuk op alg. fatsoen, voedselweigering	17	14	19	13	25
7 achterdocht, wantrouwen, isoleert zich sterk, paranoïde wanen	5	6	3	5	5
8 bizarre gedragingen en gedachten, wanen en hallucinaties	14	15	10	16	8
9 bedreiging van anderen, agressief gedrag	12	12	10	11	13
10 anderszins	3	4	7	5	3
	100%	100%	100%	100%	100%

binnen een week en 13% langer dan een week.

De jongste patiënten hadden het vaakst een hoge graad van urgentie, evenals degenen met: schizofrenie, 'een andere psychose' of een ver-slavingsziekte met suïcidaal, agressief of bizar gedrag.

DE VERWEZENLIJING VAN DE OPNAME

Van 72,3% van de aanvragen was bekend dat zij in een opname resul-teerden. Van 2,5% was het verdere verloop onbekend, bij 3,5% van de ziektegevallen verviel de aanvraag, 0,5% van de patiënten overleed voor de opname en van 21,2% was de aanvraag aan het einde van het onderzoek nog in behandeling.

Tabel 5

Verwezenlijking van de aanvraag (in percenten)

urgentie van de de aanvraag	N	opname: binnen			aanvraag: is	
		24 uur	1 week	langer	loopt nog	vervallen
binnen 24 uur	190 (100%)	75	9	4	11	1
binnen 1 week	263 (100%)	34	25	19	19	3
langer	66 (100%)	9	20	29	38	5

In tabel 5 is van 519 gevallen weergegeven in hoeverre de termijn waarbinnen de opname plaatsvond, overeenstemde met de door de aan-vrager gestelde urgentie. Deze mate van urgentie en de snelle verwezen-lijking van de opname stemmen in grote lijnen overeen. Toch is het opmerkelijk dat tegen de achtergrond van de dikwijls aangevoerde schaarste aan bedden of personeel voor die bedden, van de minder urgente aanvragen ruim eenderde binnen 24 uur werd opgenomen, terwijl aan een kwart van de urgente aanvragen niet onmiddellijk kan worden voldaan. Het feit dat 11% zelfs na een maand nog niet is op-genomen kan ten dele samenhangen met een verminderde urgentie.

In de vijfde en zesde kolom van tabel 1 is te zien dat een jeugdige leeftijd van voordeel is voor een opname en vooral ook voor een snelle opname. De oudste leeftijdsgroep was duidelijk in het nadeel.

Uit tabel 3 blijkt dat ook de diagnose van belang is voor de verwezen-lijking van de opname. Patiënten met schizofrenie, een affectieve psy-chose of een neurose worden met enige voorkeur opgenomen, terwijl patiënten met een dementie bij voorkeur niet worden opgenomen.

Wanneer het gaat om een snelle opname genieten de neurosen de grootste voorkeur.

Het gedragspatroon ten tijde van de aanvraag is waarschijnlijk veel belangrijker (zie tabel 4). Zo resulteerde suïcidaal gedrag in het alge-

meen snel in een opname. Dit gold ook voor bizar gedrag met wanen en hallucinaties. De categorie die wordt gekenmerkt door onrust en verwaarlozing kwam er slecht af. Opvallend is verder dat agressieve gedragspatronen overeenkomstig de aanvraag in een opname leken te resulteren.

DE ROL VAN DE AANVRAGER

Tabel 6

Aanvragen en opnamen al naar gelang de aanvragende instantie (in percenten)

aanvrager	aanvragen (941)	opnamen (683)	opname binnen 24 uur (443)	aanvraag loopt nog (209)	aanvraag vervallen (32)
S.P.D.	67	62	58	66	66
huisarts	11	12	14	10	16
vrij gevestigde zenuwarts	7	9	7	6	6
eigen polikliniek	5	8	11	1	3 (1)
overigen	10	9	10	17	9
	100%	100%	100%	100%	100%

Blijkens tabel 6 geschiedt het merendeel van de aanvragen (67%) door de sociaal-psychiatrische diensten. De tabel laat echter eveneens zien dat de SPD-aanvragen minder vaak en minder snel in een opname resulteren dan de aanvragen van de huisarts en die van de eigen polikliniek van het ziekenhuis.

Van 612 SPD-aanvragen was 42% binnen 24 uur opgenomen, van 73 aanvragen door een vrijgevestigd zenuwarts eveneens 42%, van 108 aanvragen van de huisarts 58% en van 61 van de eigen poliklinieken 77%.

Deze verschillen moeten natuurlijk niet worden gezien los van de aard van de ziektegevallen waarmee de aanvrager heeft te maken. Zo ging het bij de SPD's vooral om de oudste leeftijdsklasse: 26% was 70 jaar of ouder, bij de huisarts 16%, bij de vrijgevestigde zenuwarts 4% en bij de eigen polikliniek geen enkele in die leeftijdsklasse.

De SPD's hadden het grootste percentage patiënten met een dementie, d.w.z. 21%, vergeleken met 16% van de gevallen van de huisarts en 4% van die van de vrijgevestigde zenuwarts en de eigen polikliniek. De neurosen waren het meest frequent bij de polikliniek-aanvragen (45%) en bij die van de vrijgevestigde zenuwartsen (28%).

Er bestonden ook verschillen in het gedragspatroon dat door de aanvragers werd vermeld. De eigen polikliniek meldde vooral suïcidaal gedrag (28%), de huisarts bij 23%, de SPD en de vrijgevestigde

zenuwarts elk bij 13%.

Ernstige onrust, zwervneiging en verwaarlozing werden vooral opgemerkt door de huisarts (22%) en de SPD (18%) en het minst vaak door de eigen polikliniek (0%).

Samenvattend kunnen we wel stellen dat de SPD-aanvragen minder vaak in een opname resulteerden omdat zij betrekking hadden op de voor ziekenhuizen het minst aantrekkelijke categorie patiënten, namelijk de demente bejaarden. De eigen poliklinieken zijn het meest succesvol bij hun aanvragen en hebben ook de meest plaatsbare categorie patiënten, namelijk de neurotische depressies met suïcidaal gedrag. Dit algemene beeld wordt doorkruist door de tamelijk succesvolle aanvragen van de huisarts die bepaald niet de gemakkelijkste groep patiënten betreffen.

Tabel 7

Verdeling van de aanvragen en opnamen over de werkdagen

dag	aantal aanvragen	% aan- vragen binnen 24 uur	aantal opnamen	% opnamen binnen 24 uur
maandag	82	24	153	50
dinsdag	86	30	155	42
woensdag	69	45	128	48
donderdag	132	37	227	47
vrijdag	118	37	218	39
zaterdag	19	57	35	66
zondag	13	76	39	69

Slechts 8% van de aanvragen viel tijdens het weekeinde; tussen de werkdagen onderling bestonden geen erg grote verschillen (17-23% van de aanvragen, zie ook tabel 7). De SPD, de huisarts en de vrijgevestigde zenuwarts ontlepen elkaar nauwelijks wat betreft de dagelijkse drukte aan aanvragen.

Tabel 8

Verdeling van de aanvragen en de opnamen over de dag (in procenten)

tijdstip	aantal aanvragen	% aan- vragen binnen 24 uur	aantal opnamen	% opnamen binnen 24 uur
0- 8 uur	13	84	24	92
-12 uur	171	32	241	57
-17 uur	149	41	214	68
-22 uur	22	63	40	80
-24 uur	4	75	12	83

Ook bleek er geen bepaalde dag te zijn waarop een aanvraag vaker in een opname resulteerde.

Van de aanvragen vond 12% buiten de diensturen plaats (17-8 uur). Ook in dit opzicht bestonden er geen grote verschillen tussen de diverse categorieën aanvragers. Evenmin was er een bepaald tijdstip waarop een aanvraag meer succesvol was.

Het merendeel van de aanvragen geschiedde mondeling (90%). De schriftelijke aanvragen waren minder succesvol, 41% resulteerde niet in een opname. Deze wijze van aanvragen werd dan ook voornamelijk toegepast bij demente bejaarden (50%).

Tenslotte volgen hier nog enige gegevens over het regionaal functioneren van de aanvragers. In Zuid-Holland was 7% van de aanvragen niet aan een van de in Zuid-Holland deelnemende instituten gericht, in Utrecht 14%, in Overijssel 21%, in Drenthe 17%, in Groningen 70% en in Friesland 47%. In de meeste gevallen betekende dit een aanvraag bij een andere instelling dan een psychiatrisch ziekenhuis in dezelfde provincie. Alleen bij de Groningse (69%) en de Friese (26%) patiënten ging de aanvraag naar een andere provincie, namelijk naar Drenthe met zijn twee grote ziekenhuizen waarop men traditioneel is aangekomen.

DE ROL VAN DE GEVRAAGDE

In het voorafgaande is de rol van de psychiatrische ziekenhuizen in feite reeds aan de orde geweest. Er blijkt een voorkeur te bestaan voor het opnemen van bepaalde ziektebeelden en gedragspatronen. Het komt erop neer dat oude mensen met onrust, zwervneiging en sterke verwaarlozing bij voorkeur niet worden opgenomen en jongere mensen met bij voorbeeld een suïcidepoging of met een schizofrenie wel. Dit geldt overigens lang niet voor alle ziekenhuizen. Sommigen volgen in het opnamebeleid tamelijk nauwkeurig het patroon van de aanvragen, terwijl andere doen wat ze kunnen bij een overmaat aan aanvragen betreffende een bepaalde categorie patiënten, bij voorbeeld de demente bejaarden.

Daarnaast blijkt er enige voorkeur te bestaan voor opname na een aanvraag die van een huisarts komt, naast natuurlijk een grote voorkeur voor het aanbod van de eigen polikliniek.

Er was tijdens dit onderzoek geen dag of tijdstip waarop de ziekenhuizen minder toegankelijk waren voor opname. Wanneer men de tweede en de vierde kolom van de tabellen 7 en 8 met elkaar vergelijkt kan men zien dat er geen reden is om aan te nemen dat de ziekenhuizen buiten de diensturen minder direct reageerden. De totalen in de derde kolom van deze tabellen zijn steeds groter dan die in de eerste, omdat niet alle aanvragers (huisartsen en vrijgevestigde zenuwartsen) aan het

onderzoek deelnamen door zelf hun aanvragen te registreren. Tot slot volgen nog enige gegevens betreffende de regionale functie van de ziekenhuizen. Deze bleken voor het merendeel sterk op hun eigen provincie gericht te zijn. Bij de Zuidhollandse ziekenhuizen bleek 89% van de aanvragen en 92% van de opnamen uit de eigen provincie te komen. In Utrecht resp. 87% en 83%, in Overijssel 86% en 90%, in Drenthe 22% en 32%, in Groningen 88% en 88% en in Friesland 89% en 93%. Opnieuw blijkt de belangrijke rol die de Drentse ziekenhuizen voor Groningen en Friesland spelen. Dit gaat overigens bepaald niet ten koste van de Drentse patiënten van wie 10% over de grens werd opgenomen vergeleken met bij voorbeeld 9% van de Overijsselse patiënten.

BESCHOUWINGEN

We kunnen het functioneren van de voorzieningen in de gezondheidszorg niet beoordelen zonder de werkelijke morbiditeit van de bevolking en de daaruit voortvloeiende behoeften te kennen. Meestal moeten we daarvoor terugvallen op buitenlandse onderzoekingen aangezien vrijwel niets bekend is over het optreden van de geestesziekten in Nederland. De Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid registreert de opnamen in de 39 psychiatrische ziekenhuizen en zeven universiteitsklinieken. Deze gegevens brengen ons slechts weinig verder omdat zij niet betrekking hebben op de behoeften van de bevolking maar op het antwoord daarop van de opnemende instanties. Bovendien gaat het bij die registratie niet om het totale antwoord. Naast de ongeveer 12.500 opnamen in de grote psychiatrische ziekenhuizen vinden er jaarlijks nog minstens 21.000 plaats op de omstreeks 2.000 psychiatrische bedden in de algemene ziekenhuizen. Van al deze opnamen is het volslagen onduidelijk of het gaat om eerste opnamen, heropnamen of overnamen en om hoeveel personen.

Onze registratie gedurende de maand oktober leek ons een stapje dichterbij de werkelijke morbiditeit van de bevolking te zullen brengen. De registratie betrof immers personen en van hen niet alleen de opname maar ook de aanvraag tot opname.

Het onderzoek confronteert ons echter met verwarrend grote regionale verschillen, variërend van 1,7 per 1000 inwoners van 15 jaar en ouder in Overijssel tot 4,6 per 1000 in Groningen. Voor een belangrijk deel betreffen deze verschillen de oudste leeftijdsgroepen. Nu eens zijn er meer vrouwelijke dan mannelijke patiënten (Groningen, Drenthe en Utrecht), dan weer bestaat er geen verschil tussen de geslachten (Friesland en Overijssel).

In tabel 2 worden de Nederlandse cijfers vergeleken met enkele uit het buitenland. De laatsten hebben overigens uitsluitend betrekking op

opnamen en niet op aanvragen tot opname.

Bij een beschouwing van deze cijfers valt het volgende op:

- 1 — de Nederlandse cijfers behoren zeker niet tot de hoogste, ook als men in aanmerking neemt dat bij voorbeeld in Baltimore City en in Camberwell naast die in de 'mental hospitals' nog andere psychiatrische bedden meetellen;
- 2 — er bestaan in het buitenland eveneens grote onderlinge verschillen;
- 3 — de verschillen tussen de geslachten zijn ook elders gevonden, maar niet altijd in dezelfde richting;
- 4 — blijkens de tabel wijzen de cijfers op een hogere opname-frequentie in de stedelijke centra.

We kunnen slechts speculeren over de oorzaken van deze verschillen. WING e.a. (1967) wijzen erop dat zij grotendeels wegvallen als men bij de opnamen in inrichtingen ook de psychiatrische contacten met andere instellingen zoals poliklinieken optelt. Aldus berekend, bleek in Baltimore City, Aberdeen City en Camberwell jaarlijks ongeveer 1% van de bevolking van 15 jaar en ouder in contact te komen met een psychiatrische instelling. Volgens hen hangt de frequentie van opnamen in een inrichting samen met de aanwezigheid van alternatieve voorzieningen. Hiermee zijn echter de verschillen tussen de geslachten en de leeftijdsgroepen nog niet verklaard. Mogelijk gaat het om een verschil in de tolerantie van het milieu of in de gewoonten van de verwijzende instanties. Misschien telt de nabijheid van een ziekenhuis (BILLE, 1963) of de aanwezigheid van een gedurende 24 uur bereikbare SPD. Het is minder waarschijnlijk dat er dergelijke grote verschillen bestaan in de werkelijke morbiditeit van de diverse bevolkingsgroepen.

Het beeld wordt er niet duidelijker op wanneer we het diagnostische patroon mede in beschouwing nemen. Dit vertoont namelijk een tweetal eigenaardigheden.

- 1 — Wanneer we eerst eens uitsluitend naar het diagnostisch patroon van de aanvragen kijken blijken er ook grote regionale verschillen te bestaan. Bij voorbeeld, tegenover de 12% schizofrenie op het totale aantal aanvragen stonden er 2% in de stad Groningen, 20% in Den Haag, 7% in Zuid-Holland en 33% in Overijssel. Terwijl 15% van het totale aantal aanvragen onder de diagnose affectieve psychose viel, behoorde in Rotterdam 47% tot deze categorie, in Zuid-Holland 26% en in de meeste andere provincies omstreeks 10%.

Hieronder volgen enkele buitenlandse percentages. Voor schizofrenie: Samsø (Denemarken) 1%, Monroe County 30% en Baltimore 34% (USA), Aberdeen 13% en Camberwell 18% (UK). Voor de affectieve psychosen: Samsø 13%, Monroe County 8%, Baltimore 6%, Aberdeen 12% en Camberwell 18%. Klaarblijkelijk bestaan er aanzienlijker verschillen tussen dan binnen de landen. Dit zou kunnen wijzen

op een verschil in terminologie. Dat er dergelijke uiteenlopende diagnostische scholen in Nederland zouden bestaan is niet erg waarschijnlijk. Bovendien deden er zoveel psychiaters mee aan het onderzoek dat we kunnen verwachten dat individuele verschillen elkaar neutraliseerden.

2 — Bij de bestudering van de verdeling van de ziektebeelden over de aanvragen en de opnamen komt echter nog een tweede en belangrijker aspect naar voren. De diagnostische verdeling van de aanvragen verschilt aanzienlijk van die van de opnamen, dit geldt zowel het totaal van de aanvragen en opnamen als uitsluitend de urgente.

Terwijl bij de aanvragen het percentage dementieën en neurosen ongeveer gelijk is, zien we dat de dementieën bij de opnamen aanzienlijk minder frequent voorkomen en dat de neurosen gaan overwegen. Dergelijke verschillen bestaan ook bij ziekten als schizofrenie en de affectieve psychosen. Aangezien het hierbij niet gaat om een verschillende diagnostiek door andere artsen, is er eigenlijk maar één conclusie mogelijk. Namelijk dat de ziekenhuizen selectief opnemen en afwijzen. Waarschijnlijk is het zo dat suïcidale patiënten en anderen met een schizofreen of endogeen depressief ziektebeeld gemakkelijker worden opgenomen dan demente bejaarden. De tabellen 3 en 4 doen ook een verschil veronderstellen tussen de opvattingen van de aanvragende en van de opnemende instantie over de mate van urgentie van een ziektegeval. De verdeling van de diagnostische en de gedrags-categorieën over het totaal van de urgente aanvragen is een andere dan die van de urgente opnamen. Dit soort verschillen raken waarschijnlijk de kern van het zogenaamde opnamebeleid, waarbij we ons echter moeten hoeden voor al te simplistische verklaringen in termen van pure voorkeur of afkeer aan de kant van de opnemende instanties. Zo laat tabel 4 zien dat er geen directe aanleiding is om te veronderstellen dat bij voorbeeld moeilijk hanteerbare agressieve patiënten minder gemakkelijk zouden worden opgenomen.

Vrees voor verstopping van de opnamecapaciteit door langdurig zieken kan al evenmin een eenvoudige verklaring opleveren voor een bepaald opnamebeleid. Zo werden schizofrene patiënten wel betrekkelijk gemakkelijk opgenomen, terwijl deze categorie toch al de helft inneemt van het zeer chronische bestand van de ziekenhuizen. Demente bejaarden met een veel kortere te verwachten verblijfsduur werden echter minder gemakkelijk opgenomen. Het is duidelijk dat het opnamebeleid verder onderzoek behoeft: naar hetgeen er gebeurt met mensen die niet worden opgenomen, naar de lotgevallen van degenen die wel worden opgenomen, naar het ontslagbeleid, naar de chroniciteit van de verschillende ziektebeelden en naar de nazorg, alvorens er meer klaarheid kan ontstaan.

Gezien de oorspronkelijke aanleiding tot dit onderzoek lijkt het ons van

belang te constateren dat er gedurende de registratie weinig bleek van een verminderde toegankelijkheid van de opnemende instanties buiten de werktijden en in het weekeinde.

Bij het bespreken van de rol van de opnemende instanties moeten we die van de aanvragers niet uit het oog verliezen. De grote regionale verschillen in de frequentie en in de aard van de aanvragen, zowel tussen de provincies onderling als tussen de grote steden met een gedurende 24 uur actieve SPD en de andere gebieden zonder zo'n dienst doen evenzeer selectief optreden aan de kant van de aanvragers veronderstellen. Een actieve SPD verlaagt mogelijkerwijze de drempel tussen de maatschappij en het ziekenhuis. Selectieve aandacht voor bepaalde soorten patiënten verlaagt die drempel voor sommige ziektebeelden misschien nog verder. Bij dit laatste aspect van het opnamebeleid speelt de aanwezigheid van andere voorzieningen zoals verpleegthuizen, psychiatrische afdelingen in algemene ziekenhuizen en dergelijke natuurlijk ook een rol.

Het beeld wordt nog verder gecompliceerd door het patroon van de relaties tussen de verschillende aanvragers en de opnemende instanties. Zo waren er aanwijzingen dat de huisartsen iets gemakkelijker gehoor vonden bij de ziekenhuizen dan de SPD's, terwijl er toch geen al te grote verschillen bestonden tussen de soorten ziektebeelden waarmee beiden te maken hadden.

Dan is er nog het punt van de wijze van aanvragen (mondeling of schriftelijk). Mogelijk is er hierbij enigszins sprake van een 'self-fulfilling prophecy'.

Demente bejaarden krijgt men moeilijk opgenomen. Schriftelijke aanvragen betreffen demente bejaarden, misschien wel in een vroeg en nog niet zo urgent stadium omdat de aanvrager toch geen spoedige verwezenlijking van de opname verwacht.

Daarmee is de cirkel dan gesloten, misschien getuigend van een zichzelf bevestigend fatalisme bij de aanvragers. Ook dit punt zou echter verder moeten worden onderzocht.

Al met al heeft dit onderzoek ons een stapje verder gebracht bij het onderkennen van de problemen van de aanvragende en de opnemende instanties in geval van de opname van een psychiatrische patiënt. De werkelijke morbiditeit van de bevolking en de daaruit voortvloeiende behoeften blijven echter in het duister.

SUMMARY

'On admissions of psychiatric patients'

25 Mental hospitals and 12 social psychiatric services coöperated in a registration of referrals and admissions from 6 provinces during the month of October 1970. The numbers of referrals and admissions varied from province to province, and in addition showed considerable variation depending on the source of

referral, the clinical diagnosis, the type of behavioural disturbance, the age-group, the availability of the services etc.

It is concluded that referral and admission of psychiatric patients is much less dependent on true morbidity than on such factors as the attitudes of the population and the policies of the services.

LITERATUUR

- 1 Bahn A. K., K. Gorwitz, G. D. Klee, M. Kramer and I. Tuerk (1965), 'Services Received by Maryland Residents in Facilities Directed by a Psychiatrist'. *Public Health Reports*, 80, 405-416.
- 2 Bille M., (1963), 'The influence of Distance on Admission to Mental Hospitals'. *Acta Psychiat. Scan. Suppl.* 39, 226-233.
- 3 Gardner E. A., H. C. Miles, A. K. Bahn and J. Romano (1963), 'All Psychiatric Experience in a Community'. *Arch. General Psychiat.*, 9, 369-378.
- 4 Nielsen J., N. Juel-Nielsen and E. Strömngren (1965) 'A Five-Year Survey of a Psychiatric Service in a Geographical Delimited Rural Population Given Easy Access to this Service'. *Comprehensive Psychiatry*, 6, 139-165.
- 5 Wing L., J. K. Wing and A. Hailey (1967), 'The Use of Psychiatric Services in Three Urban Areas: An International Case Case Register Study'. *Social Psychiatry*, 2, 158-167.