

Vermijding van opname

door C.A.L. Hoogduin en R.J. v.d. Bosch

Inleiding

Ambulante behandeling van psychiatrische problematiek geniet in beginsel de voorkeur boven klinische. Dit zal vooral onderschreven worden door therapeuten die een ecologische oriëntatie hebben (het 'natuurlijk milieu' van de cliënt respecteren) en dus oog hebben voor het belang van systeemfactoren bij de veroorzaking en instandhouding van psychiatrische problemen. Zij kunnen zich daarin gesteund weten door gegevens op basis waarvan aangenomen mag worden dat klinische therapie tenminste niet effectiever is dan ambulante (vgl. Langsley e.a. 1968a, 1968b, 1969, 1971). De structuur van onze gezondheidszorg is er wellicht mede verantwoordelijk voor dat preventie van opnamen nog altijd onvoldoende wordt erkend als een belangrijke taak voor de G.G.Z. Tot in de zeventiger jaren functioneerden sociaal psychiatrische diensten voornamelijk ten behoeve van 'nazorg' en bemiddeling bij opname. Het is onze ervaring, werkend bij een sociaal psychiatrische dienst, dat een verzoek om bemiddeling bij opname niet zelden betekent: 'Ik durf de verantwoordelijkheid voor verdere behandeling niet meer aan'. Onzerzijds werd daarom als regel het aanbod gedaan de ambulante behandeling over te nemen. Dit bracht de noodzaak met zich mee strategieën te ontwikkelen waarmee opnamen konden worden voorkomen. Het is niet de opzet van dit artikel uitvoerig het voor en tegen van opnamen te bespreken. Er wordt echter wel een keuze gemaakt voor rationele opnamecriteria. De consequentie hiervan is het streven naar vermijding van opnamen die niet aan deze criteria voldoen. In het hiernavolgende wordt nader ingegaan op de besluitvorming bij opnamen, rationele opnamecriteria en methoden om in bepaalde situaties opnamen te vermijden.

Schrijvers zijn respectievelijk: sociaal psychiater bij de Stichting Geestelijke Gezondheid Zuid-Holland, en psychiater verbonden aan het Psychisch Gezondheidscentrum 'Welterhof' te Heerlen (destijds arts-assistent bij de Stichting Geestelijke Gezondheid Zuid-Holland).

Besluitvorming bij opname

Het opnemingsbeleid van psychiatrische instituten blijkt in hoge mate bepaald door de selectieve motivatie van hen die bij het opnemen zijn betrokken (Prov. Raad v. d. Volksgezondheid, 1974). Onderzoek naar de determinanten van het besluitvormingsproces rond een opname heeft tot de volgende conclusies geleid. Er blijken duidelijke verschillen te bestaan tussen psychiatrische instituten onderling inzake opname-politiek (Giel, 1973; Mishler en Waxler, 1963). Mendel en Rapport (1969; vgl. ook Romme, 1967) stelden vast dat de diagnose geen enkele rol speelde. Voor bepaalde diagnostische categorieën echter lijkt doorgaans eerder tot opname te worden besloten. Met name betreft dit psychotisch (Baxter e.a., 1968; Giel, 1973; Tischler, 1966) en suïcidaal gedrag (Baxter e.a., 1968; Giel, 1973). Minder voor de hand liggend zijn andere aan de cliënt gerelateerde determinanten: een eerdere opname beïnvloedt de besluitvorming bij een volgende opname (Mendel en Rapport, 1969; Mishler en Waxler, 1963); een langere 'ziekte'-duur zou de kans op opname vergroten, evenals een slechte lichamelijke conditie (Baxter e.a., 1969); bepaalde leeftijdsgroepen, met name tussen 20 en 40 jaar, kunnen met voorkeur worden opgenomen (Mishler en Waxler, 1963). Het ontbreken van sociale opvang (Mendel en Rapport, 1969) en vooral aandrang op opname door familieleden zijn in hoge mate van invloed op de beslissing al dan niet op te nemen (Mishler en Waxler, 1963; Schwarz en Fjeld, 1969; Tischler, 1966). De invloed van de attitude van de cliënt zelf moet uiteraard ook niet worden onderschat (Romme, 1967).

De beroepsopleiding van de verwijzer (Giel, 1973; Mishler en Waxler, 1963) en van degene die over een eventuele opname beslist (Mendel en Rapport, 1969) speelt een rol. Ook de ervaring is nu van betekenis: naarmate laatstgenoemde minder ervaring heeft, zou de kans op opname stijgen (Baxter e.a., 1968; Mendel en Rapport, 1969). Ditzelfde zou het geval zijn wanneer informatie over de cliënt onbetrouwbaar is of er een gebrekkige communicatie bestaat tussen de cliënt en degene die de beslissing over opname neemt (Baxter e.a., 1968). Tenslotte zijn er aanwijzingen dat het tijdstip van de dag of week van betekenis is (Mendel en Rapport, 1969). De conclusie is onontkoombaar dat niet zelden een beslissing tot opname niet primair gebaseerd is op de belangen van de cliënt. Milieu, relationele factoren en de attitude van degene die over de opname beslist wegen vaak zwaarder.

Rationele opnamecriteria

Opname in een psychiatrisch ziekenhuis tijdens een crisissituatie kan een fase zijn in een behandeling en is dan niet gericht op genezing maar op bevredigend functioneren (Tucker en Maxmen, 1973). De doelstelling van dit soort opnamen dient vooral beperkt te worden gehouden. Beter is uiteraard opname te voorkomen.

Onderzoek als van Langsley en medewerkers (Langsley e.a., 1968a, 1968b, 1969, 1971) toont aan dat opnamen vrijwel steeds vermeden kunnen worden, wanneer er tenminste opvangmogelijkheden zijn in het milieu van de cliënt. Het lijkt niet reëel deze conclusie te extrapoleren naar de geestelijke gezondheidszorg in het algemeen. De benodigde mankracht en deskundigheid ontbreekt; bovendien zijn er maatschappelijke en politieke implicaties. Er bestaat relatief weinig aandacht voor rationele criteria voor opname. Tucker en Maxmen (1973) onderscheiden diagnostische en therapeutische opnamecriteria. Eerstgenoemde criteria lijken ons echter alleen aan de orde bij vermoeden op organisch cerebrale syndromen. Opname op therapeutische gronden kan aangewezen zijn wanneer een noodzakelijk geachte specifieke behandeling alleen klinisch kan plaatsvinden of kan worden geïnitieerd. Hieronder vallen discutabele organisch georiënteerde behandelingen – zoals de electroshockbehandeling –, klinische detoxificatie van verslaafden na mislukte ambulante pogingen, gestructureerde programma's en soms instelling op medicatie. Een opname-indicatie is er voorts wanneer de dreiging van agressief of suïcidaal gedrag te groot wordt geoordeeld.

Methoden om opname te vermijden

Een consequentie van de keuze voor rationele opnamecriteria is de ontwikkeling van methoden ter vermindering van een ongewenst geachte dreigende opname.

Algemene strategie

Voor de hulpverlening in een crisissituatie kan een aantal algemene voorwaarden worden aangegeven (Baas, 1974; Langsley e.a. 1968a; Polak en Jones, 1973):

- er dient snel en directief te worden ingegrepen;
- er wordt aangestuurd op confrontatie met het kernprobleem;
- de actuele problematiek wordt getaxeerd;
- de visie van de cliënt en zo mogelijk van andere betrokkenen wordt gestructureerd door middel van herinterpretatie en planning van een toekomstbeeld, waarmee zelfvertrouwen en coöperativiteit worden gestimuleerd;
- spanningsreductie wordt bevorderd door een empathische en steunende opstelling van de therapeut; zo nodig worden tijdelijk psychofarmaca verstrekt aan cliënt en/of gezinsleden;
- er wordt snel een behandelingsplan ontwikkeld en er worden eerste afspraken gemaakt;
- in beginsel is het aantal contacten beperkt, maar doorgaans in het begin wel frequent, indien aangewezen meermalen daags;
- er wordt gestreefd naar inschakeling van steun uit het eigen milieu;
- de crisisinterventie wordt afgesloten met een aanbod van hulp voor resterende problematiek of een aanbod van contact bij hernieuwde problemen.

Sommige cliënten beleven hun problematiek dusdanig dat een opname voor hen de enig aanvaardbare oplossing is. In een aantal gevallen wil de cliënt nog wel een ambulante behandeling maar vinden familieleden of eerdere hulpverleners opname noodzakelijk. Wanneer deze opnameverzoeken niet voldoen aan voornoemde rationele opnamecriteria is het gewenst deze opname te vermijden.

De hantering van het verzoek om opname

De cliënt wil worden opgenomen – Vermijding van een opname impliceert een aanbod van ambulante behandeling. Wanneer een cliënt zijn zinnen gezet heeft op opname bestaat het risico van sabotage van interventies die dat trachten te voorkomen. Hij zal wellicht trachten aan te tonen dat er geen alternatief is. Argumentatie en overreding hebben meestal weinig effect; een paradoxale benadering geniet dan de voorkeur (vgl. Van der Velden, 1977). Kenmerkend voor de paradoxale tactiek is een acceptatie van het opnameverzoek en vervolgens een uitwerking hiervan op dusdanige wijze dat de nadelen van deze keuze gaan overwegen ten opzichte van de vermeende voordelen. Dit gebeurt in de vorm van een gedetailleerde uitleg en zelfs aanbeveling van de opname, waarbij voortdurend opmerkingen van de cliënt worden gebruikt. De toon is positief en begripvol. Het verdient aanbeveling om negatief beladen maar wel geaccepteerde termen te gebruiken, zoals inrichting, beter nog gesticht of zelfs krankzinnigengesticht. Overigens vinden wij voor de paradoxale benadering de algemeen therapeutische oriëntatie en gesprekshantering wezenlijker dan het gebruik van bepaalde termen of interpretaties.

De bedoeling is het bewerkstelligen van een verandering bij de cliënt zodat hij tenslotte een ambulante therapie prefereert boven een klinische. Voor het slagen van deze aanpak is het belangrijk te voorkómen dat dit wordt beleefd als gezichtsverlies. Het is daarom van belang dat in een zo vroeg mogelijk stadium met deze tactiek wordt begonnen. Het initiatief inzake de keuze voor opname lijkt aldus te liggen bij de therapeut die daardoor de cliënt de gelegenheid geeft zich tegen hem af te zetten. Men kan aannemen dat een dergelijke aanpak vooral succes heeft bij cliënten die onvoldoende hebben nagedacht over de praktische consequenties van een opname of daarover onvoldoende zijn geïnformeerd. Voorts zijn enig gevoel van eigenwaarde en een niet al te grote passiviteit en afhankelijkheid minimale voorwaarden.

Het gesprek kan worden gevoerd met de aangemelde cliënt, maar ook in diens aanwezigheid met de partner of andere betrokkenen. De 'gestichtsaanbeveling' is tot mislukken gedoemd wanneer een alternatief voor opname ontbreekt (bijv. een ambulante behandeling). Dit alternatief zal door de therapeut moeten worden aangeboden op voorzichtige, desnoods schuchtere wijze; hij zal deze uitweg althans moeten openlaten. De over de psychiatrische ziekenhuizen verstrekte informatie mag uiteraard de werkelijkheid geen geweld aandoen. Indien vermijding van opname mislukt, is een op

onjuiste informatie steunende negatieve houding t.o.v. het psychiatrisch ziekenhuis een extra handicap voor het welslagen van de klinische behandeling. Bij volharding in de opnamewens doet de therapeut er verstandig aan te capituleren, omdat anders escalatie van de problematiek dreigt.

De partner of andere familieleden vragen opname – De beschreven paradoxale interventie kan bij een opnameverzoek door gezinsleden minstens even effectief zijn. Eventuele schuldgevoelens kunnen exploratie van alternatieve behandelingsmogelijkheden bevorderen.

Een eerdere therapeut vraagt opname – Het verzoek van een collega-hulpverlener tot het bemiddelen bij opname betekent nogal eens dat de verantwoordelijkheid voor ambulante behandeling te zwaar weegt. De opinie van deze therapeut kan ook de drijvende kracht zijn bij een verzoek om opname door cliënt zelf of door familieleden. Men kan aanbieden de behandeling samen voort te zetten of anders deze over te nemen. Uitleg over de keuze voor opnamevermijding mag niet ontbreken. Het kan nodig zijn gevoeligheden te ontzien en de eigen aanpak te verkopen met argumenten als onderzoek van motivatie, etc. Niet zelden blijkt een aanbod van overname en een zelfbewuste keuze voor ambulante behandeling voldoende ruggesteun voor de collega om op basis van consultatieve gesprekken zelf verder te gaan.

De beoordeling en hantering van riskant gedrag

Opnamevermijding bij suïcidedreiging – De zelfmoordpoging is doorgaans een effectieve methode om snel hulp te krijgen. De geboden hulp zal afhankelijk zijn van het type hulpverlener, maar vaak zal diens interventie een aanbod van opname of zelfs gedwongen opname inhouden. Wanneer men onder ogen ziet dat een tentamen suïcidii als regel wijst op een gebrekkig probleemoplossend vermogen en vervolgens onderkent dat de relevante problematiek doorgaans ontstaat tengevolge van conflicten met de omgeving, is duidelijk dat opname allerminst de voorkeursstrategie is. Weliswaar zijn er zelfmoordpogingen van balanskarakter of op basis van psychotische belevingen, waar het relationele aspect niet zo evident is, maar deze vormen een minderheid. Als richtlijn kan worden aangenomen dat de therapeut die opname wil trachten te voorkomen, voldoende zicht moet hebben op de betekenis van de dreigende of uitgevoerde zelfmoordpoging. Na een tentamensuïcidii moet in de aanleidinggevende context enige wijziging zijn aangebracht of worden aangebracht, feitelijk of in de cognitieve sfeer. Wanneer aan deze voorwaarden niet is voldaan of kan worden voldaan, is waarschijnlijk opname een verstandige beslissing (Salamon, 1974). Na een zelfmoordpoging zorgen wij dat bij het eerste gesprek zoveel mogelijk gezinsleden en eventueel andere betrokkenen aanwezig zijn. De cliënt moet tot aan dit gesprek door hen of door een hulpverlener worden 'bewaakt'. In elk geval wordt in het gesprek aandacht gegeven aan de ernst van de suïcidepoging, de betekenis en het risico van herhaling.

Wat betreft de wijze van uitvoering van het tentamen suïcidii zijn bizarre en agressieve pogingen altijd ernstig te nemen. Als er tabletten zijn ingenomen, is het van belang te informeren naar de kennis van de cliënt omtrent de werking en naar het aantal, met name in verhouding tot de voor de cliënt op dat moment beschikbare hoeveelheid.

De betekenis van de zelfmoordpoging wordt afgeleid uit de aanleiding en het bedoelde c.q. verwachte effect. In eerste instantie kan worden aangegeven dat het de bedoeling was dood te gaan. Wat zijn de opvattingen aangaande de dood? Vaak zal de cliënt het woord dood vermijden en spreken van rust, overal af willen zijn, etc. Het is essentieel de interactionele context te beoordelen. In de meeste gevallen kunnen de aanleidinggevende omstandigheden worden besproken. Hoe was de enscènering? Was het te verwachten dat de cliënt snel gevonden zou worden en door wie, wat waren de verwachte reacties en hoe vielen die reacties in feite uit?

Ter beoordeling van de kans op herhaling moet men weten of er eerder zelfmoordpogingen zijn geweest en of de suïcideplannen nog altijd actueel zijn. De kans op herhaling is kleiner als er door het tentamen suïcidii in de omgeving door de cliënt gewenste veranderingen zijn geïnduceerd. Als dat niet gebeurd is, is inventarisatie van nodig geachte veranderingen aangewezen. Het verdient aanbeveling in het gesprek termen als 'zelfmoordpoging' of 'zelfmoordenaar' te gebruiken. De vraag 'Bent u een zelfmoordenaar?' kan veel verduidelijken. Meestal is 'zelfmoord' minder de etikettering van de cliënt dan van de omgeving. De cliënt wordt door deze benadering uitgenodigd tot explicitering van zijn bedoelingen. De moeilijkheid van de cliënt is dat hij voor de oplossing van zijn problemen geen andere mogelijkheden ziet. De therapeut accepteert dit, neemt het initiatief en geeft aan wel perspectieven te zien. De problematiek wordt daartoe geherinterpreteerd in termen die verandering mogelijk maken. Verder worden de lijnen van de algemene crisisinterventie gevolgd. Het eerste gesprek kan worden besloten met het maken van afspraken met de cliënt of met een overeenkomstige individuele beslissing van de cliënt (Drye e.a., 1973), hetgeen bij volgende contacten kan worden herhaald, al of niet in gewijzigde vorm.

Met de mogelijkheid dat de cliënt ondanks de geboden hulp op de wip blijft zitten, moet rekening gehouden worden. Het is ons een nuttige aanpak gebleken in een dergelijk geval met cliënt en gezinsleden de mogelijkheid van een herhaling als een realiteit te bespreken. De therapeut stelt zich begripvol op. Om te voorkomen dat opnieuw het misverstand zou ontstaan als zou de cliënt dood willen zijn, wordt het suïcidale gedrag geherdefinieerd als behoefte aan rust, aan even van alles af willen zijn, een 'time-out'. De mogelijkheid dat deze behoefte opnieuw erg machtig wordt, wordt erkend. De cliënt krijgt daarom een aantal tabletten mee (afhankelijk van de sterkte meestal 5 tot 10 stuks) met de afspraak deze, als hij even van de wereld wil zijn, in te nemen, zodat daarna des te beter aan het oplossen van de problemen kan worden ge-

werkt. Steeds zal het eventuele innemen van de tabletten openlijk moeten gebeuren. Dit kan worden bereikt door de tabletten aan de partner of een ander ter hand te stellen, zodat de cliënt erom moet vragen. Ook kan worden afgesproken dat de cliënt de tabletten in eigen beheer krijgt en de gezinsleden een seintje geeft wanneer hij zijn portie gaat innemen of heeft ingenomen. Het resultaat van deze tactiek is meestal dat van de mogelijkheid tabletten in te nemen geen gebruik wordt gemaakt. Dit paradoxaal advies heeft de betekenis van nieuw suïcidaal gedrag zodanig gewijzigd dat het symptomatische karakter en daarmee de communicatieve functie zijn vervallen. Op deze wijze is ruimte geschapen om de problemen op een effectievere manier op te lossen. Wanneer van de mogelijkheid tabletten in te nemen één of enkele keren gebruik wordt gemaakt, wordt veelal voldoende tijdwinst geboekt om een behandeling op gang te brengen. In die gevallen waarbij deze benadering niet het beoogde effect heeft, zien we de cliënt toenevend gebruik maken van deze mogelijkheid om 'even van de wereld te zijn'. Er ontstaat dan een situatie die opname noodzakelijk kan maken.

Opnamevermijding bij acuut psychotisch gedrag Bij een acute psychose is crisisinterventie aangewezen, waarbij echter zorgvuldig onderzoek, onder andere gericht op organisch-cerebrale en toxische factoren niet mag ontbreken. Betreft het inadequaat, maar niet gevaarlijk gedrag of psychotische belevingen, dan kan met directief regulerend, medicamenteus ondersteund ingrijpen een dreigende opname vaak worden voorkomen. Frequentie contacten en het inschakelen van de omgeving zijn daarbij onmisbaar. De 'gestichtsaanbeveling' kan een gewenste ontwikkeling bevorderen. Een partner kan enige dagen thuisblijven. Familieleden, buren of andere betrokkenen kunnen worden ingeschakeld. De huisarts of een andere hulpverlener die al met de cliënt contact onderhield, kan met frequente bezoeken de rust bevorderen. Kinderen kunnen zonodig tijdelijk elders worden ondergebracht.

Risicant psychotisch gedrag bemoeilijkt aanmerkelijk de keuze voor ambulante behandeling. Hier kan zelfs gedwongen opname onvermijdelijk zijn. Psychotische suïcidaliteit vraagt een zodanige controle dat die meestal alleen klinisch kan worden gegarandeerd. Ook agressiviteit kan bijzonder moeilijk ambulant hanteerbaar zijn. Omdat vaak echter slechts sprake is van dreigende agressie, kan een interventie wel degelijk effect hebben. Psychofarmaca in de vorm van neuroleptica zijn hier bijzonder nuttig, maar de 'verkoop' ervan kan moeizaam verlopen. Opnamevermijding en dus ambulante behandeling van chronisch min of meer psychotische cliënten vormt een hoofdstuk apart en blijft hier onbesproken.

Toepassing in de praktijk

De beschreven benadering werd in 1974 en 1975 ontwikkeld en vooral in 1975 intensief toegepast bij een regionale afdeling van de Stichting Geestelijke Gezondheid Zuid-Holland.

Overzicht van het aantal opnamen in samenhang met het aantal nieuw aangemelde cliënten in 1974 en 1975:

	1974	1975
aantal nieuw aangemelde cliënten (18 – 65 jaar)	123	162
aantal opgenomen cliënten	43	19
opnamen in:		
– psychiatrisch ziekenhuis	28	10
– P.A.A.Z.	4	3
– gezinsvervangend tehuis	4	3
– anderszins	7	3

Deze cijfers zouden kunnen worden opgevat als een ondersteuning van onze benadering. Bij de interpretatie is echter grote voorzichtigheid geboden. Doordat er op een andere wijze op de hulpvragen werd ingegaan, veranderde het verwijfsgedrag. Een verzoek om bemiddeling bij opname betekende nu: Er komt snel een intensief ambulante hulpverleningsprogramma tot stand. Sommige verwijzers die een opname-aanvraag niet gehonoreerd zagen, zochten wellicht een andere weg om in de toekomst opnamen te realiseren. Door de soms zeer intensieve contacten tussen verwijzer en therapeut rond een opnamevermijding raakte de verwijzer bekend met de ambulante directieve werkwijze. Dit zou een toemenen van verwijzingen – ook van cliënten met minder ernstige problematiek – tot gevolg gehad kunnen hebben. Ook zouden de cijfers beïnvloed kunnen zijn door algemene tendensen in de richting van minder opnamen in psychiatrische ziekenhuizen en voorkeur voor ambulante behandeling. Het is noodzakelijk om de relevantie van deze factoren nader te onderzoeken; niet in het minst om de invloed die hiervan kan uitgaan op de ontwikkeling van een verantwoord sociaal psychiatrisch beleid.

Epiloog

Er is slechts een greep gedaan uit de diversiteit van om opname vragende of voor opname aangeboden categorieën cliënten. De beschreven interventies hebben duidelijke beperkingen. Er wordt van de therapeut verlangd dat hij snel en veel beschikbaar is en dat hij inventief is. Hij moet bereid zijn de cliënt thuis te bezoeken en overtuigd zijn van het belang van opnamevermijding. Het is geenszins onze bedoeling elke vorm van klinische behandeling ongewenst te verklaren. Van de vele aanpakmogelijkheden bij een crisissituatie beschouwen wij echter opname als een der minst gunstige. Waar deze uitweg onvermijdelijk is, dient gestreefd te worden naar een zo kort mogelijke opnameduur. Te vaak wordt ook door de professional in die gevallen opname nog gezien als een oplossing in plaats van een noodgedwongen tijdelijke ingreep.

Literatuur

- Baas, J. (1974) Krisisinterventie. *T. Maatsch. Werk* 28, 2.
- Baxter, S., B. Chodorkoff en R. Underhill (1968) Psychiatric Emergencies: dispositional determinants and the validity of the decision to admit. *Am. J. Psychiatry* 124, 1542.
- Drye, R. C. e.a. (1973) No-Suicide decisions: patient monitoring of suicidal risk. *Am. J. Psychiatry* 130, 171.
- Giel, R. (1973) Over de opname van psychiatrische patiënten. *T. Psychiatrie* 15, 110.
- Langsley, D. G. e.a. (1968a) *The treatment of families in crisis*. Grune and Stratton, New York.
- Langsley, D. G. e.a. (1968b) Family Crisis Therapy – Results and implications. *Family Process* 7, 145.
- Langsley, D. G. e.a. (1969) Follow-up evaluation of family crisis-therapy. *Am. J. Orthopsychiat.* 39, 753.
- Langsley, D. G. e.a. (1971) Avoiding mental hospital admission: a follow-up study. *Am. J. Psychiatry* 127, 1391.
- Mendel, W. M. en S. Rapport (1969) Determinants of the decision for psychiatric hospitalisation. *Arch. Gen. Psychiat.* 20, 321.
- Mishler, E. G. en N. E. Waxler (1963) Decision processes in psychiatric hospitalisation: patients referred, accepted and admitted to a psychiatric hospital. *Am. Sociol. Rev.* 78, 576.
- Polak, P. R. en M. Jones (1973) The psychiatric nonhospital: a model for change. *Commun. Ment. Health J.* 9, 123.
- Prov. Raad v. d. Volksgezondheid in Zuid-Holland (1974) *Rapport inzake het opnemingsbeleid in psychiatrische ziekenhuizen*, Den Haag.
- Romme, M. A. J. (1967) *Doel en middel*. Dissertatie, Amsterdam.
- Salamon, I. (1974) Evaluation of suicidal patients. *N.Y. State J. Med.* 74, 64.
- Schwarz, L. en S. P. Fjeld (1969) The alcoholic patient in the psychiatric hospital emergency ward. *Quart. J. Stud. Alcohol* 30, 104.
- Tischler, G. L. (1966) Decision-making process in the emergency room. *Arch. Gen. Psychiat.* 14, 69.
- Tucker, G. J. en J. S. Maxmen (1973) The practice of hospital psychiatry: a formulation. *Am. J. Psychiatry* 130, 887.
- Velden, C. P. v. d. (red.) (1977) *Directieve Therapie*. Van Loghum Slaterus, Deventer.

Overzicht van het aantal opnamen in samenhang met het aantal nieuw aangemelde cliënten in 1974 en 1975: