

De psychiatrische lotgevallen van een opname-cohort uit 1974

door G. H. M. M. ten Horn en R. Giel

De mededelingen uit het centrale register voor patiënten in psychiatrische ziekenhuizen en universiteitsklinieken geven slechts informatie over de lotgevallen van een beperkte groep intra-murale patiënten. Op een willekeurig tijdstip vallen naar schatting 200.000 Nederlanders onder de hoede van de geestelijke gezondheidszorg (Giel, 1977). Daarvan zal ongeveer de helft uitsluitend poliklinische zorg krijgen; ongeveer 40.000 mensen, grotendeels zwakzinnigen, maken gebruik van de semi-murale zorg; en de resterende 60.000 mensen bezetten een psychiatrisch bed. Slechts 40 % van deze laatste groep, dat wil zeggen ongeveer 24.000 mensen, verblijft in een psychiatrisch ziekenhuis. Het komt er dus op neer dat de mededelingen uit het centrale register die in dit Tijdschrift verschijnen géén rekening houden met zo'n 36.000 mensen in andere intra-murale voorzieningen, zoals de psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen, psychogeriatrische verpleeghuizen, verslavingsklinieken en de verschillende soorten tussenvoorzieningen. Een cohort-onderzoek, zoals elders in dit Tijdschrift wordt gepresenteerd als mededeling nr. 10, is dan ook onvolledig omdat het de lotgevallen van psychiatrische patiënten in de andere intra-murale voorzieningen mist.

In dit verslag zullen we proberen de lotgevallen weer te geven van alle intra-murale patiënten uit een omschreven geografisch gebied – een stedelijke gemeente in het noorden – gedurende een periode van twee jaar. Het cohort werd, met behulp van het Register voor de Geestelijke Gezondheidszorg voor die gemeente van ongeveer 40.000 inwoners, opgebouwd uit alle patiënten die in de eerste helft van 1974 werden opgenomen in een intramurale voorziening, inclusief zulke instellingen als het verpleeghuis, een PAAZ, een verslavingskliniek enz. (Giel en ten Horn, 1976). De lotgevallen van het cohort zullen kwesties betreffende de integratie van de hulpverlening, het draaideur-effect bij korte opnemingen, chroniciteit en de continuïteit van de zorg kunnen verduidelijken.

De kenmerken van de patiënten

Van 1 januari tot 1 juli 1974 werden uit de totale bevolking van de registergemeente 93 mensen opgenomen, dat is ruim 2 per 1000 inwoners. Er waren 43 mannen en 50 vrouwen, waarvan er 48 ouder waren dan 40 jaar en 11 ouder dan 65 jaar. Niemand was jonger dan 15 jaar. Van dit cohort waren 32 personen ongehuwd, 32 gehuwd en 27 gescheiden of in de weduwstaat. Van 2 personen was de burgerlijke staat onbekend. Dertig mensen hadden gewoon werk, 22 waren huisvrouw, 8 studeerden, 6 werkten onder beschuttende omstandigheden, 12 waren werkeloos of arbeidsongeschikt, 11 waren gepensioneerd en van 5 mensen was de arbeidssituatie onbekend.

Hoewel de sociale positie van het cohort vergeleken zou moeten worden met de bevolking, gestandaardiseerd voor leeftijd en geslacht, lijkt het ons dat het gaat om een enigszins bijzondere groep mensen wat betreft hun gezins- en werksituatie. Ook in psychiatrisch opzicht was het cohort opmerkelijk, want slechts 19 personen hadden géén psychiatrische voorgeschiedenis, 46 hadden al een opname achter de rug en 15 poliklinische contacten. Een groot gedeelte, 25 personen, was dan ook via een GGZ-instelling voor opname verwezen. Dertig personen kwamen via de huisarts of een somatische specialist en de rest via allerlei niet medische kanalen. De diagnostische verdeling was als volgt:

- dementie of ander organisch syndroom	10
- functionele psychose	17
- neurotische depressie	13
- overige neurosen, psychosomatische of persoonlijkheidsstoornis	18
- verslaving	9
- oligofrenie	1
- overige syndromen	19
- diagnose onduidelijk	6

De opname

Het linkse blok van *figuur 1* laat zien waar de 93 patiënten in eerste instantie werden opgenomen. Uit de opbouw van dit blok blijkt het grote aandeel in de intramurale zorg van de PAAZ en van de andere voorzieningen dan het psychiatrisch ziekenhuis.

De duur van de opname in dit eerste instituut binnen deze follow-up periode was als volgt:

- minder dan 2 weken	16	17 %
- minder dan 2 maanden	47	51 %
- minder dan een half jaar	78	84 %
- minder dan een jaar	87	94 %
- minder dan twee jaar	89	96 %

Uit het nevenstaande staatje blijkt dat slechts 4 mensen ononderbroken gedurende 2 jaar waren opgenomen: 2 in een tussenvoorziening en 2 in een psychogeriatrisch verpleeghuis. Tot zover valt de chroniciteit van dit cohort, waarvan 1 persoon overleed, nogal mee.

Dit beeld van de opnameduur is echter wat te optimistisch, want:

1. in 7 (8 %) gevallen ging het om een overplaatsing naar een andere intra-murale voorziening; voor 4 patiënten betekende dit een overplaatsing naar een psychiatrisch ziekenhuis, vanuit de PAAZ of een tussenvoorziening;

2. 37 (40 %) personen werden binnen 2 jaar weer opgenomen; dertien (14 %) personen werden tweemaal heropgenomen en 3 (3 %) zelfs meer dan tweemaal.

Uitgedrukt in de totale opname-duur in plaats van in het aantal heropnamen blijkt dat de initiële gemiddelde opname-duur van het cohort, minus de 4 personen die steeds intra-muraal bleven, ongeveer 12 weken was. Bij 44 personen, waaronder 7 met een overplaatsing, kwam hier door de eerste heropname of overplaatsing nog eens 14,3 weken bij. Een tweede heropname voegde er voor 23 personen gemiddeld nog eens 12,8 weken aan toe. Dit alles betekende dus voor 23 (25 % van het gehele cohort) al een totale opname-duur van ongeveer 10 maanden. Maar 5 mensen ondergingen zelfs 3 tot 6 heropnamen gedurende onze follow-up periode. Uiteindelijk waren naast de 4 continu opgenomen patiënten 4 anderen toch ook meer dan 90 % van de tijd intra-muraal. Slechts 9 (10 %) personen bleven in totaal minder dan 2 weken opgenomen.

De poliklinische zorg

Mensen die een opname ondergaan, hebben daarnaast of daarna heel vaak ook poliklinische zorg. Van ons cohort overkwam dit 72 (77 %) personen. Zelfs de 4 personen die de gehele follow-up periode intra-muraal bleven, hadden gedurende die tijd nog een enkel contact met een ambulante voorziening.

Een belangrijke vraag is of poliklinische contacten heropname kunnen voorkomen. Van de 37 mensen die tenminste eenmaal werden heropgenomen, kregen er 32 (87 %) poliklinische zorg na de eerste opname. Van de 45 die niet werden opgenomen kregen er 30 (67 %) poliklinische zorg. Aangezien dit verschil significant is, lijkt er op het eerste gezicht verband te bestaan tussen heropnamen en poliklinische nazorg.

Dit beeld is echter niet volledig, omdat de eerste ambulante contacten lang niet altijd tussen de eerste en de heropname plaats vonden. Van de 37 heropgenomen patiënten hadden er 21 (57 %) wel een tussentijds contact. De vergelijking met mensen die in het geheel niet werden heropgenomen, toont nu geen significant verschil meer. Enerzijds zouden we kunnen verwachten dat frequente ambulante contacten een heropname voorkomen. Anderzijds is het ook mogelijk dat de meeste zieke personen ondanks meer fre-

quente ambulante contacten toch vaker worden heropgenomen. De ambulante nazorg toont echter géén van beide patronen. De continuïteit van de zorg kunnen we aflezen aan de snelheid waarmee de ambulante contacten volgen op het ontslag uit de intramurale voorziening. *Tabel 1* geeft dit beeld in cumulatieve aan-

Tabel 1: Interval tussen ontslag en eerste ambulante contact in cumulatieve aantallen en percentages.

tijd tussen ontslag en eerste ambulante contact	heropgenomen:		geen heropname:	
	aantal	%	aantal	%
minder dan 1 week	10	27	6	13
„ „ 2 weken	13	35	8	18
„ „ 1 maand	18	49	19	42
„ „ 2 maanden	20	54	23	51
„ „ 3 maanden	20	54	24	53
„ „ 6 maanden	20	54	27	60
„ „ 1 jaar	21	57	30	67
totaal	37	100	45	100
pas tijdens of na heropname	11	30	—	—
geen contact	5	13	15	33

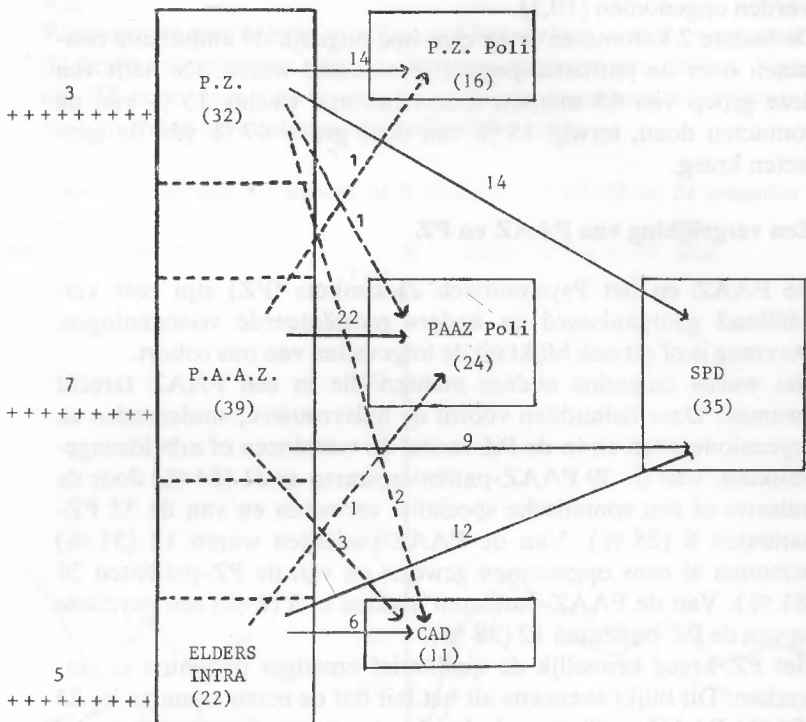
tallen en percentages voor mensen die wel en die niet werden heropgenomen. Onderaan de tabel staan de personen die géén contact hadden of die dit pas kregen tijdens of na de heropname. Wanneer we er vanuit gaan dat de dagen van de terugkeer in het milieu aanpassing vergen van de patiënt en zijn milieu, dan kunnen we op grond van de cijfers in tabel 1 niet erg onder de indruk raken van de bij die overgang passende continuïteit in de zorg. Degenen die niet werden heropgenomen blijven aanvankelijk enigszins achter bij de anderen.

In *figuur 1* is te zien bij welke instellingen de patiënten na hun eerste ontslag terecht kwamen. De nauwe band tussen de PAAZ en zijn polikliniek is duidelijk, 56 % van de uit de PAAZ ontslagen mensen werd vervolgd door de PAAZ-polikliniek. Van de patiënten uit het PZ belandden 44 % bij de PZ-polikliniek. Bij het bekijken van *figuur 1* moet men overigens bedenken dat iemand bij meer dan één ambulante instelling terecht kan zijn gekomen.

Een volgende belangrijke indicator van de continuïteit, ditmaal van de ambulante zorg, is de frequentie van de contacten. Afgezien van de 4 continu opgenomen patiënten, ging het om 68 mensen waarvan er nog 19 (28 %) met meer dan één ambulante instelling contact hadden. Deze 68 personen hadden na hun eerste ontslag gemiddeld 11,5 contacten tot aan 1 juli 1976. Wanneer we nog eens bedenken dat 51 % van de patiënten binnen 2 maanden en 84 % binnen een half jaar waren ontslagen dan komt dit waarschijnlijk neer op gemiddeld minder dan eenmaal per maand een ambulant contact.

De psychiatrische lotgevallen van een opname-cohort

Figuur 1: Met welke ambulante GGZ-voorzieningen men contact kreeg tijdens de follow-up periode*



+++ kregen met geen enkele GGZ-instansie, na oorspronkelijke opname in eerste halfjaar 1974, te maken (1 persoon, t.g.v. overlijden)

* de 4 mensen met ononderbroken opnamen werden in figuur 1 buiten beschouwing gelaten (alle contact met S.P.D.)

Tabel 2 geeft de frequentie-verdeling van de ambulante contacten weer. Allereerst kunnen we zien dat de heropgenomen mensen,

Tabel 2: Frequentie van de ambulante contacten

aantal contacten	aantal personen: met heropnamen	zonder heropnamen	cumulatief %	
			personen (68)	contacten (782)
1	4	5	13	1
2-4	10	10	43	10
5-7	4	3	53	15
8-10	4	3	63	23
11-20	10	5	85	53
21 of meer	6	4	100	100
totaal	38	30		

dat wil zeggen met de minste tijd in de gemeenschap, gemiddeld wat meer contacten hadden (12,7) dan degenen die niet opnieuw werden opgenomen (10,3).

De laatste 2 kolommen laten zien hoe ongelijk de ambulante contacten over de patiënten-populatie verdeeld waren. De helft van deze groep van 68 mensen moest het met slechts 15 % van de contacten doen, terwijl 15 % van deze groep 47 % van de contacten kreeg.

Een vergelijking van PAAZ en PZ

De PAAZ en het Psychiatrisch Ziekenhuis (PZ) zijn zeer verschillend georganiseerd en anders georiënteerde voorzieningen. De vraag is of dit ook blijkt uit de lotgevallen van ons cohort.

Het waren enigszins andere mensen die in een PAAZ terecht kwamen. Daar belandden vooral de huisvrouwen, studerende en gepensioneerden en in de PZ vooral de werklozen of arbeidsongeschikten. Van de 39 PAAZ-patiënten waren er 21 (54 %) door de huisarts of een somatische specialist verwezen en van de 32 PZ-patiënten 8 (25 %). Van de PAAZ-patiënten waren 12 (31 %) personen al eens opgenomen geweest en van de PZ-patiënten 26 (81 %). Van de PAAZ-patiënten hadden er 3 (8 %) een psychose en van de PZ-patiënten 12 (38 %).

Het PZ kreeg kennelijk de kwalitatief ernstiger patiënten te verwerken. Dit blijkt eveneens uit het feit dat de eerste opname bij 23 (59 %) PAAZ-patiënten minder dan twee maanden duurde en bij 2 (5 %) langer dan een half jaar. Slechts 14 (44 %) PZ-patiënten waren binnen 2 maanden vertrokken en 7 (22 %) pas na een half jaar.

De *tabellen 3 en 4* schetsen het ziekte-belooft van de beide subcohorten. Opnieuw is het duidelijk dat het PZ-subcohort een selectie van ernstiger zieke mensen vertegenwoordigt, het percentage heropgenomenen is groter evenals het gemiddelde aantal heropnamen per patiënt uit het PZ-subcohort. Ook zien we dat de helft van het PAAZ-subcohort naderhand in het PZ belandt.

Tabel 3: Aantal heropnamen voor PAAZ- en PZ-patiënten

eerste opname in		personen met heropname	gemiddeld aantal heropnamen per persoon
PZ	32 32	19 (59 %)	2,0
PAAZ	39 39	16 (41 %)	1,6

Tabel 4: Plaats van de heropnamen voor PAAZ- en PZ-patiënten

	aantal heropnamen	plaats van de heropname	
PZ	38	30 (79 %)	3 (8 %)
PAAZ	26	11 (42 %)	11 (42 %)

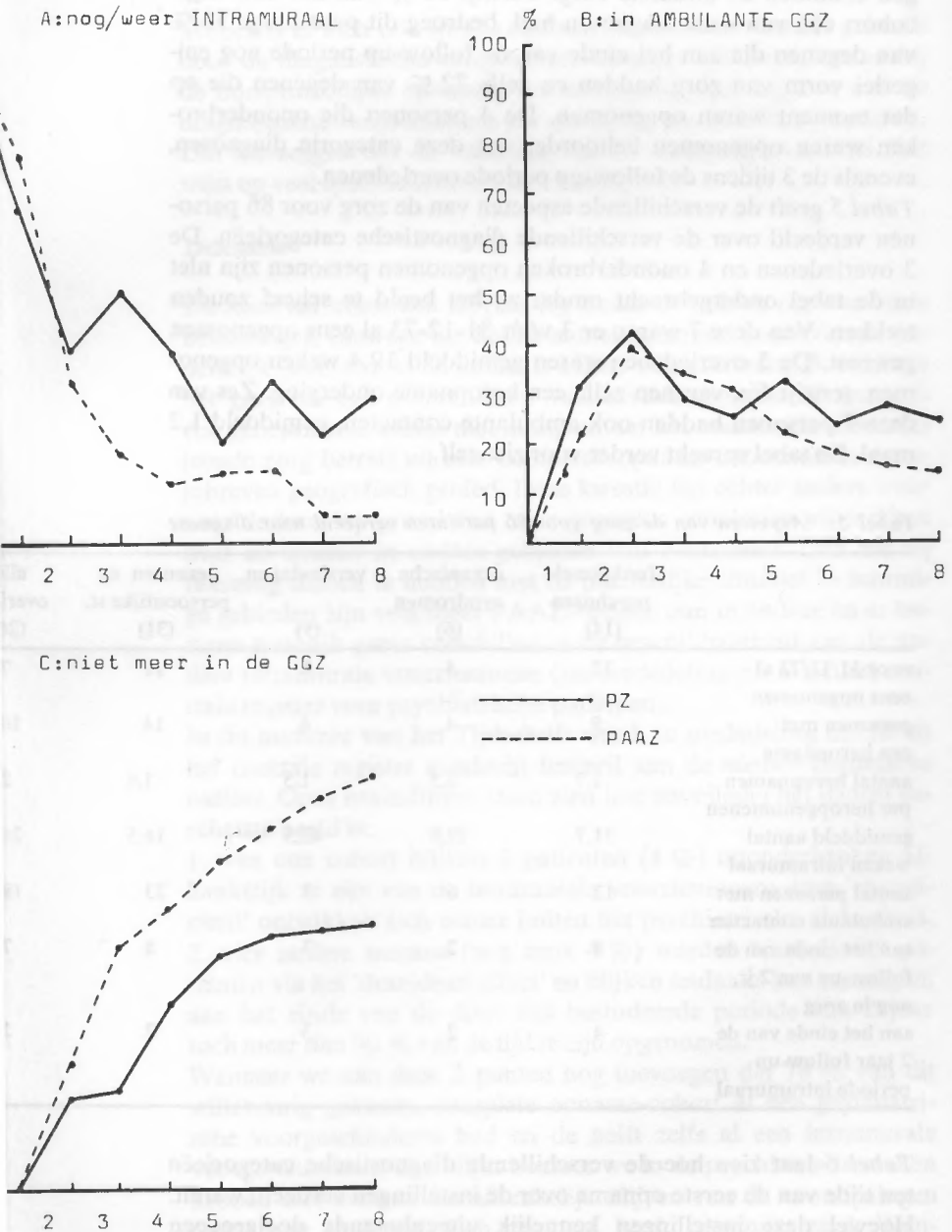
Tenslotte blijkt nog dat het PZ-subcohort niet alleen meer intramurale zorg kreeg, maar ook meer ambulante contacten. Van de

De psychiatrische lotgevallen van een opname-cohort

32 PZ-patiënten hadden 26 (81 %) gemiddeld 14,8 ambulante contacten en van de 39 PAAZ-patiënten 30 (77 %) gemiddeld 8,2.

Wanneer we met behulp van *figuur 2* het verloop van de zorg voor de beide subcohorten nagaan, zien we opnieuw verschillen. Van het PZ-subcohort zijn op iedere teldatum meer mensen opgenomen en vielen er minder geheel buiten elke zorg.

Figuur 2: % van het cohort na 3, 6, 9, 12, 15, 18, 21 en 24 maanden



De invloed van de diagnose

In het voorgaande hebben we bekeken hoe de diverse instellingen met het cohort omgingen. Daarbij kan men stellen dat de feitelijke zorg niet zozeer door de kenmerken van de patiënt wordt getypeerd als door de aard van de instelling die deze zorg verleent. Daarom is het van belang na te gaan in hoeverre een bepaalde diagnose een eigen verloop van de verleende zorg oproept. De functionele psychosen, de organische syndromen en de verslavingen claimden de zwaarste zorg. Terwijl 39 % van het aanvangscohort één van deze diagnoses had, bedroeg dit percentage 53 % van degenen die aan het einde van de follow-up periode nog enigerlei vorm van zorg hadden en zelfs 72 % van degenen die op dat moment waren opgenomen. De 4 personen die ononderbroken waren opgenomen behoorden tot deze categorie diagnoses, evenals de 3 tijdens de follow-up periode overledenen.

Tabel 5 geeft de verschillende aspecten van de zorg voor 86 personen verdeeld over de verschillende diagnostische categorieën. De 3 overledenen en 4 ononderbroken opgenomen personen zijn niet in de tabel ondergebracht omdat zij het beeld te scheef zouden trekken. Van deze 7 waren er 3 vóór 31-12-73 al eens opgenomen geweest. De 3 overledenen waren gemiddeld 19,4 weken opgenomen, terwijl één van hen zelfs een heropname onderging. Zes van deze 7 personen hadden ook ambulante contacten, gemiddeld 1,2 maal. De tabel spreekt verder voor zichzelf.

Tabel 5: Aspecten van de zorg voor 86 patiënten verdeeld naar diagnose

	functionele psychosen (14)	organische syndromen (6)	verslavingen (9)	neurosen en persoonlijke st. (31)	alle overig (26)
voor 31/12/73 al eens opgenomen	12	4	8	12	7
personen met een heropname	9	4	6	14	10
aantal heropnamen per heropgenomenen	1,7	2,5	1,5	1,6	2,0
gemiddeld aantal weken intramuraal	31,7	29,0	42,5	16,5	26,0
aantal personen met ambulante contacten	12	6	7	23	18
aan het einde van de follow-up van 2 jr. nog in zorg	8	2	3	8	7
aan het einde van de 2 jaar follow-up periode intramuraal	4	2	3	2	3

Tabel 6 laat zien hoe de verschillende diagnostische categorieën ten tijde van de eerste opname over de instellingen verdeeld waren. Hoewel deze instellingen kennelijk uiteenlopende doelgroepen

Tabel 6: Verdeling van de diagnoses bij de eerste opname over de diverse instellingen

Eerste opname in	funktionele psychosen		organische syndromen		verslavingen		neurosen en persoonl. st.		alle overige	
	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
Z	12	71	5	50	3	33	10	32	2	8
AAZ	3	18	2	20	1	11	20	65	13	50
ouderders	2	11	3	30	5	56	1	3	11	42
Totaal	17	100	10	100	9	100	31	100	26	100

hebben is er toch ook sprake van een samenvallen van het gebruik door de diagnostische categorieën. Wanneer alle heropnamen bij de oorspronkelijke opnamen worden geteld, dan blijkt er aan de diagnostische rangschikking per instelling niet veel te veranderen. Dat wil zeggen dat de verdeling van de heropnamen ook al niet wijst op veel specificiteit van de instellingen.

Discussie

De lezer zal misschien niet zo erg onder de indruk zijn van onze bevindingen vanwege het kleine aantal personen waarover dit onderzoek gaat. Een klein aantal is echter vooral hinderlijk wanneer het gaat om het generaliseren van bevindingen. In dit geval is een generalisatie echter niet nodig omdat het onderzoek 'alle' verleende zorg betreft uit een 'compleet' opname-cohort uit een omschreven geografisch gebied. Deze kwestie ligt echter anders wanneer de lezer op grond van onze gegevens conclusies wil trekken over de situatie in andere gebieden van Nederland. Dan zal hij rekening dienen te houden met de plaatselijke situatie: in sommige gebieden zijn veel meer PAAZ-bedden dan in andere en er bestaan tamelijk grote verschillen in de beschikbaarheid van de andere intramurale voorzieningen (zie mededeling nr. 6 uit het centrale register voor psychiatrische patiënten).

In dit nummer van het Tijdschrift wordt in mededeling nr. 10 uit het centrale register aandacht besteed aan de *nieuwe chronische patiënt*. Onze bevindingen laten zien hoe onvolledig het daarin geschetste beeld is:

1. van ons cohort blijken 4 patiënten (4 %) ononderbroken afhankelijk te zijn van de intramurale voorzieningen; deze 'chroniciteit' ontwikkelt zich echter buiten het psychiatrische ziekenhuis,
2. vier andere mensen (nog eens 4 %) worden 'chronische' patiënten via het 'draaideur-effect' en blijken ondanks hun ontslagen, aan het einde van de door ons bestudeerde periode van 2 jaar toch meer dan 90 % van de tijd te zijn opgenomen.

Wanneer we aan deze 2 punten nog toevoegen dat 78 % van dit willekeurig gekozen, complete opname-cohort al een psychiatrische voorgeschiedenis had en de helft zelfs al een intramurale voorgeschiedenis, dan blijkt hoezeer we in de psychiatrie te maken hebben met mensen die afhankelijk blijven van de voorzieningen nadat hun probleem zich eenmaal heeft gemanifesteerd. Wan-

neer men dit punt als een gegeven aanvaardt – lang niet iedereen zal dit willen doen – dan zal men moeten erkennen dat er aan de psychiatrische voorzieningen bijzondere eisen worden gesteld. Eisen die te maken hebben met continuïteit van de zorg, en integratie van de voorzieningen.

De *continuïteit* van de zorg is op velerlei manieren te omschrijven. Twee aspecten zijn in dit artikel aan de orde geweest. In de eerste plaats de continuïteit bij de overgang van intra- naar extramuraal, waarvan in de praktijk niet zoveel terecht komt blijkens onze bevindingen. In de tweede plaats lijkt ons het plaatsvinden van iemands heropname in hetzelfde instituut als tevoren een vorm van continuïteit. Dit laatste soort continuïteit bestaat wel (zie tabel 4) zeker als we in aanmerking nemen, dat het om één PAAZ en zo goed als één PZ ging.

Onder *integratie* zouden we kunnen verstaan dat poliklinische en klinische voorzieningen samenwerken. Figuur 1 illustreert hoe complex de verbindingen zijn. Enerzijds neemt de SPD een centrale positie in, anderzijds blijken er sterke banden te bestaan tussen de intramurale instellingen en hun eigen extra-murale voorzieningen. Alleen de instellingen ter plaatse kunnen de achtergronden van deze verbindingen belichten. In hoeverre gaat het om bedoelde, afgesproken en achteraf gecontroleerde bewegingen van patiënten tussen de verschillende voorzieningen? Een tweede kant van de integratie betreft de samenwerking van gedifferentieerde instellingen. In dit artikel gaat het om PZ, PAAZ, psychogeriatrisch instituut en verslavingskliniek. Tabel 6 laat zien dat er grenzen zijn aan een gedifferentieerde opvang van patiënten. Opnieuw zijn het de instellingen zelf die kunnen beoordelen of het hier gaat om bedoelde of toevallige grensoverschrijdingen. Niet iedere verslaafde of psychogeriatrische patiënt is zonder meer het beste af in de voor zijn categorie problemen gedifferentieerde instelling. Tot slot willen wij erop wijzen dat dit soort onderzoek bij uitstek aan het licht brengt hoezeer de psychiatrische voorzieningen een actief op de patiënt en de andere instellingen gericht beleid dienen te voeren.

Literatuur

- Giel, R., de Graaf, A. C. en van Weerden-Dijkstra, J. R. (1975), Mededelingen uit het Centrale Patiëntenregister nr. 6, *Tijdschrift voor Psychiatrie*. 17, 302-306.
- Giel, R., ten Horn, G. H. M. M. (1976), Een Psychiatrisch Register als van basis van Planning. *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*. 3, 148-153.
- Giel, R. (1977), Hospital Psychiatry in the Netherlands – Buildings or people? *Social Psychiatry*. 12, 89-93.