

Oorspronkelijk artikel

Psychiatrische hulpvraag aan twee APZ-poliklinieken: wat verandert er in tien jaar tijd?

door F.W. Wilmink, Ph. Spinhoven, A.F.G. Leentjens,
A.J.W. van der Does, S.G. Sicco Smit, M.A.W. Verwielen
en O.M. Voorhoeve

Samenvatting

Gegevens over het aanbod aan poliklinieken van APZ'en in Nederland ontbreken, laat staan longitudinale gegevens. In dit onderzoek werd het aanbod aan een APZ-polikliniek in Noord-Nederland in 1983 en 1993 in kaart gebracht, en vergeleken met soortgelijke niet eerder gepubliceerde gegevens voor een APZ-polikliniek in de Randstad in 1985 en 1995. Er blijkt eerder sprake te zijn van grote stabiliteit en gelijkheid in dit aanbod dan van wezenlijke veranderingen of verschillen. De enige uitzondering betreft een sterke afname van het aantal verwezen patiënten met een stemmingsstoornis voor de APZ-polikliniek in Noord-Nederland; dit effect wordt toegeschreven aan de invoering van het DSM-systeem en veranderd behandelgedrag van huisartsen.

Inleiding

Voor het organiseren van een goed functionerende geestelijke gezondheidszorg is het noodzakelijk om het behandelingsaanbod zo nauw mogelijk te laten aansluiten bij de zorgvraag. Epidemiologisch onderzoek naar deze zorgvraag is verricht in huisartsenpraktijken (Ormel en Giel 1983; Barrett e.a. 1988; Wilmink 1989; Katon e.a. 1990; Ormel e.a. 1994), binnen RIAGG's (Van der Sande e.a. 1992), op een universitaire polikliniek (Swinkels 1994) en in het verzorgingstehuis (Bosma 1990; Van den Berg e.a. 1995). Soortgelijke gegevens over de psychische klachten en problemen waarmee patiënten zich bij de polikliniek van een algemeen psychiatrisch ziekenhuis melden, werden in de Nederlandse literatuur niet gevonden.

Onderzoek naar *veranderingen* in zorgvraag binnen een bepaalde setting, gemeten over een langere periode, is nog schaarser. De auteurs is slechts een Duitse studie bekend, die verschuivingen in het gebruik van psychiatrische bedden en ambulante voorzieningen in Mannheim beschrijft over de periode van 1973 tot 1977 (Häfner en Klug 1982). Indien er wat betreft zorgvraag trends aantoonbaar zijn, zou mogelijk ge-

anticipeerd kunnen worden op toekomstige ontwikkelingen. Dit is onder andere van belang bij het nemen van beleidsbeslissingen met het oog op toekomstig zorgaanbod. De veronderstelling dát er, over langere perioden bezien, veranderingen zullen optreden in de aard en de ernst van de problematiek waarmee patiënten zich melden, is op zichzelf niet onlogisch. Er kunnen vele factoren genoemd worden die potentieel invloed hebben op het voorkomen van psychopathologie in het algemeen en het aanbod hiervan op de polikliniek. Häfner noemt vergrijzing, veranderde socioculturele waarden en medicalisering als mogelijke oorzaken voor toename van psychopathologie (Häfner 1985). Reorganisaties van de geestelijke gezondheidszorg kunnen leiden tot andere verwijzingspatronen. Ook kunnen veranderde classificatiesystemen en gewijzigde opvattingen de aandacht voor bepaalde aandoeningen doen verschuiven. Ten slotte zouden echte verschuivingen van incidenties of prevalenties van bepaalde stoornissen kunnen optreden.

Zoals gezegd ontbreken gegevens voor poliklinieken van algemene psychiatrische ziekenhuizen ten aanzien van de bovengenoemde vragen. Dit onderzoek beoogt deze gegevens te leveren. Daartoe werd tweemaal de zorgvraag in kaart gebracht in een polikliniek van een groot algemeen psychiatrisch ziekenhuis in Noord-Nederland, met tien jaar tussentijd (1983 en 1993). Ter vergelijking werd hetzelfde gedaan voor een vergelijkbare polikliniek in de Randstad (1985 en 1995). Allereerst was de vraag of er in de tijd verschillen tussen de voor behandeling aangemelde patiëntenpopulaties bestaan wat betreft demografische variabelen, de frequenties van volgens het DSM-systeem (APA 1987) gestelde As I-diagnoses, subjectieve klachtenpatronen, als gemeten met de Symptom Checklist (SCL-90; Derogatis e.a. 1973; Arrindell en Ettema 1986), en aantal en/of aard van door patiënten aangegeven psychosociale probleemgebieden. Verder werd nagegaan of er ten aanzien van bovengenoemde vragen verschillen tussen beide poliklinieken bestonden.

Methode

De onderzoekspopulatie bestaat uit patiënten die in 1983 en 1993 als nieuwe patiënt werden ingeschreven bij de polikliniek van het APZ-Drenthe, locatie Assen (voorheen: Licht en Kracht), en in 1985 en 1995 bij de Jelgersma-polikliniek van Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis Endegeest (tot 1989 behorend bij de RU Leiden) te Oegstgeest. Er werd gebruikgemaakt van gegevens die routinematig bij de intakes op deze poliklinieken werden verzameld. Gezien het grote aantal nieuwe aanmeldingen in 1983 in Assen werd uit deze populatie een systematische steekproef genomen (elke derde aanmelding).

De demografische kenmerken van de onderzoekspopulatie, te weten

leeftijd, geslacht, burgerlijke status, opleiding en woonsituatie, werden overgenomen uit de administratieve gegevens. In Assen werd in 1993 naast een descriptieve diagnose vrijwel steeds een DSM-III-R-classificatie vermeld, in 1983 echter nog niet. In Leiden waren zowel voor 1985 als 1995 DSM-III(-R)-codes beschikbaar. Sinds 1983 is het bij de aanmelding in Assen gebruikelijk dat ten tijde van de intake twee vragenlijsten worden ingevuld. De eerste is de SCL-90, een zelfscorelijst van negentig lichamelijke en psychische klachten, verdeeld over negen subschalen. Op deze manier werden de subjectieve klachtenpatronen vastgelegd. Deze lijst werd ook in Oegstgeest afgenomen. De tweede lijst is een inventarisatielijst van psychosociale probleemgebieden. Hierbij wordt de patiënt gevraagd om aan te geven of er op bepaalde specifieke gebieden wel of geen problemen zijn, zonder dat op de aard of ernst hiervan wordt ingegaan. De gebieden die op deze manier nagevraagd worden, betreffen: woonsituatie, de financiële situatie, problemen op het werk of met de studie, relatieproblematiek, gezins- of familieproblematiek en verslaving. Deze tweede lijst is alleen in Assen afgenomen.

Aan de opleiding werd, afhankelijk van het niveau, een score toegekend van 1 (LO) tot 5 (HBO/WO). De woonsituatie werd gecodeerd als inwonend, alleenwonend of samenwonend. Tevens werd uit de registratiegegevens overgenomen of er sprake was van een psychiatrische voorgeschiedenis (klinisch of poliklinisch) op het moment van verwijzing.

Indien de patiënt op een subschaal van de SCL-90 ten minste 80% van de antwoorden ingevuld had, werden eventuele ontbrekende antwoorden gesubstitueerd door de gemiddelde score van de overige antwoorden van de betreffende subschaal. Bij de analyse van de subscores werden alle subschalen betrokken die correct ingevuld waren; bij de analyse van de totaalscores werden alleen de patiënten betrokken die alle subschalen correct ingevuld hadden.

Voor de gegevens uit 1983 in Assen werd de beschikbare informatie volgens een vastgelegd protocol gecodeerd in DSM-III-R-hoofdcategorieën. Bij onzekerheid werd door een tweede beoordelaar onafhankelijk gecodeerd, waarna beide beoordelaars tot consensus probeerden te komen. In de praktijk leverde dit geen problemen op. Waar een nadere specificatie binnen de hoofdcategorie op deze wijze onmogelijk was, werd dit als zodanig gecodeerd. Pas nadat alle codes schriftelijk waren vastgesteld, werd overgegaan tot data-entry en analyse.

Voor de statistische verwerking van de gegevens werden alle onderzoekspopulaties beschouwd als steekproeven. Statistische analyse geschiedde met het pakket SPSS 7.5. Bij vergelijken van leeftijdsverdelingen en SCL-score-profielen werd gebruikgemaakt van t-toetsen. Deze werden altijd voorafgegaan door een F-toets om te bepalen of de t-toets voor 'gepoolde' of voor verschillende varianties gebruikt moest

worden. De overige variabelen werden met chi-kwadraattoetsen vergeleken. Binnen kruistabellen werd de hypothese van een lineaire trend getoetst met Kendall's tau-c.

Resultaten

In 1983 vonden in Assen 783 nieuwe inschrijvingen plaats, waarvan er na steekproefname 261 deelnamen aan het onderzoek. In 1993 werden 552 nieuwe patiënten ingeschreven. In Leiden waren deze aantallen 547 voor 1985 en 426 voor 1995.

Hieronder geven we de resultaten in gecondenseerde vorm weer. De gebruikte toets (zie paragraaf Methoden, laatste alinea), de waarde van de toetsingsgrootte en de bijbehorende p-waarde worden niet apart vermeld, evenmin als het aantal personen waarvoor het betreffende gegeven niet bekend was. Geïnteresseerden kunnen deze gegevens opvragen bij de eerste auteur. Een * betekent $p < 0.05$, ** betekent $p < 0.01$, *** betekent $p < 0.001$.

Demografische variabelen – In Assen daalde het percentage mannen van 47 naar 43, in Oegstgeest van 47 naar 37 (**). De gemiddelde leeftijd daalde van 39 naar 37 en van 36 naar 37. Zowel in Assen als in Oegstgeest steeg het opleidingsniveau bij vrouwen significant (*), maar niet bij mannen. In Assen daalde het percentage patiënten met een vaste partner van 74 naar 63 (**); daarmee parallel steeg het percentage alleenwonenden van 23 naar 29. In Oegstgeest steeg het percentage alleenwonenden van 36 naar 47 (***). Swinkels (1994) vermeldt voor data uit 1988 (AMC-polikliniek) 64% met een vaste partner, en 23% alleenwonenden.

Psychiatrische voorgeschiedenis – In Assen steeg het percentage patiënten met een eerdere behandeling (bij RIAGG, maatschappelijk werk, CAD, enz.) van 51 tot 65 (***), in Oegstgeest van 64 tot 66. In 1983/5 is het verschil tussen Assen en Oegstgeest significant (***). Terwijl in 1983 21% van de in Assen aangemelde patiënten al een AMW-contact had gehad en 16% een RIAGG-contact, was dit in 1993 31% respectievelijk 38%.

DSM-hoofdcategorieën – De gestelde hoofddiagnoses staan in termen van DSM-hoofdcategorieën vermeld in tabel 1. Daarin is tevens vermeld of de verandering in tien jaar per locatie significant was.

In dezelfde tabel worden ook de locaties onderling vergeleken. Wanneer in 1995 in Oegstgeest niet zoveel meer eetstoornissen zouden zijn gezien, zouden de vermelde percentages in de kolom Oegstgeest 1995 een factor 1.1 hoger zijn geweest. De genoemde verschillen zouden dus zijn blijven bestaan.

Tabel 1: De gestelde hoofddiagnoses in termen van DSM-hoofdcategorieën, voor Assen (1983/93) en Oegstgeest (1985/95)

Diagnose	Assen			Oegstgeest			A/L 83/5	A/L 93/5
	1983 n = 241	1993 n = 460	p	1985 n = 528	1995 n = 406	p		
Stemmingsstoornis	40,7	28,9	**	21,0	17,5		***	***
Angststoornis	17,8	19,8		27,3	25,4		**	*
Psychotische stoornis	5,8	4,1		2,1	1,7			
Somatoforme stoornis	4,1	2,2		3,2	3,7			
Dissociatieve stoornis	2,1	1,3		0,4	0,7			
Eetstoornis	1,2	1,5		2,8	11,1	***		
Organisch psychosyndroom	0,4	0,7		0,8	0,2			
Psychoactieve middelen	1,2	1,7		3,4	3,2			
Overige As I-diagnoses	6,6	10,4		15,0	8,4	***		
Diagnose uitgesteld	0,8	3,0		10,0	8,9		***	***
Geen psychiatrische diagnose	19,1	26,3	*	24,1	28,1			

De kolom onder 'p' geeft aan of de verandering in tien jaar per locatie significant was

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

De laatste twee kolommen geven aan of het verschil tussen Assen en Oegstgeest in 1983/5 resp. 1993/5 significant was

Wegens de forse daling van het aandeel van de stemmingsstoornissen in Assen werden drie nadere analyses verricht. In de eerste plaats bleek het in 1983 vaak (62%) niet mogelijk om de stemmingsstoornis nader te specificeren als bijvoorbeeld een depressie in engere zin, wegens het ontbreken van mededelingen over aan- of afwezigheid van symptomen die dienen als criterium binnen het DSM-systeem. Voorzover het mogelijk was om nader te specificeren, waren de verdelingen over de sub-categorieën bipolaire stoornis, depressie i.e.z., recidiverende depressie, dysthymie, enzovoort, voor 1983 en 1993 echter vergelijkbaar. In de tweede plaats bleek, wanneer we kijken naar stemmingsstoornissen versus overige stoornissen, dat in 1983 de huisarts in 18% respectievelijk 20% zelf al had geprobeerd om te behandelen. Bij stemmingsstoornissen werd dan in 80% van de gevallen een medicijn voorgeschreven, en in één van de vier gevallen was dat een antidepressivum. In 1993 heeft de huisarts bij stemmingsstoornissen in 62% van de gevallen al een behandeling gestart (bij niet-stemmingsstoornissen 48%), nu betreft het in 55% van de gevallen een medicamenteuze behandeling, waarbij ruim twee van drie patiënten een antidepressivum kregen voorgeschreven. Voor de niet-stemmingsstoornissen blijft de verhouding hetzelfde in 1983 en 1993. Kennelijk behandelden in 1993 de huisartsen met name stemmingsstoornissen vaker eerst zelf. De verwachting zou dan zijn dat de meer gecompliceerde gevallen relatief vaker worden verwezen. Van

de patiënten met een uitgestelde diagnose in 1993 is aanvullend nagegaan wat de uiteindelijke diagnose was. Stemmingsstoornissen kwamen bij deze groep iets vaker voor (5/14) dan in de hele steekproef, en gingen drie keer gepaard met psychose/schizofrenie, eenmaal met een PTSS, en eenmaal met ernstige suïcidaliteit, uiteindelijk leidend tot suïcide; inderdaad dus gecompliceerde casus. Ten derde werd voor patiënten met een stemmingsstoornis de SCL-90-score op de depressie-subschaal in 1983 vergeleken met die in 1993. De gemiddelden waren 46.4 en 47.2, een niet-significante stijging.

SCL-90-gegevens – De schaalscores en de totaalscores op de SCL-90 zijn vermeld in tabel 2. De kolom ‘A’dam’ vermeldt de gegevens van Swinkels (data uit 1988).

In Assen bestond tussen 1983 en 1993 geen enkel significant verschil. In Oegstgeest was er alleen een statistisch significante maar geringe daling op de angstschaal (**).

Psychosociale problematiek – Een overzicht van de antwoorden op de vragenlijst naar psychosociale problematiek is weergegeven in tabel 3.

Bespreking

Twee opvallende verschillen tussen 1983/5 en 1993/5 zijn vermoedelijk eenvoudig te verklaren. De afname van het aantal nieuwe aanmeldingen in Assen houdt waarschijnlijk rechtstreeks verband met de opening van een nieuwe PAAZ in de regio (Drachten), en het wegvallen

Tabel 2: Schaalscores en totaalscores op de SCL-90

	Assen		Oegstgeest		A'dam
Schaal	1983 n = 171	1993 n = 361	1985 n = 329	1995 n = 325	1988 n = 88
Angst	23,5	23,4	26,5	24,4	24,1
Agorafobie	13,6	12,6	14,3	13,4	13,5
Depressie	40,6	41,9	42,5	42,2	40,5
Somatisatie	23,9	24,8	26,5	25,3	26,0
Obs/comp	20,3	20,9	21,5	21,4	20,5
Paranoïdie	36,9	38,8	37,3	37,8	36,5
Hostiliteit	10,7	11,3	10,8	11,0	11,0
Slaapstoornis	7,1	7,5	7,4	7,7	8,0
Overigen	15,5	16,6	16,1	17,1	16,5
Totaalscore	192,9	198,3	202,9	200,3	196,5

De kolom ‘A’dam’ vermeldt de gegevens van Swinkels (data uit 1988)

Tabel 3: Psychosociale problematiek

Assen			
Probleemgebied	1983	1993	p
Woonsituatie	27,4	29,1	
Financiën	30,4	36,7	
Relatie	58,6	49,4	*
Gezin	44,4	37,1	*
Werksituatie	43,3	32,2	**
Verslaving	20,1	12,6	*

Patiënten konden meer dan één mogelijkheid aankruisen

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

van de poliklinische functie in Stadskanaal. Hoewel de aanmelding voor de polikliniek in de onderzochte periode niet aan regiogrenzen gebonden was, kan het verminderde aanbod vermoedelijk op het conto van deze twee ontwikkelingen worden geschreven. De opvallende toename van het aantal gediagnosticeerde eetstoornissen in Oegstgeest heeft hoogstwaarschijnlijk te maken met de oprichting in de Jelgersma-kliniek van een afdeling, specifiek gericht op de klinische behandeling van eetstoornissen.

In de demografische variabelen zien we een toename van het percentage aangemelde vrouwen in Oegstgeest; in Assen is de trend in dezelfde richting. Verder zien we een duidelijke stijging van het opleidingsniveau bij vrouwen. Deze twee bevindingen passen bij de bekende bevinding dat hoger opgeleiden eerder de weg naar de GGZ vinden. In Oegstgeest kan daarnaast de bovengenoemde aandacht voor eetstoornissen (meestal vrouwen) hierin bijgedragen hebben. Ook zien we in Assen een duidelijke afname van het aantal door patiënten zelf gemelde verslavingsproblemen. Aangezien verslavingsproblemen zich vaker bij mannen dan bij vrouwen voordoen, is het niet ondenkbaar dat een deel van deze mannen in 1993 door de huisarts eerder naar het CAD werd verwezen dan naar de polikliniek; met de verzamelde gegevens is dat echter niet na te gaan. Ten slotte zien we duidelijk meer alleenstaanden in 1993. Aangezien de trend in de tijd past bij gegevens voor de huisartspraktijk (Wilmink 1989) en de RIAGG's (Van der Sande e.a. 1992), hebben we hier waarschijnlijk te maken met een weerspiegeling van algemene maatschappelijke processen (toenemende individualisering).

In 1993 had in Assen een groter percentage van de aangemelde patiënten een psychiatrische voorgeschiedenis dan in 1983; met name waren patiënten vaker al bij AMW of RIAGG geweest. Het lijkt erop dat de huisartsen in deze regio tegenwoordig de polikliniek van het APZ

pas in tweede instantie overwogen als behandelsetting. Dat zou passen bij de bevinding dat patiënten in 1993 minder psychosociale problemen aangaven dan in 1983. Patiënten met psychosociale problematiek zonder evidente psychiatrische klachten worden tegenwoordig vermoedelijk preferentieel naar AMW of RIAGG verwezen. Waarschijnlijk is er dus geen sprake van een werkelijke vermindering van beleefde psychosociale problematiek. Literatuurgegevens over vermindering van psychosociale problematiek werden niet gevonden. Het onderzoek van Van der Sande laat, zoals te verwachten, zien dat de RIAGG-patiënt gemiddeld meer psychosociale problemen rapporteert dan de doorsnee Nederlander (Van der Sande 1992). Conclusies kunnen in dit verband pas getrokken worden wanneer meer gegevens uit andere behandelsettingen beschikbaar komen.

De subjectieve klachtenpatronen van patiënten vertonen, zowel in de tijd als tussen locaties, een opvallende overeenkomst in totaalscore en scores op subschalen, met als enige uitzondering de angst-subschaal in Oegstgeest. Op twintig tests is één significante uitslag niet in strijd met de hypothese dat er geen verschil is. De grote patiëntenaantallen verlenen de berekening een grote power, zodat met vrij grote zekerheid gesteld kan worden dat er werkelijk geen verschil is. Alhoewel er bij verschillende van de reeds genoemde onderzoeken gebruik werd gemaakt van de SCL, is helaas weinig materiaal ter vergelijking voorhanden. Bij een onderzoek van Beijne op de polikliniek van het PC Bloemendaal (Beijne en Hoencamp 1991) worden de SCL-scores niet expliciet vermeld; het onderzoek van Van der Sande (1992) maakt gebruik van een aangepaste, verkorte versie van de SCL, de SCL-45. In het onderzoek van Swinkels (1994) op de polikliniek van het AMC werden de SCL-90-lijsten pas na het vierde intakegesprek afgenomen, zodat onduidelijk blijft in hoeverre deze scores representatief zijn voor de klachten bij aanmelding. Overigens vertonen de in dit onderzoek vermelde scores op de verschillende schalen een zeer sterke overeenkomst met de resultaten van ons onderzoek, waar de lijsten vóór de intake ingevuld werden. De conclusie lijkt onvermijdelijk dat qua subjectief beleefde klachten er geen verschillen bestaan tussen poliklinieken van APZ'en en universitaire centra, en dat er in dat opzicht in tien jaar ook niets is veranderd.

Zowel in 1983 als in 1993 vormden stemmingsstoornissen en angststoornissen de belangrijkste verwijfsredenen, en zij zijn samen verantwoordelijk voor ongeveer 50% van het patiëntenaanbod. Dit komt overeen met bevindingen op de poliklinieken van Oegstgeest en het AMC (Swinkels 1994). Ziektebeelden die momenteel in de media sterk in de aandacht staan, zoals anorexia nervosa, boulimie en dissociatieve stoornissen, vormen slechts een klein deel van het patiëntenaanbod. Verslavingsproblematiek wordt ook slechts bij een zeer beperkt patiëntenaantal als diagnose gesteld, waarschijnlijk door de op dit terrein on-

betwistbare positie van de consultatiebureaus voor alcohol en drugs (CAD's). Voor sommige diagnoses, zoals alcoholisme en dissociatieve stoornissen, geldt overigens dat vaak pas in de loop van een behandeling duidelijk wordt dat hier sprake van is.

In Assen is er sprake van een zeer significante vermindering van het percentage patiënten met stemmingsstoornissen. Doordat in 1983 nogal eens niet tot specificatie van de stemmingsstoornis kon worden overgegaan, zou deze vermindering in principe toegeschreven kunnen worden aan een registratie-artefact. Het is denkbaar dat in 1983 (vóór invoering van het DSM-systeem in Assen) beelden nog 'depressie' werden genoemd, die in 1993 (na invoering van het DSM-systeem) 'aanpassingsstoornis met depressieve stemming' of 'geen psychiatrische diagnose' werden genoemd; de afname van het aandeel van de stemmingsstoornissen zou dan kunnen worden toegeschreven aan de (overigens niet-significante) toename in het aandeel van deze categorieën. Dit zou passen bij de bevinding dat in Oegstgeest – waar zowel in 1985 als in 1995 het DSM-systeem werd gehanteerd – een dergelijke verschuiving niet optrad, en eveneens bij de constatering dat de SCL-90-scores op de subschaal depressie bij patiënten met een stemmingsstoornis geen duidelijke verschuiving van 1983 naar 1993 laten zien. Met name voor de SCL-subschalen voor depressie en angst is in enkele onderzoeken een verband aangetoond tussen de scores op deze schalen en nosologische DSM-III-R-diagnoses (Koeter 1992). Wil de 'artefact'-redenering sluiten, dan hadden (vrijwel) alle niet-specificeerbare stemmingsstoornissen in 1983 'eigenlijk' onder de categorieën 'aanpassingsstoornis' en 'geen psychiatrische diagnose' moeten vallen.

Een andere interessante hypothese is dat patiënten met stemmingsstoornissen, met name depressies, in 1983 sneller werden verwezen dan in 1993. De veronderstelling zou dan zijn dat huisartsen nu meer dan in het verleden proberen om een depressie eerst zelf te behandelen, waardoor alleen de behandelingsresistente en/of gecompliceerde beelden (en mogelijk ook de patiënten met een verder-reikende hulpvraag, bijvoorbeeld psychotherapie) nog verwezen worden. De vermelde resultaten over door de huisarts al ingestelde behandeling, en over de groep patiënten met uitgestelde diagnose, wijzen zeker in deze richting.

De meest waarschijnlijke verklaring voor de afname van het aandeel van de stemmingsstoornissen in Assen lijkt ons een combinatie van beide bovengenoemde effecten: zowel een DSM-effect als ander gedrag van de verwijzende huisartsen.

Al met al is er dus sprake van een in onze ogen opmerkelijke constantie in het aanbod, wanneer dit volgens vaste methoden in kaart wordt gebracht. Argumenten ontleend aan veronderstelde veranderingen in dit aanbod dienen onzes inziens derhalve met scepsis te worden bekeken.

Conclusie

Gegevens over het patiëntenaanbod aan APZ-poliklinieken zijn in de Nederlandse literatuur niet voorhanden. Dit onderzoek beschrijft dit aanbod voor twee APZ-poliklinieken, in Assen en in Oegstgeest. Tevens werd nagegaan of er over de periode van 1983 tot 1993 (resp. 1985 tot 1995) veranderingen in dit aanbod zijn opgetreden. De resultaten werden waar mogelijk vergeleken met die voor een universitaire polikliniek.

Wezenlijke veranderingen in de tijd werden op één uitzondering na niet gevonden. De leeftijds- en geslachtsverdeling verschilden niet significant, en de subjectieve klachtenpatronen, als gemeten met de SCL-90, vertoonden zelfs een zeer sterke overeenkomst. Het opleidingsniveau bij vrouwen nam toe. Het aantal vermelde psychosociale problemen nam af, mogelijk samenhangend met verwijzing naar de RIAGG eerder dan naar de polikliniek van een APZ. Bij het APZ in Assen werd een duidelijke afname geconstateerd van het aantal patiënten met een stemmingsstoornis. Als meest waarschijnlijke verklaring werden op basis van de beschikbare gegevens genoemd: de introductie van het DSM-systeem waardoor de definitie van depressie mogelijk een verandering heeft ondergaan, en een verandering in het gedrag van huisartsen; zij behandelen vermoedelijk veel vaker eerst zelf.

In 1993/5 verschilden beide APZ-poliklinieken in de onderzochte opzichten niet wezenlijk van elkaar, noch van de polikliniek van een universitair centrum.

Summary: Presenting for psychiatric care at two out-patient clinics: what changes in a decade?

Data on diagnosis at intake are lacking for out-patient clinics of General Psychiatric Hospitals in The Netherlands, and so are longitudinal data. In this study, such data were collected at an out-patient clinic in the North of The Netherlands, and compared to similar unpublished data from an out-patient clinic in the West. Results showed remarkable constancy and similarity, the only exception being a fall in diagnosed mood disorders in the North. This effect was attributed to the introduction of the DSM-system and changing treatment strategies of general practitioners.

Literatuur

- American Psychiatric Association (APA) (1987). *Diagnostic and statistical manual of psychiatric disorders* (3rd revised edition). Washington.
- Arrindell, W.A., & Ettema, J.H.M. (1986). *Een multidimensionele psychopathologie indicator*. Lisse: Uitgeverij Swets & Zeitlinger.
- Barrett, J.E., Barrett, J.A., Oxman, T.E., e.a. (1988). The prevalence of psychiatric disorders in a primary care practice. *Archives of General Psychiatry*, 45, 1100-1106.
- Beijne, S., & Hoencamp, E. (1991). Wensen van patiënten van een psychiatrische polikliniek; enige ervaringen met een verkorte behoeftenvragenlijst. *Maandblad*

- voor *Geestelijke Volksgezondheid*, 1, 34-42.
- Berg, J.F.M. van den, Spijker, J., van Limbeek, J., e.a. (1995). Psychopathologie bij verzorgingshuisbewoners in Amsterdam. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 26, 65-70.
- Bosma, A. (1990). Psychiatrische problematiek bij zelfstandig wonende ouderen en verzorgingsstehuisbewoners. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 32, 173-183.
- Derogatis, L.R., Lipman, R.S., & Covi, L. (1973). SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale; preliminary report. *Psychopharmacological Bulletin*, 9, 13-28.
- Häfner, H., & Klug, J. (1982). The impact of an expanding community mental health service on patterns of bed usage: Evaluation of a four-year period of implementation. *Psychological Medicine*, 12, 177-190.
- Häfner, H. (1985). Are mental disorders increasing over time? *Psychopathology*, 18, 66-81.
- Katon, W., von Korff, M., Lin, E., e.a. (1990). Distressed high utilizers of medical care; DSM-III-R diagnoses and treatment needs. *General Hospital Psychiatry*, 12, 355-362.
- Koeter, M.W.J. (1992). Validity of the GHQ and SCL anxiety and depression scales. *Journal of Affective Disorders*, 24, 271-279.
- Ormel, J., & Giel, R. (1983). Omvang, beloop en behandeling van psychische stoornissen in de praktijk van de huisarts. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 25, 688-710.
- Ormel, J., van den Brink, W., van der Meer, K., e.a. (1994). Prevalentie, signalering en beloop van depressies in de huisartsenpraktijk. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 138, 123-126.
- Sande, R. van der, van Hoof, F., & Hutschemaekers, G. (1992). *Vraag en aanbod in de RIAGG*. Utrecht: Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid.
- Swinkels, J.A. (1994). 'Wat mag ik voor U doen?'; een exploratief onderzoek naar de hulpvraag van patiënten op een polikliniek psychiatrie. Universiteit van Amsterdam (proefschrift).
- Wilmink, F.W. (1989). *Patient, physician, psychiatrist; assessment of mental health problems in primary care*. RU Groningen: Afdeling Sociale Psychiatrie.

F.W. Wilmink, A-opleider psychiatrie, psychiater, APZ-Drenthe; Ph. Spinhoven, klinisch psycholoog/psychotherapeut, UHD vakgroep Psychiatrie, RU Leiden; A.F.G. Leentjens, destijds arts-assistent in opleiding tot psychiater APZ-Drenthe, thans psychiater, AZ Maastricht; A.J.W. van der Does, psycholoog, UD vakgroep Psychiatrie, RU Leiden; S.G. Sicco Smit, arts-assistent in opleiding tot psychiater, APZ-Drenthe; M.A.W. Verwielen, arts-assistent in opleiding tot psychiater, APZ-Drenthe; O.M. Voorhoeve, psycholoog APZ-Drenthe, thans RIAGG Groningen. Correspondentie-adres: dr. F.W. Wilmink, APZ-Drenthe, locatie Assen, Postbus 30007, 9400 RA Assen, tel. 0592-334120, fax 0592-334179.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 10-7-1997.