

Oorspronkelijk artikel

Epidemiologisch onderzoek naar chronisch psychiatrische patiënten in Nederland: conclusies uit regionale prevalentiestudies

door H. Kroon, J. Theunissen, J. van Busschbach, E. Raven en D. Wiersma

Samenvatting

Op basis van zeven regionale onderzoeken wordt een schatting gepresenteerd van het aantal chronisch psychiatrische patiënten in Nederland. Geconcludeerd wordt dat circa 3 op elke 1000 Nederlanders langdurig gebruikmaakt van psychiatrische zorg. De verschillen die per regio optreden, zijn goed te voorspellen vanuit verschillen in de bevolkingsdichtheid. Gepresenteerd wordt een formule die behulpzaam kan zijn bij prevalentieschattingen in niet onderzochte regio's. Beschreven wordt hoe de populatie chronisch psychiatrische patiënten is te typeren in termen van psychiatrische problematiek, sociaal-demografische kenmerken, functioneren en zorggebruik. Opvallend is daarbij de grote heterogeniteit van de populatie zowel wat betreft de psychiatrische diagnose als wat betreft het patroon van zorg. In de conclusie wordt de validiteit van de gehanteerde onderzoeksdefinitie en de betrouwbaarheid van de methode besproken. Daarnaast wordt ingegaan op de vraag naar het aantal personen met ernstige en langdurig bestaande problematiek dat geen gebruikmaakt van de GGZ. Op basis van drie onderzoeken onder huisartsen schatten wij de totale prevalentie van chronisch psychiatrische patiënten op ten minste 4,5 per 1000 inwoners.¹

Inleiding en vraagstelling

Over het aantal chronisch psychiatrische patiënten in Nederland doen uiteenlopende schattingen de ronde. De NZR hield het in 1987 op 30.000 à 40.000 patiënten, terwijl Janssen (1991) uitging van 60.000 à 90.000 patiënten. Schene (1995) schatte recent het aantal chronisch ofwel langdurig van zorg afhankelijke psychiatrische patiënten op 100.000. Deze schattingen zijn gebaseerd op globale extrapolaties van voor andere doeleinden geregistreerde gegevens. Tot voor kort waren er weinig specifieke gegevens over deze groep patiënten voorhanden, terwijl de beschikbare studies onderling onvoldoende vergelijkbaar waren. Inmiddels vond een viertal studies plaats met een vergelijkbare onderzoeksmethode in de regio's Midden-Twente (Schreurs 1990; Schreurs & Wiersma 1992), West-Friesland (Kroon 1992), Noordoost-

Groningen (Van Busschbach & Wiersma 1995) en bij de RIAGG Amsterdam Zuid/Nieuw-West (Theunissen & Raven 1997). Daarnaast werd met gebruik van afwijkende procedures onderzoek verricht in Den Haag (Janssen & Van Weeghel 1990), de regio Amsterdam Zuid/Nieuw-West (Theunissen 1992), Zeeland (Roest 1991) en Drenthe (Sytema & Schreurs 1993).

In dit artikel proberen we de resultaten van de bovengenoemde regionale prevalentieonderzoeken te integreren. De vraagstelling luidt:

- Zijn regionale verschillen in prevalentie te verklaren uit in de literatuur vermelde indicatoren voor de omvang van de chronisch psychiatrische populatie? Wij gaan dit na voor de intramurale zorgconsumptie in een regio en de bevolkingsdichtheid (vergelijk Janssen 1991).
- Kan op basis van de regionale studies een betrouwbare schatting gemaakt worden van het aantal chronisch psychiatrische patiënten in Nederland?
- Hoe is de groep chronisch psychiatrische patiënten te typeren in termen van psychiatrische problematiek, sociaal-demografische kenmerken en functioneren en van welke hulp maken zij gebruik?

Methode

Criteria voor chroniciteit – Op dit moment bestaat er een grote mate van overeenstemming over een globale omschrijving van chronisch psychiatrische patiënten. Het gaat om mensen met langdurig bestaande psychische stoornissen en beperkingen, waardoor zij zich zonder hulp niet in redelijke mate staande kunnen houden in de samenleving (Wiersma e.a. 1988; NZR 1987; Janssen 1991; Schnabel 1991; Van Wel 1994).

Schreurs en Wiersma (1992) hebben bovenstaande omschrijving ge-operationaliseerd, in aansluiting op voorstellen van Gruenberg en Pepper (1982). De door hen ontwikkelde criteria luiden: er is sprake van

- een psychiatrische stoornis volgens DSM;
- actuele psychische stoornissen;
- beperkingen in het sociaal functioneren;
- een chronisch beloop van de ziekte;
- contact met de GGZ in de afgelopen twee jaar met behandelvrije perioden van maximaal een half jaar.

Bij vier van de studies die in dit artikel centraal staan, is gebruikgemaakt van bovenstaande criteria: de drie regionale onderzoeken in respectievelijk Midden-Twente, West-Friesland en Noordoost-Groningen en het instellingsgebonden onderzoek binnen de RIAGG-Amsterdam Zuid/Nieuw-West. Bij de andere studies zijn de criteria veelal als inspiratiebron gebruikt, zonder ze echter exact te hanteren.

Bronnen – In de bovengenoemde vier studies werd binnen de deelnemende GGZ-instellingen een administratieve voorselectie gemaakt van patiënten ouder dan 20 jaar die in de onderzoeksregio woonden en de afgelopen twee jaar in behandeling waren geweest bij de eigen instelling. De hulpverleners van deze patiënten beoordeelden hun case-load aan de hand van de selectiecriteria op chroniciteit en vulden voor elke geselecteerde patiënt een formulier in. De onderzoekers controleerden de formulieren op dubbelmeldingen.

Bij de overige onderzoeken werden andere informatiebronnen gebruikt: in Zeeland is de administratie van verscheidene instellingen geraadpleegd, in Drenthe is gebruikgemaakt van een casusregister en in Den Haag en Amsterdam is aan hulpverleners gevraagd een schatting te maken van het aantal chronische patiënten in hun case-load. Afgezien van het Drentse onderzoek was geen adequate controle op dubbelmeldingen mogelijk.

Resultaten

Prevalentie – Tabel 1 geeft een overzicht van de gevonden prevalentie van chronisch psychiatrische patiënten per onderzochte regio naast de bevolkingsdichtheid in de regio en de intramurale-zorgconsumptie. De prevalentie varieert van 1,7‰ voor Midden-Twente tot 7,9‰ voor Den Haag. Het promillage chronisch psychiatrische patiënten heeft een hoge correlatie met de indicatoren bevolkingsdichtheid ($r = .94$) en intramurale-zorgconsumptie ($r = .81$). Bevolkingsdichtheid en intramurale-zorgconsumptie zijn onderling eveneens hoog gecorreleerd ($r = .82$). Onder constanthouding van de andere indicator behoudt de bevolkingsdichtheid een veel sterkere relatie met de prevalentie (par-

Tabel 1: Prevalentie van chroniciteit binnen de GGZ, bevolkingsdichtheid en intramurale-zorgconsumptie per onderzoeksregio

	prevalentie ‰	inwoners per km ²	opnamen per 1000 inwoners ¹
Drenthe (Sytema & Schreurs 1993)	2,6	166	2,9
NO-Gron. (Van Busschbach & Wiersma 1995)	2,6	171	2,0
Zeeland (Roest 1991)	3,3	198	3,0
M-Twente (Schreurs 1990)	1,7	339	2,9
W-Friesland (Kroon 1992)	3,1	495	1,9
Amsterdam Z/NW (Theunissen 1992)	5,5	5840	3,5
Den Haag (Janssen & Van Weeghel 1990)	7,9	6745	4,5
Nederland	3,0 ²	439	2,7

1. Aantal opnamen in APZ, PAAZ en PUK in 1990 (SIG 1991; NZR/SIG 1992).

2. Schatting op basis van de regionale studies (zie tekst; ook Kroon 1996).

tiële $r = .82$) dan de intramurale-zorgconsumptie (partiële $r = .21$).

De hoge correlatie tussen bevolkingsdichtheid en prevalentie vormt de basis voor de schatting voor heel Nederland in de onderste rij van de tabel (Kroon 1996). De formule luidt:

$$\% \text{ chronisch psychiatrische patiënten} = 2,68 + \text{bevolking per km}^2 * .00065$$

Alleen Midden-Twente kent een belangrijk verschil tussen de in het onderzoek gevonden prevalentie en de prevalentie die verwacht zou mogen worden bij toepassing van bovenstaande formule (in onderzoek: 2,0%, volgens formule: 2,9%). Waarschijnlijk is er in dit onderzoek sprake geweest van onderrapportage van chroniciteit (Kroon 1996).

Met behulp van bovenstaande formule schatten wij de omvang van de groep chronisch psychiatrische patiënten in Nederland, in begeleiding bij de GGZ anno 1997, op circa 47.000. Dit zijn 3,0 personen op elke 1000 inwoners.² Het 95%-betrouwbaarheidsinterval loopt van 2,1% tot 3,8%. De formule maakt een tentatieve schatting voor niet onderzochte regio's mogelijk.

Kenmerken van de chronisch psychiatrische patiënt – In tabel 2 staan de in de regionale studies door de hulpverlener toegekende psychiatrische diagnoses vermeld, gecodeerd volgens DSM-IV-classificatie. De diagnoses

Tabel 2: Psychiatrische problematiek chronische patiënten in GGZ-zorg per onderzoeksregio

	Midden-Twente (n = 181)	West-Friesland (n = 481)	Noordoost-Groningen (n = 496)
Diagnose ¹	%	%	%
– stoornissen kindertijd/ psycho-organische syndromen	1	5	5
– stoornissen gerelateerd aan gebruik psycho-actieve stoffen	11	–	3
– schizofrenie/ overige niet-affectieve psychosen	26	36	28
– depressie/bipolaire stoornis	21	41	31
– overige As I-stoornissen	26	9	18
– persoonlijkheidsstoornis	16	9	15

1. Hoofddiagnoses volgens DSM-IV. Specificatie: stoornissen kindertijd 299, 307, 309, 312-315; psycho-organisch syndroom 293, 294; stoornissen gerelateerd aan gebruik psychoactieve stoffen 291, 292, 303-305; schizofrenie/overige niet-affectieve psychosen 293, 295, 297, 298; stemmingsstoornissen 296, 300.4, 301.1, 311; overige As I-stoornissen 300 (–300.4), 307, 308, 312, 316; persoonlijkheidsstoornis, code 301 (–301.1), 310.

zijn divers en beperken zich niet tot stoornissen van het schizofrene spectrum (circa 30%), depressie en bipolaire stoornis (samen ook circa 30%). Niet-psychotische stoornissen op As I van de DSM-IV-classificatie, zoals angst- en somatoforme stoornissen en dissociatieve stoornissen, vormen de primaire diagnose in ongeveer 20% van de gevallen; 9-16% van de chronische populatie krijgt een persoonlijkheidsstoornis als primaire diagnose.

In drie onderzoeken zijn de sociodemografische kenmerken in kaart gebracht (zie tabel 3). Vrouwen zijn iets oververtegenwoordigd binnen de chronische populatie. Over het geheel genomen is de leeftijdsopbouw van de chronische populatie niet afwijkend van die van de totale bevolking. De verschillen tussen de regio's in deze zijn echter groot. Vooral in Noordoost-Groningen, met in het verleden een relatief grote opnamecapaciteit, gaat het om een vergrijsde populatie: 36% van de chronisch psychiatrische patiënten is daar ouder dan 60 jaar.

De tabel bevat ook enkele indicatoren voor de aanwezigheid van sociale steun en de mate van maatschappelijke integratie. Terwijl onder de algemene bevolking circa tweederde gehuwd is, geldt dit voor slechts eenderde van de chronische populatie. Slechts een zeer klein deel heeft een betaalde baan op de arbeidsmarkt; de meesten hebben in het geheel geen regelmatige dagvulling of doen de eigen huishouding.

Tabel 3: Sociodemografische kenmerken chronische patiënten binnen de GGZ

	Midden-Twente (n = 181)	West-Friesland (n = 481)	Noordoost-Groningen (n = 496)
Vrouwen	60%	57%	57%
Leeftijd			
– 20-39	48%	33%	30%
– 40-59	39%	46%	32%
– 60-79	12%	20%	30%
– 80 en ouder	1%	2%	6%
Gehuwden	29%	39%	28%
Woonsituatie			
– alleen	40%	23%	23%
– in eigen gezin	39%	44%	28%
– beschermd	6%	19%	44%
– overig	15%	14%	5%
Betaald werk (incl. WSW-arbeid)	12%	15%	15%

De zorg aan chronisch psychiatrische patiënten – In enkele regionale onderzoeken is vastgesteld op welke leeftijd men voor het eerst contact had met een GGZ-instelling, wat de aard van dit eerste contact was en wat het aantal psychiatrische opnamen was. De gemiddelde leeftijd waarop er voor het eerst contact was met de GGZ, ligt in alle regio's rond de 34 jaar.

In de drie regio's waar deze gegevens bekend zijn, is de helft of meer van de chronisch psychiatrische patiënten al meer dan vijf jaar in zorg. Het merendeel heeft enkele opnamen achter de rug. Opvallend is echter ook dat 13-20% van de chronisch psychiatrische patiënten altijd ambulante behandeld is zonder dat er ooit sprake is geweest van een opname. In West-Friesland is deze groep nader onderzocht en bleek dat deze in relatief gunstige omstandigheden verkeerde. Men had relatief vaak een partner, voldoende sociale steun en geregelde dagbesteding. De stoornissen waren over het algemeen niet-psychotisch van aard en de ernst van de problematiek werd door hulpverleners laag ingeschat (Kroon 1992).

In tabel 4 zijn de patiënten ingedeeld naar hun actuele zorggebruik. De indeling is hiërarchisch: 'long-stay'-patiënten zijn voorafgaand aan de peildatum langer dan twee jaar onafgebroken opgenomen geweest; 'short-stay'-patiënten zijn in de peilperiode opgenomen (geweest), maar kunnen bijvoorbeeld ook in dagbehandeling of in ambulante zorg zijn geweest; dagbehandeling-patiënten waren gedurende de peilperiode in dagbehandeling al dan niet afgewisseld met een periode van ambulante (of geen) behandeling; ambulante patiënten hadden gedurende de peilperiode alleen extramurale contacten.

De tabel toont grote verschillen tussen de regio's. Het aantal long-stay-patiënten varieert van 17% tot 40%, het percentage patiënten met alleen extramurale contacten van 26% tot 54%. Deels is de gebruikte onderzoeksmethode hieraan debet. De peilperiode in Drenthe bedraagt 45 maanden tegen 24 in de andere onderzoeken. De kans

Tabel 4: Actueel zorggebruik van chronisch psychiatrische patiënten binnen de GGZ

	Drenthe (n = 1140)	W-Friesland (n = 472)	M-Twente (n = 235)	NO-Groningen (n = 471)
Duur peilperiode	45 maanden	24 maanden	24 maanden	24 maanden
	%	%	%	%
Long-stay (≥ 2 jaar opgenomen)	32	17	19	40
Short-stay	32	26	42	20
Dagbehandeling	5	3	3	6
Ambulante behandeling	31	54	26	34

dat in deze extra maanden een periode van opname of dagbehandeling optreedt, is groter. Deels hebben deze verschillen echter ook te maken met verschillen in het zorgaanbod. In Midden-Twente is de short-stay-populatie relatief groot. Dit is vooral toe te schrijven aan het opnamebeleid van de regionale APZ, dat ten tijde van het onderzoek sterk gericht was op een zo snel mogelijk ontslag. Het APZ had destijds naar verhouding de meeste opnamen en ontslagen van Nederland. Overigens bleek in het Drentse onderzoek dat zelfs binnen één regio de zorgpatronen fors uiteen kunnen lopen (Sytema & Schreurs 1993).

Binnen de groep long-stay-patiënten zijn in alle regio's mannen oververtegenwoordigd. Deze groep kenmerkt zich tevens door het grote aantal schizofrene patiënten en mensen met een psycho-organische stoornis. Mensen uit de short-stay-populatie hebben veelal een minder lang verleden binnen de GGZ dan de long-stayers, maar onderscheiden zich verder op geen van de andere kenmerken.

Discussie

Rond het begrip 'chronisch psychiatrische patiënt' zijn belangrijke theoretische discussies gevoerd, mede vanuit het oogpunt van de noodzaak tot innovaties in de behandel- en begeleidingspraktijk van deze groep patiënten (o.a. Bachrach 1988; Van Wel 1994; Slade e.a. 1997). In de hier besproken onderzoeken heeft de term vooral gediend als een praktische verzamelnaam voor een categorie personen die gezien de ernst van hun psychische problemen en de daarmee samenhangende beperkingen in het dagelijks leven, langdurig gebruikmaken van de geestelijke gezondheidszorg. Het blijkt te gaan om een qua problematiek en zorggebruik heterogene populatie.

De verschillen per regio in de omvang van de populatie zijn goed te voorspellen vanuit verschillen in de bevolkingsdichtheid en niet zozeer vanuit verschillen in de intramurale-zorgconsumptie. De lagere voorspellende waarde van laatstgenoemde factor is vermoedelijk te verklaren uit de grote verschillen in aanbodfactoren in de onderzochte regio's wat betreft de afstand tot het APZ, het opnamebeleid van het APZ en aan- of afwezigheid van een PAAZ. In de ene regio is er bijvoorbeeld een grote overcapaciteit aan APZ-bedden, in de andere regio ligt het APZ veertig kilometer buiten de regio.

De relatie met de bevolkingsdichtheid – of urbanisatiegraad – geldt niet exclusief voor chroniciteit, maar is reeds veelvuldig vastgesteld voor tal van indicatoren voor psychopathologie (schizofrenie: Torrey & Bowler 1990; psychiatrische opnamen: Sytema 1991; psychische stoornissen: Hodiamont e.a. 1992; gebruik crisisdiensten: Jenner e.a. 1997). Bij deze relatie worden veelal twee verklaringen genoemd (Freeman 1994):

- sociale causatie: ongunstige sociale omstandigheden in (binnen)-steden leiden tot psychische stoornissen;
- sociale selectie of selectieve migratie: mensen met psychische stoornissen trekken naar de stad (vanwege het aanbod aan goedkope huisvesting en voorzieningen en de afwezigheid van hechte sociale structuren) en/of geestelijk gezonde mensen zijn geneigd de stad te verlaten.

Hoewel de vele onderzoeken op dit terrein vaak tot tegenstrijdige conclusies leiden (Freeman 1994), lijkt in het geval van stoornissen van het schizofrene spectrum de balans uit te slaan naar sociale selectie als verklaringsmechanisme (Giel e.a. 1987; Dohrenwend e.a. 1992; Weyerer 1994).

Hoe betrouwbaar zijn de hier gepresenteerde schattingen? Zowel de inventarisatie als de beschrijving van de kenmerken van de patiënt en de geboden zorg is gebaseerd op het oordeel van de betrokken hulpverlener. Daarmee bestaat het risico dat de uitkomsten beïnvloed zijn door verschillen in de wijze van beoordelen. Zowel Schreurs (1990) als Kroon (1992) concludeert op basis van vergelijking van de oordelen van verschillende hulpverleners over dezelfde patiënt dat de betrouwbaarheid echter voldoende tot goed is. Vergelijking van de selectie, gemaakt door de hulpverleners met een screening waarbij patiënten door getrainde onderzoekers werden geïnterviewd, wijst uit dat er nauwelijks sprake is van ‘vals positieven’: mensen die door hulpverleners als ‘chronisch psychiatrische patiënt’ werden beoordeeld maar bij wie in de interviews geen actuele psychopathologie, psychologische functiestoornissen en sociale beperkingen werden gevonden (Schreurs 1990; Theunissen 1995, ongepubliceerde gegevens).

Kroon (1996) besteedde aandacht aan de omvang van de groep ‘vals negatieven’: degenen die onterecht niet werden geselecteerd. Hij volgde tot vier jaar na afloop van het West-Friese prevalentieonderzoek de aanmeldingen voor een casemanagementteam in de regio. Dit team richtte zich speciaal op chronisch psychiatrische patiënten die in de reguliere zorg niet of onvoldoende geholpen werden. Omdat bij de prevalentieschatting juist op het oordeel van de reguliere zorgverleners vertrouwd werd, was hier een relatief hoog percentage vals negatieven te verwachten. Het bleek dat 41% van de aangemelde patiënten uit de doelgroep ten onrechte niet in het eerdere onderzoek was opgenomen. In Noordoost-Groningen werd het aantal vals negatieven geminimaliseerd doordat hulpverleners in aanwezigheid van de onderzoeker de criteria toepasten op hun hele case-load.

Al met al concluderen we dat de hier gepresenteerde schatting van 3,0 promille (of 47.000 personen anno 1997) als een ondergrens voor het werkelijke aantal – door de definitie omschreven – chronisch psychiatrische patiënten moet worden beschouwd.

De afbakening van de chronisch psychiatrische populatie is echter

onvermijdelijk arbitrair: aanpassing van de grenswaarden van criteria (bijvoorbeeld meer, minder of andere beperkingen) leidt tot een andere omvangsschatting. Maatgevend is welke doelgroep men in kaart wil brengen. De regio-onderzoeken van de afgelopen jaren dienden immers niet zozeer een theoretisch doel als wel een adequate planning en sturing van voorzieningen. Komen de gewenste doelgroep en de afgebakende populatie overeen?

Om deze vraag te beantwoorden keren wij eerst terug naar de oorsprong van de definitie. In historisch opzicht wordt veelal verwezen naar Gruenberg & Pepper (1982) als opstellers van de hier gehanteerde definitie van chroniciteit. Strikt genomen presenteerden zij echter een viertal afzonderlijke definities, namelijk voor geestesziekte, de status van patiënt, beperkingen en chroniciteit. Het was Giel (1984) in zijn klassieke artikel 'Onze moeite met moeilijke mensen' die deze criteria *gezamenlijk* introduceerde als afbakening van de chronisch psychiatrische populatie. Hierbij wijzigde hij het criterium status van patiënt van 'gebruiker van de gezondheidszorg' in 'gebruiker van de *geestelijke* gezondheidszorg'.

Met de beperking van de chronisch psychiatrische populatie tot GGZ-gebruikers is het de vraag of doelgroep en afgebakende populatie wel overeenstemmen. Er is toenemend een streven naar extramuralisering en vermaatschappelijking van de zorg. Algemeen wordt gevonden dat psychiatrie én samenleving een verantwoordelijkheid hebben voor moeilijk te engageren 'verkommerden en verloederden' (Borst-Eilers 1997). Gestreefd wordt naar een betere samenwerking tussen GGZ, maatschappelijke voorzieningen, familie en patiënten in de vorm van een zogenaamd maatschappelijk steunsysteem (Van Weeghel 1996; RVZ 1996).

Slade e.a. (1997) omschreven recent een vijftal dimensies voor de definiëring van chroniciteit. Naast het klassieke drietal: psychiatrische stoornis, beperkingen en duur van stoornis en beperkingen (Bachrach 1988) noemen zij:

- (on)veiligheid: zelfbeschadiging (zoals zelfverwaarlozing), bedreiging van andermans veiligheid, misbruik door anderen;
- informele of formele ondersteuning: hulp van familie, vrienden, vrijwilligers en professionele diensten.

Met name door de toevoeging van informele ondersteuners en professionals buiten de GGZ sluiten deze criteria beter aan bij de huidige visie op de zorg en opvang van chronisch psychiatrische patiënten. Zij zijn in principe te operationaliseren. Een belangrijk knelpunt is echter dat de populatie met de verruiming naar informele ondersteuning moeilijker in kaart te brengen is gezien het ontbreken van registratiebestanden op dit niveau.

Drie Nederlandse onderzoeken kunnen ons een voorlopig zicht geven op de ruimere populatie. Kroon (1996) vond in West-Friesland

– met huisartsen en aanmeldingen voor een casemanagementteam als bron – binnen de totale groep chronici een percentage van tussen de 23% en 35% zonder GGZ-contact.³ Theunissen (1992) en Hermanides-Willenborg (1989) deden in Amsterdam navraag bij huisartsen. Dit leverde respectievelijk percentages van 40% en 28% chronische patiënten zonder GGZ-contact op. Bij deze drie onderzoeken varieert dus het percentage chronische patiënten dat niet in zorg is bij de GGZ maar wel tot de populatie gerekend moet worden, van 23% tot 40% van het totale aantal chronische patiënten in een regio. Op elke twee patiënten binnen de GGZ kunnen we er dan circa één verwachten die buiten de GGZ in zorg is, of in het geheel geen zorg ontvangt. Daar de onderzoeken voornamelijk huisartsen als informatiebron gebruikten, dienen we deze schatting als een absolute ondergrens te beschouwen (Kroon & Hutschemaekers 1995). Patiënten die niet in (actief) zicht van de huisartsen waren, bleven namelijk buiten beschouwing.

Wanneer de definitie van chroniciteit zich beweegt in de voorgestelde richting, neemt de afgebakende populatie dus belangrijk toe. Niet alleen omdat de definitie wordt aangepast aan de veranderende 'vindplaatsen' van chronici, maar ook omdat met de definitie personen worden meegeteld die eerder niet tot de chronici zouden zijn gerekend. Door conceptuele verruiming is het aantal chronici schijnbaar gestegen van 18.000 langverblijvers in het APZ in 1970 (volgens de definitie van Offerhaus 1983) naar ten minste 75.000 informele en formele zorg ontvangende patiënten met ernstige en langdurig bestaande stoornissen en beperkingen in 1997.

Noten

1. Dit artikel kwam tot stand op basis van besprekingen in de werkgroep 'Psychiatrische Epidemiologie & Chroniciteit', waaraan naast de auteurs ook deelgenomen werd door M. Schreurs, W. van de Plas, D. van der Werf en L. Keidel.

2. De genoemde promillages zijn berekend ten opzichte van de totale bevolking, terwijl de meeste onderzoeken een leeftijdsgrens van circa 20 jaar hanteren. Bij beperking tot de bevolking vanaf 20 jaar komt het promillage voor Nederland op 4,3. De prevalentie van chroniciteit onder jongeren is relatief zeer klein. Een globale inventarisatie door de NVGGZ (1993) wees uit dat in Nederland in juli 1991 ongeveer 250 jongeren tot 18/19 jaar met chronisch psychiatrische problematiek in CPZ'en en APZ'en verbleven. Susser e.a. (1970) vonden onder de 15- tot 19-jarigen slechts 0,6% personen met chronische beperkingen tegen 6,4% bij oudere leeftijdsgroepen.

3. Het criterium GGZ-contact in de afgelopen twee jaar is daarbij vervangen door een *indicatie* voor GGZ-contact in de afgelopen twee jaar.

Summary: Epidemiological research on long-term use of mental health care in the Netherlands: A comparison of several regional studies

Seven regional studies on the population of long-term users of mental health care (i.e. more or a less continuous use over the past two years) in the Netherlands are compared. The prevalence of long-term mental health users in the Netherlands is estimated at about 3,0 per 1,000 of the population. The population density is a good predictor of regional differences in prevalence. A description is given of the sociodemographic and clinical characteristics of the population of long-term users and the content of mental health care received. The population is remarkably heterogeneous both in terms of psychiatric diagnosis and pattern of care. The validity of the research method and the definition of long-term use of mental health care are discussed. The studies were confined to actual mental health care consumers. Additional information of general practitioners gathered in three studies suggests that the total prevalence of the chronically mentally ill is at least 4,5 per 1,000 inhabitants.

Literatuur

- Bachrach, L.L. (1988). Defining chronic mental illness: A concept paper. *Hospital & Community Psychiatry*, 39, 383-388.
- Borst-Eilers, E. (1997). *Brief OGGZ* (GVM/MO/972892). Den Haag: Ministerie van VWS.
- Busschbach, J. van, & Wiersma, D. (1995). *Langdurig in zorg: beschrijving van de populatie chronisch psychiatrische patiënten in de regio Noordoost/Oost-Groningen*. Groningen: Afdeling Sociale Psychiatrie Rijksuniversiteit Groningen.
- Dohrenwend, B.P., Levav, I., Shrout, P.E., e.a. (1992). Socioeconomic status and psychiatric disorders: The causation-selection issue. *Science*, 255, 946-952.
- Freeman, H. (1994). Schizophrenia and city residence. *British Journal of Psychiatry*, 164 (suppl. 23), 39-50.
- Giel, R. (1984). Onze moeite met moeilijke mensen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 26, 244-261.
- Giel, R., Wiersma, D., & de Jong, A. (1987). Sociale klasse en psychische stoornissen: een Hollands drama? *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 29, 129-146.
- Gruenberg, E.M., & Pepper, B. (1982). *Definition of I Mental Illness, II Patient, III Disability, and IV Chronic*. WPA Conference on the chronically mentally ill, an international perspective, Baltimore.
- Hodiamont, P.P.G., Sijben, A.E.S., Koeter, M.W.J., e.a. (1992). Psychiatrische problematiek en urbanisatiegraad. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 34, 426-437.
- Janssen, M.A., & van Weeghel, J. (1990). *Bezigheden buitenshuis: arbeidsrehabilitatie en dagbesteding in Den Haag*. Utrecht: Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid.
- Janssen, M.A. (1991). De prevalentie van langdurige hulpafhankelijkheid van GGZ. *Tijdschrift Sociale Gezondheidszorg*, 69, 497-502.
- Jenner, J.A., Brook, F.G., Jenner, B.N.W.J., e.a. (1997). Urbanisatiegraad en gebruikers van de RIAGG-crisisdiensen. *Tijdschrift Sociale Gezondheidszorg*, 75, 172-176.
- Kroon, H. (1992). *Chronisch in West-Friesland: leefsituatie en functioneren van chronisch psychiatrische patiënten binnen en buiten de GGZ*. Utrecht: Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid.

- Kroon, H., & Hutschemaekers, G. (1995). De rol van de huisarts in de zorg voor chronisch psychiatrische patiënten: een epidemiologisch onderzoek. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 139, 1737-1741.
- Kroon, H. (1996). *Groeiende zorg: ontwikkeling van casemanagement in de zorg voor chronisch psychiatrische patiënten* (academisch proefschrift UU). Utrecht: Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid.
- NVGGz (1993). *Zorg op maat voor chronische patiënten in de kinder- en jeugdpsychiatrie*. Utrecht: NVGGz, publ.nr. 693.002.
- NZR (1987). *Chroniciteit, invaliditeit en voorzieningen*. Utrecht: Nationale Ziekenhuisraad.
- NZR/SIG (1992). *Patiëntenregister Intramurale Geestelijke Gezondheidszorg (PIGGZ). Landelijke tabellen psychiatrie 1990*. Utrecht: NZR/SIG.
- Raven, E., & Theunissen, J. (1993). *Chronische psychiatrie bij de Riagg Zuid/Nieuw-West: de resultaten van een onderzoek onder patiënten met chronisch psychiatrische problematiek bij de Riagg Zuid/Nieuw-West Amsterdam*. Amsterdam: Riagg Zuid/Nieuw-West Amsterdam.
- Roest, H. (1991). *Inventarisatie bestand chronische patiënten*. Goes: RIGG Zeeland.
- RVZ (1996). *Thuis in de GGZ: advies*. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorggerelateerde dienstverlening.
- Schene, A.H. (1995). *Grenzen: Over de identiteit van de geestelijke gezondheidszorg*. Rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar in de Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg aan de Universiteit van Amsterdam, 15 september 1995, Amsterdam.
- Schnabel, P. (1991). Gezondheidszorgonderzoek en de chronisch psychiatrische patiënt. *Tijdschrift Sociale Gezondheidszorg*, 69, 257-262.
- Schreurs, M. (1990). *Over chronische psychiatrie in Midden-Twente: een epidemiologisch onderzoek in Midden-Twente naar het functioneren en de zorgbehoefte van mensen met chronische psychiatrische problematiek*. Hengelo: RIAGG Midden-Twente.
- Schreurs, M., & Wiersma, D. (1992). Chronische psychiatrische patiënten in Midden-Twente: een epidemiologisch onderzoek naar hun functioneren en hun zorgbehoefte. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 34, 255-267.
- SIG (1991). *Ongepubliceerde gegevens uit de Landelijke Medische Registratie, PAAZ-pool 1990*. Utrecht.
- Slade, M., Powell, R., & Strathdee, G. (1997). Current approaches to identifying the severely mentally ill. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 32, 177-184.
- Susser, M.W., Stein, Z., Mountney, G.H., e.a. (1970). Chronic disability following mental illness in an English city: part 1. *Social Psychiatry*, 5, 63-68.
- Sytema, S. (1991). Social indicators and psychiatric admission rates: A case-register study in the Netherlands. *Psychological Medicine*, 21, 177-184.
- Sytema, S., & Schreurs, M. (1993). *Chroniciteit in de Drentse GGZ*. Intern rapport. Groningen: Afdeling Sociale Psychiatrie Rijksuniversiteit Groningen.
- Theunissen, J. (1992). *Een veilige thuishaven: een onderzoek naar wensen en mogelijkheden op het gebied van dagbesteding van mensen met een psychiatrische achtergrond in de regio Zuid/Nieuw West van Amsterdam*. Riagg Zuid/Nieuw West Amsterdam.
- Theunissen, J., & Raven, E. (1997). Patiënten met langdurige psychiatrische stoornissen bij een RIAGG. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 39, 400-408.
- Torrey, E.F., & Bowler, A. (1990). Geographical distribution of insanity in America: Evidence for an urban factor. *Schizophrenia Bulletin*, 16, 591-604.
- Weeghel, J. van (1996). Een maatschappelijk steunsysteem: venster op de wereld? *Pas-sage*, 5, 171-179.

- Wel, T.F. van (1994). Chronische patiënten en rehabilitatie. Voorstellen voor definities. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 36, 64-69.
- Weyerer, S. (1994). Social risk factors in schizophrenia. *Psychological Reports*, 74, 795-800.
- Wiersma, D., Giel, R., Hoek, H.W., e.a. (1988). Chronische patiënten in de geestelijke gezondheidszorg: een epidemiologische verkenning van hun behoefte aan zorg. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 30, 388-400.

H. Kroon (psycholoog) is werkzaam bij het Trimbos-instituut te Utrecht. J. Theunissen (psycholoog) is werkzaam op de afdeling Preventie, innovatie en onderzoek van de RIAGG Zuid/Nieuw-West te Amsterdam. Mevrouw J. van Busschbach (pedagoog) en D. Wiersma (socioloog) zijn werkzaam op de afdeling Sociale Psychiatrie, faculteit Geneeskunde van de Rijksuniversiteit Groningen. Mevrouw E. Raven (psychiater) is werkzaam bij RIAGG Zuid/Nieuw-West te Amsterdam. Correspondentie-adres: H. Kroon, Trimbos-instituut, Postbus 725, 3500 AS Utrecht.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 17-11-1997.