

De GGZ in het noorden en het zuiden des lands in 1981

door H.J.F.R. Hamers en F.G. Brook

Samenvatting

De jaarprevalentiecijfers van twee Nederlandse psychiatrische case-registers zijn vergeleken en hoewel de resultaten in grote lijn enkele opmerkelijke overeenkomsten te zien geven, blijken er daarnaast duidelijke verschillen tussen de GGZ in beide regio's aanwezig te zijn.

In het algemeen konden wij de resultaten van onze eerste vergelijkende studie – gebaseerd op een puntprevalentietelling in beide regio's – repliceren. In beide regio's kwamen de meeste patiënten in contact met ambulant werkende voorzieningen; dat gold in het bijzonder voor de RIAGG.

De diagnostische verdeling gaf enkele verschillen te zien voor de opgenomen patiëntenpopulatie.

Inleiding

Sinds kort is het in Nederland mogelijk vergelijkende studies uit te voeren met behulp van twee regionale registers voor de geestelijke gezondheidszorg. De eerste studie betrof een vergelijking tussen beide gebieden op een tijdstip, de zogenaamde puntprevalentie (zie Brook en Hamers 1985). Een van de belangrijkste conclusies was, dat de gepresenteerde informatie voornamelijk een afspiegeling is van het aanbod aan voorzieningen in de twee registergebieden.

Hier wordt verslag gedaan van een tweede vergelijking, waarin de onderzoekspopulatie wordt gevormd door alle personen die in 1981 met één of meer voorzieningen voor de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) contact hadden en woonachtig waren in één van beide registergebieden (een zogenaamde jaarprevalentievergelijking).

Alvorens dat te doen geven wij eerst een korte beschrijving van de beide registers en de voornaamste overeenkomsten en verschillen zoals die uit de eerste publikatie naar voren kwamen. Voor een meer gedetailleerde beschrijving van de bij de registers betrokken voorzieningen verwijzen wij naar onze eerste gezamenlijke publikatie.

De beide registers

Beide onderzoeksinstrumenten zijn opgezet naar analogie van het Camberwell Register (Wing and Hailey 1972). Voor beide registers geldt dat de volledige en continue registratie van de bevolking, woonachtig in een omschreven geografisch gebied en in contact met de GGZ, op een centraal punt wordt bijeengebracht en dat de gegevens per patiënt worden aaneengekoppeld en geordend.

Dit aaneenkoppelen geschiedt middels een waarschijnlijkheidskoppeling (Baldwin 1973), die erop gebaseerd is dat van iedere persoon een aantal unieke gegevens wordt verzameld en vervolgens aan iedere persoon een uniek registernummer wordt toegekend. De doelen van beide registers zijn dezelfde: namelijk het beantwoorden van epidemiologische onderzoeksvragen en vragen ten aanzien van de planning van de GGZ. Registers worden bovendien als bron voor meer specifieke onderzoeken gebruikt (Hoek e.a. 1984 en De Vries en Hamers 1984).

De verschillen tussen beide registers komen voornamelijk voort uit het gegeven dat in de structuur van de GGZ in de twee gebieden duidelijke verschillen zijn waar te nemen en dat de omvang van de populatie in het zuidelijk registergebied ongeveer 4,5 keer zo groot is als die van het noordelijk registergebied. De aanpak rond de bescherming van de persoonlijke levenssfeer geeft ook enkele verschillen te zien (Hamers 1984). Deze verschillen komen voornamelijk voort uit het feit dat beide registers op een ander tijdstip (het noordelijk register in 1973 en het zuidelijk in 1980) zijn geïnitieerd; in 1980 bleek het noodzakelijk de procedures aangaande de bescherming van de persoonlijke levenssfeer – waaronder de wijze waarop de patiënt geïnformeerd dient te worden – zeer strak en geformaliseerd vast te leggen. Een van de consequenties daarvan is, dat er in het zuiden meer patiënten zijn, die weigeren dat er van hen gegevens worden opgeslagen. Het gemiddelde percentage weigeraars in het zuiden ligt op ongeveer 7%, terwijl het percentage in het noorden te verwaarlozen is.

De GGZ in beide registergebieden

In tabel 1 is opgenomen welke voorzieningen in de twee registergebieden aanwezig zijn; tevens is aangegeven welke van de genoemde voorzieningen aan deze vergelijkende studie geparticipeerd hebben. Voor een meer uitgebreide beschrijving van de voorzieningen verwijzen wij naar onze eerste gezamenlijke publikatie.

De belangrijkste resultaten van de eerste studie, een puntprevalentietelling, werden als volgt samengevat:

- 'het aantal personen in zorg per 1000 van de desbetreffende bevolking is in beide gebieden ongeveer gelijk;
- in beide gebieden is het percentage cliënten dat met meer instellingen in contact komt groot;

Tabel 1: De GGZ-voorzieningen in het zuidelijke en noordelijke registergebied

	Noordelijke gebied		Zuidelijke gebied	
	Aan- wezig	Participa- tie aan deze studie	Aan- wezig	Participa- tie aan deze studie
<i>Intramuraal</i>				
APZ	x	x	x	x
PAAZ	x	x	x	x
Verslavingskl.	x	x		
Ins. v. kinderpsy.	x	x		
Psych. ger. verpl. th.	x	x	x	x
Zwakzinnigeninst.	x	x	x	x
TBR-kliniek	x	x		
<i>Semimuraal</i>				
Med. Kleuterdagv.	x		x	x
Med. Kinderteh.	x		x	x
Dagziekenh. APZ	x	x	x	x
Dagbeh. Psychoger.	x	x	x	
Beschermende woonv.	x	x	x	x
KrisisOpv.			x	x
<i>Extramuraal</i>				
Poli APZ	x	x	x	x
Poli PAAZ	x	x	x	x
Poli Kinderpsych.	x	x		
CAD	x	x	x	
RIAGG (incl. IMP)	x	x	x	x
Vrijg. zenuwartsen			x	x
24-uurs Opvangp.			x	x
Soc. ped. dienst	x		x	x

– de RIAGG heeft in beide regio's een groot aandeel in de verleende zorg' (Brook en Hamers 1985, p. 125).

De gevonden verschillen tussen beide gebieden hebben waarschijnlijk van doen met een andere structuur van de GGZ. Zo bleek de polikliniek van het APZ in het noorden omvangrijk in verhouding tot die in het zuiden, maar voor de PAAZ-poliklinieken lag dit andersom. Ook de werkwijze binnen de RIAGG'en blijkt een belangrijke factor, waardoor verschillen kunnen ontstaan. Door de zuidelijke RIAGG werden beduidend minder jongeren (0-17 jaar) behandeld of geregistreerd dan door de noordelijke RIAGG.

Bovendien bleek de semimurale sector in het zuiden omvangrijker. Dat was voornamelijk toe te schrijven aan de patiënten die voor maximaal tien dagen in het KrisisOpvangCentrum werden opgenomen; een voorziening – in deze vorm in het noorden niet aanwezig – die, hoewel

Tabel 2: Het aantal patiënten (jaarprevalentie) in het noordelijke en zuidelijke registergebied: naar eerste instelling in 1981 in absolute aantallen en per 1000 inwoners

GGZ-voorziening	Noordelijke gebied		Zuidelijke gebied	
	Absoluut	per 1000	Absoluut	per 1000
<i>Intramuraal</i>				
APZ	119	2.63	296	1.44
PAAZ	28	0.62	52	0.25
Andere int. voorz.	100	2.21	581	2.84
<i>Semimuraal</i>				
Med. Kleuterdagv.	—	—	153	0.75
Med. Kinderteh. *				
Dagziekenh. APZ	9	0.20	61	0.30
Dagbeh. Psych. G. *	5	0.11	—	—
Besch. Woonvoorz.	4	0.09	48	0.23
KrisisOpvangCentrum	—	—	128	0.62
<i>Extramuraal</i>				
Poli APZ	215	4.76	416	2.03
Poli PAAZ**	57	1.26	529	2.58
Poli Kinderpsych.	0	0.00	—	—
CAD*	103	2.28	—	—
RIAGG (incl. IMP)	564	12.49	2388	11.65
Vrijg. Zenuwartsen	—	—	261	1.27
24-uurs Opvangp.	—	—	419	2.04
Poli zwakz.zorg	1	0.02	—	—
Soc. ped. dienst*	—	—	624	3.04
Totaal (zonder dubbel tellingen)	1205	26.68	5960***	29.08

* van deze gemerkte instellingen zijn de aantallen in de volgende tabellen niet verwerkt; dit in verband met de vergelijkbaarheid

** incl. consulten *** 4 personen: eerste instelling onbekend.

N.B.: Onder andere intramurale voorzieningen wordt verstaan: psychogeriatrisch verpleegtehuis, zwakzinnigeninstituten, instituten voor kinderpneumatie, verslavingsklinieken en TBR-kliniek.

Tabel 2a: Het aantal patiënten (jaarprevalentie) in het noordelijk en zuidelijk registergebied: naar eerste instelling in 1981 en per echelon in absolute aantallen en per 1000 inwoners

	Noordelijke gebied		Zuidelijke gebied	
	Absoluut	per 1000	Absoluut	per 1000
Intramuraal	247	5.47	1057	5.15*
Semimuraal	13	0.29	109	0.54
Extramuraal	837	18.53	4013	19.58
Totaal	1097	24.29	5179	25.27

* Het KrisisOpvangCentrum is hier tot de intramurale sector gerekend

er opnamen plaats vinden, door de zuidelijke GGZ als semimuraal getypeerd wordt. (Deze typering lijkt terecht, omdat het KrisisOpvang-Centrum gevestigd is in een 'normaal' huis in de binnenstad van Maastricht zonder enige associatie met een klinische setting en omdat de opbouw naar discipline van de staf anders is dan in een klinische opnameafdeling.) Wij verwachten met deze studie de eerdere bevindingen te bevestigen.

De jaarprevalentie in 1981

Iedereen die gedurende 1981 met tenminste één GGZ-voorziening in contact is geweest en woonachtig is in een van de beide registergebieden werd meegeteld in het zogenaamde jaarprevalentiecijfer. In tabel 2 is voor beide registergebieden het aantal patiënten per voorziening, waarmee in 1981 het eerste contact plaats vindt, aangegeven. Dit is gebeurd om te vermijden dat er in deze tabel dubbeltellingen zouden ontstaan van die patiënten die met meer GGZ-voorzieningen in contact komen. Het totaal aantal patiënten per 1000 inwoners in de desbetreffende populatie (de jaarprevalentie) was 29.1 in het zuidelijk en 26.7 in het noordelijk registergebied.

De getallen van tabel 2 mogen niet zonder meer met elkaar worden vergeleken, daar van enkele voorzieningen – ofschoon in beide gebieden aanwezig – in een van beide gebieden geen gegevens werden verzameld. In tabel 2a zijn deze voorzieningen buiten beschouwing gelaten; de aantallen van tabel 2a bieden daarom een betere vergelijkingsmogelijkheid. De voorzieningen die in beide gebieden aanwezig zijn maar in een van beide gebieden niet participeren, zijn in tabel 2a en ook in de volgende tabellen niet meegerekend (b.v. het CAD in het noorden en de Sociaal Pedagogische Dienst in het zuiden). De voorzieningen die slechts in een van beide gebieden aanwezig zijn en participeren aan de studie zijn daarentegen wel in tabel 2a en in de volgende tabellen meegerekend (b.v. de 24-uurs Opvangpost in het zuiden). Dit gebeurde omdat te verwachten is dat andere voorzieningen de functies van de afwezige vervullen.

Omdat wij vermoeden dat de opnamen die in het KrisisOpvangCentrum (zuiden) plaats vinden bij afwezigheid van die voorziening in het noorden in een van de intramurale voorzieningen zullen geschieden, is in tabel 2a het KrisisOpvangCentrum tot de intramurale sector gerekend. Hoewel deze voorziening als semimuraal getypeerd wordt, lijkt het erop dat zij (ten dele) een intramurale functie vervult. Uit tabel 2a blijkt dat het jaarprevalentiecijfer in het zuiden iets hoger is dan in het noorden (25.3 tegenover 24.3 per 1000 inwoners). Het cijfer in het noorden is sedert 1974 nauwelijks veranderd (Giel en Ten Horn 1976).

De verdeling over de drie echelons geeft geen grote verschillen te zien. Blijken in 1981 in het zuiden naar verhouding meer patiënten dan in het noorden een extramurale of een semimurale voorziening als

eerste instelling te hebben bezocht, in het noorden geldt dit voor de intramurale voorzieningen. Daar zijn naar verhouding meer mensen met het APZ en de PAAZ (als eerste voorziening) in contact gekomen.

In het zuiden komt een grote groep patiënten met het KrisisOpvang-Centrum in contact, terwijl het dagziekenhuis (dagcentrum en dagactivering) en de beschermende woonvormen in het zuiden in verhouding tot die voorzieningen in het noorden veel vaker als eerste voorziening voor de patiënt fungeren.

Het aantal patiënten dat in 1981 bij de noordelijke APZ-polikliniek begint blijkt groot in verhouding tot de polikliniek van het APZ in het zuiden; voor de PAAZ-poliklinieken ligt dit precies andersom. Hierbij dient te worden opgemerkt dat de PAAZ in het noorden zowel klinisch als poliklinisch in 1981 gedurende een periode van zes maanden gesloten is geweest. Het is daarom duidelijk dat de PAAZ in dit vergelijkend onderzoek onvoldoende naar voren komt aangaande zijn plaats en functie binnen de GGZ in het noorden.

Beide RIAGG'en zien als eerste voorziening in 1981 per 1000 inwoners ongeveer evenveel patiënten. Daarbij moet echter worden bedacht, dat met name de RIAGG in het zuiden relatief veel weigeraars (12% in 1981) in haar populatie heeft. Als daarvoor wordt gecorrigeerd dan kwamen er 13.2 patiënten per 1000 van de zuidelijke bevolking naar de RIAGG als eerste instelling tegenover 12.5 in het noordelijk registergebied. Laten we de zwakzinnigenzorg buiten beschouwing en beperken we ons tot de GGZ in engere zin dan ontstaan de volgende jaarprevalentiecijfers: in het zuiden 23.5 (N=4821) en in het noorden 22.9 (N=1033).

In tabel 3 zijn de aantallen personen aangegeven die gedurende 1981 in contact kwamen met de verschillende GGZ-instellingen.

Wat betreft de intramurale sector is uit tabel 3 af te lezen dat er in het zuiden gedurende een jaar meer patiënten per 1000 inwoners in een psychogeriatrisch verpleegtehuis zijn opgenomen dan in het noorden (zuiden: 1.1 en noorden: 0.6). Daarbij moet wel bedacht worden dat in beide regio's een deel van de APZ'en in feite functioneerden als een psychogeriatrisch verpleeghuis, maar in beide regio's tot het APZ is gerekend. De aantallen voor de PAAZ in beide gebieden liggen dicht bij elkaar (zuiden: 0.67 en noorden: 0.88).

Er is een groot aantal personen in het zuiden dat (kortdurend) wordt opgenomen in het KrisisOpvangCentrum (1.6 per 1000; in het noorden is deze voorziening niet aanwezig). Daartegenover staat, dat in het noorden aanzienlijk meer patiënten in het APZ werden behandeld (noorden: 4.1 en zuiden: 2.3). Er is in het zuiden een verhoudingsgewijs groot aantal patiënten in contact met het dagziekenhuis van het APZ of opgenomen in een beschermende woonvorm.

Binnen de extramurale sector is te zien dat de RIAGG in beide gebieden (ongeveer even)veel personen in behandeling heeft (zuiden: 12.3 – gecorrigeerd voor weigeraars: 14.0 – en noorden: 13.2) en dat de

Tabel 3: Het aantal patiënten gedurende 1981 in contact met tenminste één GGZ-voorziening (exclusief de zwakzinnigenzorg en de eerder aangegeven voorzieningen) in absolute aantallen, per 1000 inwoners en als aantal dat eerder in 1981 met een andere instelling in contact was (in absolute aantallen en horizontaal gepercentageerd)

	Noordelijke gebied		Zuidelijke gebied	
	In zorg	Eerder elders in zorg	In zorg	Eerder elders in zorg
GGZorg-voorz.	abs.(‰)	abs.(%)	abs.(‰)	abs.(%)
<i>Intramuraal</i>				
APZ	186(4.12)	67(36.0)	469(2.29)	173(36.9)
PAAZ	40(0.88)	12(30.0)	138(0.67)	86(37.7)
Versl.K.	22(0.49)	11(50.0)	— —	— —
In.v.K.Ps	4(0.09)	1(25.0)	— —	— —
PGVerp.kl.	28(0.62)	6(21.4)	220(1.07)	18(8.2)
TBR-kl.	0(0.00)	0(0.0)	— —	— —
KrisisOp.	— —	— —	329(1.60)	201(61.1)
<i>Semimuraal</i>				
Dagz.APZ	11(0.24)	2(18.2)	145(0.71)	84(57.9)
B.Woonv.	4(0.09)	0(0.0)	57(0.28)	9(15.8)
<i>Extramuraal</i>				
Poli APZ	246(5.45)	31(12.6)	540(2.63)	124(23.0)
Poli PAAZ	64(1.42)	7(10.5)	625(3.05)	96(15.4)
Poli Kindp.	0(0.00)	0(0.0)	— —	— —
RIAGG	598(13.24)	34(5.7)	2523(12.31)	135(5.4)
Vrijg.z.	— —	— —	294(1.43)	33(11.2)
24-u.Opv.	— —	— —	648(3.34)	229(35.3)
Totaal	1203 —	171(14.2)	5988 —	1188(19.8)
(incl. dub. tellingen)				

poliklinieken (APZ en PAAZ) en de vrijgevestigde zenuwartsen (in het zuiden) tesamen ongeveer evenveel patiënten per 1000 inwoners in zorg hebben (zuiden: 7.1 en noorden: 6.9). Ten slotte valt op dat een grote groep patiënten gedurende 1981 met de 24-uurs Opvangpost (in het zuiden) in contact komt (3.3 per 1000; in het noorden is deze voorziening niet aanwezig).

Bij twee noordelijke voorzieningen (niet aanwezig in de zuidelijke regio) blijken in 1981 geen patiënten — woonachtig in de registerregio — in behandeling te zijn geweest; namelijk de TBR-kliniek en de Polikliniek voor Kinderpsychiatrie.

In tabel 3 staan ook de aantallen personen vermeld die voordat zij

met de betreffende instelling in contact kwamen in 1981 reeds bij (minstens) één andere instelling in zorg zijn geweest (in absolute aantallen en als percentage van het totaal aantal bij de betreffende instelling in 1981 in zorg). De percentages liggen in het zuiden over het algemeen hoger. Vooral de verschillen tussen de noordelijke en de zuidelijke semimurale sector en in iets mindere mate tussen de noordelijke en zuidelijke PAAZ- en APZ-poliklinieken zijn opmerkelijk. Anders ligt dit bij de psychogeriatrische verpleegklinieken; in het zuiden (8.2%) zijn minder patiënten elders geweest dan in het noorden (21.4%). De RIAGG'en (in het zuiden 5.4% en in het noorden 5.7%) verschilden niet.

Tabel 4: De patiëntenpopulaties (exclusief de zwakzinnigenzorg en de eerder aangegeven voorzieningen): leeftijd tegen geslacht in absolute aantallen en per 1000 inwoners in de betreffende categorie

Noordelijke gebied (van twee is het geslacht onbekend)						
	Mannen		Vrouwen		Totaal	
	Abso- luut	per 1000	Abso- luut	per 1000	Abso- luut	per 1000
0-17 jr.	99	16.1	78	12.9	177	14.5
18-29 jr.	100	21.2	130	26.0	230	23.6
30-44 jr.	93	20.6	98	21.8	191	21.2
45-64 r.	114	26.7	117	24.7	231	25.7
65-74 jr.	18	13.8	37	21.8	55	18.3
75 jr. e.o.	32	42.0	96	66.5	128	58.0
Onbekend	8	—	11	—	19	—
Totaal	464	21.3	567	24.3	1031	22.8

Zuidelijke gebied (van 31 is het geslacht onbekend)						
	Mannen		Vrouwen		Totaal	
	abso- luut	per 1000	abso- luut	per 1000	abso- luut	per 1000
0-17 jr.	160	6.1	112	4.5	278	5.4
18-29 jr.	425	20.4	589	29.6	1017	24.9
30-44 jr.	792	34.5	757	35.4	1550	35.0
45-64 jr.	570	26.2	628	27.8	1199	27.0
45-64 jr.	570	26.2	628	27.8	1199	27.0
65-74 jr.	89	13.9	145	17.3	236	16.0
75 jr. e.o.	159	47.2	364	59.3	528	55.5
onbekend	0	—	0	—	13	—
Totaal	2195	21.6	2595	25.1	4821	23.5

Het hoge percentage patiënten bij het KrisisOpvangCentrum (zuiden) dat in 1981 reeds eerder met een andere voorziening in contact is geweest, wordt verklaard doordat de meeste personen die daar worden opgenomen al een ambulante contact met de 24-uurs Opvangpost hebben gehad. Opmerkelijk is de grote groep patiënten bij de 24-uurs Opvangpost in het zuiden die reeds elders in behandeling is geweest (35.3%).

Enkele kenmerken van de patiëntenpopulaties

Eerder constateerden wij dat de zuidelijke en de noordelijke patiëntenpopulaties in de puntprevalentietelling wat betreft de leeftijdsopbouw van elkaar afweken; in het zuiden bleken jongeren (0-17 jaar) per 1000 inwoners minder in behandeling te zijn. Dit kon worden toegeschreven aan het gegeven dat door de zuidelijke RIAGG minder jongeren werden behandeld of geregistreerd.

In tabel 4 is af te lezen hoe beide patiëntenpopulaties in de jaarprevalentie naar leeftijd en geslacht zijn opgebouwd. In deze tabel zijn de aantallen per 1000 inwoners opgenomen in de desbetreffende leeftijds-/geslachtscategorie om een optimale vergelijking tussen beide registergebieden te presenteren.

Het jaarprevalentiecijfer voor de populatie van 18-64 jaar is in het zuiden hoger dan in het noorden (29.1 per 1000 inwoners in het zuiden en 23.5 in het noorden). Dit hogere zuidelijke prevalentiecijfer is toe te schrijven aan de omvangrijke groep van 30-44 jaar die in het zuiden in behandeling is.

In het zuidelijke registergebied hebben vrouwen in alle leeftijdsklassen, uitgezonderd die van 0-17 jaar, een grotere kans om met de GGZ in aanraking te komen dan mannen; dit geldt ook voor de patiënten in het noorden uitgezonderd voor de leeftijdsklassen van 0-17 en 45-64 jaar. In beide registergebieden hebben mensen ouder dan 75 jaar de grootste kans om met de GGZ in aanraking te komen; dit geldt vooral voor vrouwen ouder dan 75 jaar en in iets mindere mate voor mannen ouder dan 75 jaar. De leeftijdscategorie van 65-74 jaar blijkt in beide gebieden een relatief lage kans te hebben met de GGZ in aanraking te komen.

Ten slotte is voor diegenen die in 1981 intramuraal zijn behandeld de verdeling naar diagnose en leeftijd gegeven. Voor diegenen die meer diagnoses kregen doordat ze met meer (intramurale) voorzieningen in contact zijn geweest, is een 'kerndiagnose' vastgesteld volgens de hiërarchie van Giel (1978).

In het zuidelijke registergebied heeft een groot deel van de intramurale populatie de diagnose dementie gekregen (34.4%); in het noorden is dit percentage lager (20.5%). In het noorden komt de diagnostische categorie neurose het meest voor (26.5%; in het zuiden 22.1%); de psychosen daarentegen komen in het zuiden meer voor (29.0%; in het noorden 22.3%). Verslavingen ten slotte komen in het noorden meer

Leeftijd	Verslav. abs.(%)	Psych. abs.(%)	Dement. abs.(%)	Neurose abs.(%)	Divers. abs.(%)	Onbekend abs.(%)
0-17 jr.	1(4.0)	1(1.7)	0(0.0)	2(2.9)	0(0.0)	2(5.3)
18-29 jr.	10(40.0)	10(16.9)	0(0.0)	18(25.7)	1(5.6)	8(21.1)
30-44 jr.	4(16.0)	12(20.3)	0(0.0)	16(22.9)	3(16.7)	11(28.9)
45-64 jr.	8(32.0)	28(47.5)	3(5.6)	24(34.3)	7(38.9)	10(26.2)
65-74 jr.	1(4.0)	7(11.9)	6(11.1)	2(2.9)	2(11.1)	3(7.9)
75 jr. e.o.	1(4.0)	1(1.7)	45(83.3)	8(11.4)	5(27.8)	4(10.5)
Totaal	25(100.0)	59(100.0)	54(100.0)	70(100.0)	18(100.0)	38(100.0)
264(100%)	(9.5)	(22.3)	(20.5)	(26.5)	(6.8)	(14.4)
per 1000	0.55	1.31	1.19	1.55	0.40	0.84

Zuidelijke gebied: diagnose

Leeftijd	Verslav. abs.(%)	Psych. abs.(%)	Dement. abs.(%)	Neurose abs.(%)	Divers. abs.(%)	Onbekend abs.(%)
0-17 jr.	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(0.6)	0(0.0)	1(1.7)
18-29 jr.	2(8.0)	31(14.2)	0(0.0)	38(22.1)	4(14.8)	3(5.0)
30-44 jr.	4(16.0)	64(28.3)	0(0.0)	41(23.8)	7(25.9)	11(18.3)
45-64 jr.	10(40.0)	74(32.7)	6(2.2)	56(32.6)	6(22.2)	24(40.0)
65-74 jr.	6(24.0)	19(8.4)	14(5.2)	17(9.9)	5(18.5)	10(16.7)
75 jr. e.o.	3(12.0)	37(16.4)	247(92.5)	19(11.0)	5(18.5)	11(18.3)
Totaal	25(100.0)	226(100.0)	267(100.0)	172(100.0)	27(100.0)	60(100.0)
777(100%)	(3.2)	(29.0)	(34.4)	(22.1)	(3.5)	(7.7)
per 1000	0.12	1.10	1.30	0.84	0.13	1.29

voor (9.5% tegenover 3.2% in het zuiden). De verdeling naar leeftijd binnen de diagnostische hoofdgroepen geeft geen grote verschillen te zien. In tabel 5 zijn de diagnosen per 1000 van de desbetreffende bevolking weergegeven. Het blijkt dat in het noorden de verslavingen en de neurosen per 1000 van de bevolking vaker intramuraal behandeld worden, terwijl dit in het zuiden voor dementie opgaat.

Discussie

Een groot deel van onze eerdere bevindingen konden hier worden bevestigd. Wat intrigeert is echter het volgende verschil. In de puntprevalentiestudie constateerden wij niet die grote verschillen tussen beide gebieden ten aanzien van de intramurale sector. Voor het APZ vonden wij dichtbij elkaar liggende puntprevalentiecijfers (zuiden: 1.0 en het noorden: 1.1); voor de PAAZ gold dat in mindere mate (zuiden: 0.1 en het noorden: 0.2).

Voor de psychogeriatrisch verpleegkliniek bleek dat er op een punt in de tijd in het zuiden meer personen waren opgenomen dan in het noorden (zuiden: 0.7 en noorden: 0.3). Als we voorgaande drie voorzieningen tesamen nemen dan bleken er op één tijdstip per 1000 inwoners ongeveer evenveel (APZ, PAAZ en psychogeriatrische) bedden bezet te zijn (zuiden: 1.8 en noorden: 1.7). Maar in een jaar tijd werd er in het zuiden door minder personen gebruik gemaakt van deze drie voorzieningen tesamen dan in het noorden (zuiden: 2.7 en noorden: 3.7). Met eventueel dubbelgebruik van voorzieningen binnen APZ-PAAZ-Verpleegkliniek is hier geen rekening gehouden.

Een deel van de verklaring is, dat in het zuiden een groep patiënten met de diagnose verslaving buiten het gezichtsveld van het register blijft. Echter, het lijkt belangrijker in herinnering te roepen dat er vele kortdurende opnamen binnen het KrisisOpvangCentrum in het zuiden plaats vinden; een deel van deze opnamen zal bij afwezigheid van deze voorziening in het noorden vermoedelijk binnen andere intramurale voorzieningen plaats vinden. Bovendien zijn de semimurale voorzieningen in het zuiden qua omvang verder ontwikkeld dan in het noorden.

Een ander verschil is, dat er door de zuidelijke patiënten vaker contact wordt gelegd met meer voorzieningen. Dit geldt vooral voor de patiënten in behandeling bij de semi- en de extramurale voorzieningen. Waarschijnlijk maakt de hulpverlening in het zuiden meer aanspraak op andere voorzieningen om mogelijkheden, die men zelf niet in huis heeft, te benutten (zie voor een uitwerking van dit onderwerp: Hamers e.a. 1985). Daarnaast speelt ook de wijze waarop de 24-uurs Opvangpost gestalte heeft gekregen een belangrijke rol, omdat deze voorziening mede is opgezet om de continuïteit van zorg ten behoeve van de patiënten, die elders in ambulante of intramurale zorg zijn of zijn geweest, te waarborgen (Hamers 1983).

Ten slotte constateerden wij dat de jaarprevalentie voor de totale bevolking in beide gebieden vrijwel gelijk is. Voor de leeftijdsklasse van 18-64 jaar is de jaarprevalentie in het zuiden echter hoog in vergelijking tot die in het noorden. Anderzijds kan de vraag gesteld worden in hoeverre er in het zuiden lacunes zijn voor wat betreft de hulpverlening aan jonge mensen (0-17 jaar). Vergelijken wij de jaarprevalentiecijfers met die welke met behulp van registeronderzoek in Groot-Brittannië verkregen werden (Goldberg en Huxley 1981), dan zijn beide Nederlandse prevalentiecijfers hoog. Dan dient men bovendien nog te beseffen, dat in de hier gepresenteerde informatie de gegevens betreffende de zwakzinnigenzorg en het CAD ontbreken.

In onze eerste publikatie noemden wij vooral de geconstateerde overeenkomsten frappant, juist omdat de structuur van de GGZ in beide gebieden nogal van elkaar verschilt. De hier geboden informatie brengt een aantal verschillen tussen beide regio's naar voren; verschillen die wellicht de regionale beleidsopvattingen in de twee gebieden weerspiegelen en van doen kunnen hebben met de specifieke situatie in het zuiden waar de laatste jaren pogingen ondernomen worden om intramurale behandelingsvormen door semi- of extramurale te vervangen onder andere door een restrictief opnamebeleid te hanteren en het daarnaast met name in het APZ een algemene beleidslijn is de opnameduur zo beperkt mogelijk te houden. Bovendien wordt er in het zuiden door de grotere GGZ-voorzieningen op beleidsmatig (b.v. RIGG en de voorlopers daarvan) en op hulpverleningsniveau (b.v. het psychogeriatrisch circuit en de 24-uurs Opvangpost) al een aantal jaren concreet samengewerkt; men mag verwachten dat dit in de cijfers tot uitdrukking zal komen.

Tot slot is een waarschuwing op zijn plaats. Om de getallen juist te interpreteren dient te worden bedacht dat zij vooral een afspiegeling zijn van de (omvang van de) zorg, zoals die wordt aangeboden vanuit een voor ieder gebied specifieke constellatie van de GGZ. De bevindingen mogen niet zonder meer gebruikt worden als indicator voor de behoefte aan zorg vanuit de bevolking.

Literatuur

- Baldwin, J.A. (1973), Linked record medical information systems. *Proc. R. Soc. Lond.* 184, 403.
- Brook, F.G., en H.J.F.R. Hamers (1985), GGZorg gepeild. Een vergelijkend onderzoek met behulp van twee registers voor de geestelijke volksgezondheid. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 27, 115-127.
- Giel, R., en G.H.M.M. ten Horn (1976), Een psychiatrisch register als basis voor planning. *Tijdschrift voor Soc. Geneeskunde* 54, 148-153.
- Giel, R. (1978), Over de classificatie in diagnostisch opzicht van cliënten. *Afd. Sociale Psychiatrie*, RU Groningen.
- Goldberg, D., en P. Huxley, (1981), *Mental illness in the Community*. Londen.

- Hamers, H.J.F.R. (1984), Onderzoek en privacy. De praktijk van een dilemma, *Perspectief* (intern tijdschrift Sociale Psychiatrie Maastricht) 51-63.
- Hamers, H.J.F.R. (1983), De 24-uurs Opvangpost voor acute psychosociale en psychiatrische crises in de regio Maastricht. *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg* 61, 802-805.
- Hamers, H.J.F.R., M.A.J. Romme en G.A.M. Driessen (1985), Het (on)bedoelde gebruik van meer GGZ-voorzieningen. *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg* 63, 506-511.
- Hoek, H.W., F.G. Brook, R. Giel en G.H.M.M. ten Horn (1984), Anorexia Nervosa. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 26, 736-744.
- Vries, M.W. de en H.J.F.R. Hamers (1984), Mental health care and morbidity. The use of the case register in refining epidemiological research. *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg* 62, 504-506.
- Wing, J.K., en A. Hailey (1972), *Evaluating a Community Psychiatric Service: Camberwell Register 1961-1971*. Oxford Press, Oxford.

Schrijvers zijn respectievelijk als socioloog verbonden aan de capaciteitsgroep Sociale Psychiatrie van de Rijksuniversiteit Limburg en als socioloog verbonden aan de afdeling Sociale Psychiatrie van de Rijksuniversiteit Groningen.