

Drie jaar instroom in een jeugdpsychiatrische kliniek

door S. Colijn en A.E. Boon

Gepubliceerd in 1996, no. 7

Samenvatting

Zowel nationaal als internationaal is weinig bekend over de patiënten die worden aangemeld en opgenomen in jeugdpsychiatrische klinieken. In dit artikel worden gegevens gepresenteerd over de patiënten die opgenomen werden in de jeugdpsychiatrische kliniek Laanzicht van 1 september 1989 tot 1 september 1992. Waar mogelijk worden de gegevens uit deze registratie afgezet tegen vergelijkbare gegevens over de Nederlandse bevolking en gegevens over elders in de (kinder- en) jeugdpsychiatrie opgenomen jongeren. Deze registratie van drie jaar instroom geeft een beeld van enerzijds de heterogeniteit van de groep patiënten die in een jeugdpsychiatrische kliniek wordt opgenomen: met betrekking tot veel demografische kenmerken is deze groep een doorsnede van de Nederlandse bevolking van deze leeftijd, met al zijn variatie. Anderzijds zijn de ernst van de pathologie en een groot gebruik van GGZ- en jeugdhulpverleningsvoorzieningen zowel vóór opname als ná ontslag belangrijke specifieke kenmerken.

Inleiding

Over adolescenten die in de (jeugd)psychiatrie worden opgenomen, is weinig bekend. Uit bevolkingsstatistieken kunnen we afleiden dat in Nederland, in de drie jaar van gegevensverzameling voor het hierna beschreven onderzoek, 3122 jongeren van 13 tot en met 18 jaar (Stichting Informatiecentrum voor de Gezondheidszorg 1993) - oftewel 1,8 promille van de totale leeftijdsgroep (Centraal Bureau voor de Statistiek 1993) - zo ernstig in de problemen kwamen, dat psychiatrische opname noodzakelijk geacht werd.

Er bestaan slechts enkele beschrijvingen van Nederlandse jeugdpsychiatrische klinieken en kliniepopulaties. In alle gevallen gaat het echter om klinieken met een heel specifieke populatie. Het in de jaren zeventig opgeheven Jeugdpsychiatrisch Centrum Zandwijk bij Amersfoort (Blankstein 1971) richtte zich op jongeren met gedragsstoornissen. De jeugdafdeling van De Viersprong te Halsteren (Roosen 1985) en de jeugdafdeling Amstelland van het Provinciaal Ziekenhuis Santpoort (Serman 1982) zijn beide Psychotherapeutische Gemeenschap. De jeugdpsychiatrische kliniek van het AMC wordt kort beschreven in het proefschrift van Linszen (1993); deze kliniek richt zich in het bijzonder op jongeren met een psychotische stoornis. Naast een uitgebreide beschrijving van de setting wordt in al deze gevallen slechts een zeer globale beschrijving gegeven van de jongeren die in betreffende kliniek opgenomen zijn. In de recente 'State of the Art'-publikatie onder redactie van Verheij e.a. (1993) ten slotte is een aantal korte, niet met cijfermatige gegevens onderbouwde, schetsen van kliniepopulaties te vinden. Een meer uitgebreid en algemeen beeld van de groep adolescenten die gedurende enige tijd psychiatrisch opgenomen is, bestaat tot op heden niet.

Ook buiten Nederland zijn beschrijvingen van klinisch jeugdpsychiatrische populaties schaars. Als men recente populatiebeschrijvingen in de internationale literatuur (Schain e.a. 1980; Schain e.a. 1982; Gosset e.a. 1983; Rosenstock 1985; Pablo en Entwistle 1986; Kowitt e.a. 1989; Cohen e.a. 1990; Pelkonen 1990; Borchardt en Garfinkel 1991; Mason en Gibbs 1992) overziet, blijkt onderlinge vergelijking moeilijk. Bij veel onderzoeken is niet duidelijk hoe de gegevens verzameld zijn, kenmerken worden niet duidelijk omschreven. Bovendien gaat het in de meeste gevallen om retrospectief dossieronderzoek, met alle onvolkomenheden van dien. Het is dan ook niet verrassend dat slechts één trend naar voren komt: er zijn doorgaans in de jeugdpsychiatrie meer jongens dan meisjes opgenomen (het percentage meisjes varieert tussen de 30 en de 53).

Wel wordt duidelijk welke patiëntgegevens in de internationale literatuur belangrijk gevonden worden. Leeftijd, Geslacht, Verblijfsduur en Diagnose worden in bijna alle publikaties vermeld. Gezinssituatie voor opname, Sociaal-Economische Status, Ras/Etniciteit en Eerdere klinische opnames worden in vijf of meer publikaties beschreven. In het hierna gepresenteerde onderzoek is 'Eerdere klinische opnames' de enige variabele die niet systematisch werd meegenomen. Als aanbeveling komt uit de literatuur (onder meer Pablo en Entwistle 1986) naar voren dat in de bewerking van gegevens aandacht besteed moet worden aan verschillen binnen de populatie: tussen jongens en meisjes, tussen jonge en oudere adolescenten, en tussen jongeren die kort en die lang opgenomen zijn.

Doelstelling van dit artikel is het beschrijven van de populatie van één jeugdpsychiatrische kliniek, de Jeugdpsychiatrische Kliniek Laanzicht te Den Haag. In deze kliniek werd eind jaren tachtig het Laanzicht-onderzoek opgezet met als doel een antwoord te vinden op de vraag welke patintkenmerken, gemeten aan het begin van de behandeling, voorspellers zijn voor het behandelresultaat (Boon en Colijn 1995). Bij dit predictieonderzoek is een zorgvuldige populatiebeschrijving een belangrijke eerste stap.

Deze beschrijving beperkt zich tot één setting en rechtvaardigt dus slechts uitspraken over populatie en werkwijze van de betreffende kliniek. Teneinde een indicatie te geven van de generaliseerbaarheid zijn de bevindingen, waar mogelijk, geplaatst naast gegevens over de totale populatie van in kinder- en jeugdpsychiatrische klinieken in Nederland opgenomen adolescenten en over de totale populatie Nederlandse adolescenten.

Gegevens over jongeren tussen de 13 en de 19 jaar die in de periode 1 september 1989 tot en met 31 augustus 1992 in psychiatrische klinieken werden opgenomen, zijn afkomstig uit het Patintenregister informatie Geestelijke Gezondheidszorg (PiGGz; SIG 1993). In de praktijk blijkt dat deze gegevens vaak onvolledig en onbetrouwbaar zijn; niet alle kinder- en jeugdpsychiatrische klinieken zijn erbij aangesloten, scoringscategorieën zijn niet volledig en eenduidig en de invulling geschiedt in vele klinieken niet op een consistente wijze. Toch zijn deze gegevens het enige vergelijkingsmateriaal dat voorhanden is op het gebied van patintkenmerken. In het volgende wordt de Laanzicht-populatie telkens vergeleken met de PiGGz-gegevens aangaande de 1157 jongeren die in de kinder- en jeugdpsychiatrie zijn opgenomen. Daarnaast werden in de volwassenenpsychiatrie 1965 adolescenten opgenomen; deze zijn in de vergelijkingen buiten beschouwing gelaten.

Het Centraal Bureau voor de Statistiek (1993) levert cijfers over alle Nederlanders, dus ook over adolescenten. In het volgende wordt de onderzoekspopulatie telkens vergeleken met Nederlandse adolescenten van dezelfde leeftijdsgroep: het cohort jongeren geboren tussen 1 januari 1971 en 1 januari 1979.

Onderzoeksopzet

Doelstelling - Doelstelling van de gegevensverzameling is een betrouwbare beschrijving te geven van de Laanzicht-populatie en deze te vergelijken met landelijke gegevens over jeugdpsychiatrische klinieken en algemene bevolkingsgegevens. Deze populatiebeschrijving past binnen het kader van een uitgebreider predictieonderzoek (Boon en Colijn 1995). In het nu volgende beschrijven we slechts de procedures uit het grotere onderzoek die aan de in dit artikel weergegeven populatiebeschrijving bijgedragen hebben.

Setting - Ten tijde van de gegevensverzameling was Laanzicht een jeugdpsychiatrische kliniek met 32 plaatsen voor klinische opname van jongeren van 12 tot 18 jaar (sedertdien heeft uitbreiding met poliklinische en deeltijdbehandeling plaatsgevonden). Als onderdeel van Psychiatrisch Centrum Bloemendaal is Laanzicht gevestigd op het terrein van deze instelling aan de rand van Den Haag. Binnen de kliniek zijn units voor acute opname en crisisinterventie, kort- en langerdurende behandeling (tot twee jaar). Onderdeel van de unit voor acute opname en crisisinterventie is één gesloten groep (zes plaatsen). Laanzicht kan gekarakteriseerd worden als een *algemene perifere* jeugdpsychiatrische kliniek: algemeen in die zin dat in Laanzicht de basisfuncties psychiatrie voorhanden zijn, met perifeer wordt het niet-universitaire karakter van de kliniek aangeduid.

Onderzoeksgroep - Iedere jongere die na 1 september 1989 bij Laanzicht werd aangemeld, is bij het onderzoek betrokken. De groep die op die datum reeds opgenomen was, is niet in de beschrijving opgenomen. Op 1 september 1992 is de instroom gestopt. Van de negen in deze periode heropgenomen patiënten werden gegevens wel verzameld, maar uiteraard niet voor een tweede of derde keer in deze populatiebeschrijving verwerkt. Om mogelijke seizoensinvloeden bij in- en uitstroom uit te sluiten zijn drie volledige jaarcycli in de beschrijving opgenomen.

Verzamelde gegevens - De gegevens betreffende patiëntkenmerken en behandelbeloop werden op de volgende wijze verzameld:

- Door middel van een 'Inputlijst' werd door de onderzoekers een aantal *biografische* en *demografische* variabelen (onder meer leeftijd, geslacht, geboortegemeente, geboorteland, patiënt en ouders, schoolopleiding, huidige gezinssituatie, werk ouders, voogdij, religie) en *behandelingsgegevens* (onder meer behandelduur, vrijwilligheid, gebruik dwangmiddelen, automutilatie, suïcidepogingen, psychofarmacagebruik, ontslagprocedure) vastgelegd. Deze gegevens werden aan kind en ouders gevraagd en vergeleken met de op de afdeling bekende gegevens.

- *Diagnostische categorieën* werden door middel van een voorlopige versie van de ADIKA (Amsterdams Diagnostisch Interview voor Kinderen en Adolescenten) vastgelegd. De ADIKA (Kortenbout van der Sluis e.a. 1993) is de bewerkte Nederlandse versie van de Diagnostic Interview for Children and Adolescents. Het betreft een gestructureerd interview met de jongere en zijn/haar ouders op basis waarvan een DSM-III-R-classificatie wordt vastgesteld. De voorlopige versie van de ADIKA werd voorafgaande aan het uitgeven van de Nederlandse versie van deze lijst in 1993 in Laanzicht beproefd. In de diagnostiekvergadering na zes weken opname werd deze ADIKA-diagnose naast de door behandelaar vastgestelde klinische diagnose gelegd. Na discussie werd de 'consensus-diagnose' geformuleerd; deze werd verder voor het onderzoek gebruikt.

- *Klachtenpatronen* werden door middel van de scores op de Symptoms Checklist-90 (Arrindell en Ettema 1986) gemeten. De SCL-90 is een in de volwassenenpsychiatrie veel gebruikte multidimensionele psychopathologie-indicator die een psychoneuroticisme-score en aantal scores op subschalen oplevert.

Procedures - De meeste voor deze populatiebeschrijving relevante gegevens werden verzameld bij intake en bij of vlak na opname. Er zijn twee wegen om tot opname te komen:

- *acute opname*. Hiertoe kan op grond van de ernst van symptomen of de onhoudbaarheid van de leefsituatie worden besloten. In de eerste week na opname worden vervolgens de Inputlijst, de ADIKA en enige andere voor het Laanzicht-onderzoek relevante lijsten afgenomen;

- *opname na intake*. De patiënt en zijn omgeving kunnen het aan te wachten tot een geplande opname binnen een aantal weken. Vóór het intakegesprek wordt de patiënt gevraagd een SCL-90 in te vullen. Deze wordt bij opname, naast de eerdergenoemde lijsten, herhaald.

Om de gegevens van beide categorieën patiënten vergelijkbaar te maken gebruikte men voor deze populatiebeschrijving slechts de opnamedata. Ook werden bij ontslag verzamelde gegevens gebruikt. Bij een gepland ontslag nam men in de laatste week van opname de Inputlijst en enige andere lijsten af. Bij acuut ontslag werd de patiënt binnen enkele weken na ontslag benaderd voor de afname van deze lijsten.

Resultaten

Aanmelding en intake - In de hier beschreven periode zijn 122 adolescenten (36% jongens en 64% meisjes) opgenomen. Bij het grootste deel (73%) vond een intakegesprek plaats, bij de rest (27%) was sprake van acute opname. Opvallend is dat de verhouding tussen jongens en meisjes nogal verschilt bij de reguliere en de acute opnames. Bij de reguliere opnames zitten ruim twee keer zoveel meisjes (69%) als jongens (31%), terwijl bij de tweede groep de verdeling half om half is (48% jongens, 52% meisjes).

Naast de hier beschreven groep vonden er bij 15 jongens en 23 meisjes intakegesprekken plaats, waaruit geen opname voortvloeide. Sommigen zagen af van opname omdat zij, nadat de consequenties van de behandeling duidelijk waren geworden, voor een verdere ambulante behandeling kozen, anderen werden doorverwezen naar een andere (bijvoorbeeld orthopedagogische) setting. Deze groep verschilt op geen van de geregistreeerde biografische kenmerken (leeftijd, geslacht, geboorteland) significant van de wel opgenomen jongeren. Gegevens over deze adolescenten zijn in de verdere verwerking buiten beschouwing gelaten.

Biografische en demografische kenmerken - Voor geboorteland is zowel naar eerste (14% van de Laanzicht-populatie) als tweede (12%) generatie immigranten gekeken. In het PiGGz wordt dit gegeven niet vastgelegd. Sinds 1990 worden in de CBS-gegevens de eerste én tweede generatie immigranten samengenomen onder de aanduiding 'herkomstgroepering'; landelijk had in 1990 16% van de adolescenten zijn wortels buiten Nederland. Laanzicht herbergt dus naar verhouding meer adolescenten van allochtone herkomst; anderzijds zou men op grond van de cijfers van het stedelijke verzorgingsgebied van Laanzicht (Den Haag en omstreken) misschien een nog grotere vertegenwoordiging verwachten.

Op de vraag of men bij een *religieuze groepering* behoort antwoordt 50% van de Laanzicht-patiënten neen. Opvallend zijn de grotere onkerkelijkheid (landelijk 39%) en ondervertegenwoordiging van de protestantse denominatie (Laanzicht 11%, landelijk 23%) in deze van oorsprong protestants-christelijke psychiatrische voorziening.

Het *beroepsniveau vader* wordt ook in het PiGGz vastgelegd. De cijfers geven aan dat het in Laanzicht, en in de jeugdpsychiatrie in het algemeen, op dit gebied gaat om een doorsnede van de bevolking. In Laanzicht zijn verhoudingsgewijs iets meer kinderen van werkloze vaders aanwezig (13% versus 7%).

Over de *intelligentie* van Laanzicht-bewoners zijn de gegevens weinig krachtig: niet bij iedereen en niet met hetzelfde instrument verzameld. Uit de scores van de 79 patiënten bij wie wel een IQ is bepaald, blijkt dat de gemiddelde score iets boven de landelijke score uitkomt.

In tabel 1 zijn de cijfers over *geslacht*, *schoolopleiding* en *classificatie bij opname* met betrekking tot Laanzicht, (kinder- en) jeugdpsychiatrische klinieken in het algemeen, en Nederlandse jongeren weergegeven.

- *Geslacht*. In Laanzicht worden bijna twee keer zoveel meisjes als jongens opgenomen. Deze oververtegenwoordiging is al gedocumenteerd vanaf het begin van systematische gegevensverzameling in de vroege jaren tachtig. In de landelijke gegevens over jeugdpsychiatrische klinieken is een vrijwel gelijke vertegenwoordiging van jongens en meisjes te zien.

- *Schoolopleiding*. Bij de interpretatie van gegevens over opleiding van de jongeren zelf dwingt de wetenschap dat scoring verschillend geschiedt tot voorzichtigheid. Het PiGGz vraagt om het aangeven van de hoogst behaalde afgeronde opleiding; voor jongeren tussen 13 en 18 zou dit betekenen dat Lager Onderwijs het meest wordt gescoord, Hoger Beroeps Onderwijs niet, en Voorbereidend Wetenschappelijk Onderwijs weinig. Aan het PiGGz wordt in de praktijk bij adolescenten vaak het voor behandelaars meer relevante gegeven van de actuele opleiding opgegeven. Van deze praktijk is binnen het Laanzicht-onderzoek regel gemaakt; uit de gegevens blijkt dat ook op dit gebied de Laanzicht-adolescent aardig voldoet aan de landelijke kenmerken.

Tabel 1: Populatiegegevens Jeugdpsychiatrische Kliniek Laanzicht vergeleken met adolescenten in kinder- en jeugdpsychiatrische klinieken algemeen¹ en de totale Nederlandse adolescentenpopulatie²

	Laanzicht		(Kinder- en) jeugd- psychiatrische klinieken		Nederlandse jongeren
	n = 122		n = 1157		n = 1.778.848
	Aantal	Percentage	Aantal	Percentage	Percentage
<i>Geslacht</i>					
Man	44	36.1%	558	48.2%	48.9%
Vrouw	78	63.9%	599	51.8%	51.1%
<i>Schoolopleiding</i>			(n = 1071)		
LO/LVO	45	36.9%	512	47.8%	29.0%
BUO	2	1.6%	214	20.0%	5.1%
MVO	40	32.8%	213	20.0%	}
HVO	20	16.4%	79	7.4%	}65.9%
VWO/HBO	13	10.7%	53	4.9%	}
<i>Classificatie bij opname</i>	DSM-III-R ³		ICD-9 ⁴		
Stemmingsstoornissen	37	30%	395	34.1%	—
Gedragsstoornissen	33	27%	155	13.4%	—
Angststoornissen	27	22%	55	4.6%	—
Psychotische stoorn.	22	18%	248	12.4%	—
Eetstoornissen	14	12%	42	3.6%	—
Persoonlijkheidsstoorn.	40	32%	74	6.4%	—
Uitgestelde diagnose	21	17%	82	7.1	—
Overig			106	15.5%	—

1. Alle 13- tot en met 18-jarigen die vanaf september 1989 tot en met augustus 1992 opgenomen werden in kinder- en jeugdpsychiatrische instellingen inclusief Laanzicht (buiten deze instellingen werden in de volwassenenpsychiatrie 1965 adolescenten opgenomen, 1470 van de groep waren 17 of 18 jaar op het moment van opname).
2. Alle adolescenten in Nederland geboren van 1 januari 1971 tot en met 31 december 1979.
3. Binnen Laanzicht werd als classificatiesysteem de DSM-III-R gebruikt. Vaak wordt meer dan één classificatie aan een patiënt toegekend. De som der percentages is derhalve groter dan 100.
4. Binnen het PiGGz werd de ICD-9 als classificatiesysteem gebruikt; bovendien wordt alleen de hoofddiagnose vastgelegd.

De psychiatrische problematiek - Centraal bij de beschrijving van een klinische psychiatrische populatie staat de psychiatrische problematiek. In tabel 1 worden de DSM-III-R-classificaties uit het Laanzicht-onderzoek vergeleken met de ICD-9½classificaties van het PiGGz. Bij interpretatie moet rekening gehouden worden met het feit dat in het Laanzicht-onderzoek per patiënt meerdere classificaties vastgelegd werden, terwijl het PiGGz maar één (hoofd)diagnose registreert. Er is in Laanzicht sprake van een hoge comorbiditeit, slechts 13 van de 122 patinten hadden maar één classificatie, het maximum was zes classificaties voor één patint. Daarnaast is belangrijk dat de gegevens van het Laanzicht-onderzoek de zogenaamde 'consensus-diagnose' na een observatieperiode van zes weken betreft, terwijl de PiGGz de classificatie in de eerste week vastlegt. In Laanzicht zijn stemmingsstoornissen, gedragsstoornissen, angststoornissen, psychotische stoornissen en persoonlijkheidsstoornissen belangrijke categorieën, die afzonderlijk of in combinatie aangetroffen worden bij elk een derde tot een kwart van de populatie. In de landelijke patiëntengroep wordt de classificatie stemmingsstoornissen als hoofddiagnose het meest gevonden, met daarnaast gedrags- en

psychotische stoornissen bij een achtste van de populatie.

In het Laanzicht-onderzoek is bovendien nog het vóórkomen van ernstige symptomen tijdens opname vastgelegd. Tijdens de opname deed zeventien procent van de patiënten één of meer zelfmoordpogingen, en kwam bij ruim een kwart van de patiënten één of meer keer zelfbeschadiging voor. Bijna driekwart van de patiënten kreeg nooit te maken met dwangmiddelen (gedwongen separatie, gedwongen medicatie), bij negen procent kwam dit één keer voor, bij zeventien procent (veel) vaker.

Als vragenlijst voor klachten is de SCL-90 gebruikt. Dit is een psychopathologie-indicator waarvan de psychometrische kwaliteiten uitgebreid onderzocht zijn bij volwassen patiënten. In het geval van adolescenten was minder bekend; in dit onderzoek werd een Alpha (maat voor interne consistentie) variërend tussen de 0.75 en de 0.98 gevonden. Als we de SCL-90-scores vergelijken met de scores die Arrindell en Ettema (1986) geven betreffende schoolgaande adolescenten en psychiatrisch opgenomen volwassenen (zij geven van de eerste groep geen verdere omschrijving), springt de overeenkomst tussen de Laanzicht-groep en de andere opgenomen patiënten eruit. Daarnaast is het verschil van beide met de groep normale adolescenten opvallend groot. Er zijn significante verschillen op één-procentniveau tussen de Laanzicht-groep en de normale groep adolescenten op alle schalen.

De opnamesituatie - De jongeren die in Laanzicht werden opgenomen, waren tussen de 13 en 19 jaar oud, met een sterk accent op de 14- tot 17-jarigen (88% van de totale populatie). In de landelijke jeugdpsychiatrie zijn de leeftijdscategorieën gelijk vertegenwoordigd. Bij de landelijke cijfers moet echter rekening gehouden worden met het grote aantal jeugdigen dat in de volwassenenpsychiatrie opgenomen werd: van het totaal in Nederland van 3122 psychiatrische opnames van 13- tot 18-jarigen in drie jaar vonden 1965 in de volwassenenpsychiatrie plaats, en van die 1965 waren er 1470 17 of 18 jaar oud. Anders gezegd: de groep oudere adolescenten, in Laanzicht oververtegenwoordigd, wordt landelijk gezien zeer vaak niet in de jeugdpsychiatrie, maar in de volwassenpsychiatrie opgenomen.

Vóór opname verbleef ruim de helft van de Laanzicht-patiënten, en 64% van de landelijke patiënten, in een gezinssituatie, thuis of in een ander gezin. In Laanzicht worden verhoudingsgewijs meer jongeren uit een residentiële setting opgenomen: 41% in vergelijking met 12% in de landelijke jeugdpsychiatrie. Deze bevinding wordt bevestigd door de gegevens over de aanvrager tot opname: de derde lijn is bij Laanzicht verantwoordelijk voor 40% van de aanvragen, landelijk gezien gaat het om slechts 14%.

De mate van vrijwilligheid bij opname is op twee manieren nagevraagd. Landelijk vraagt het PiGGz naar de juridische status van de opname. Zowel in Laanzicht als landelijk wordt ruim 93% vrijwillig (in de juridische betekenis) opgenomen, in Laanzicht lijkt opname op grond van een rechterlijke machtiging of inbewaringstelling iets meer, en strafrechtelijke plaatsing iets minder voor te komen. In het Laanzicht-onderzoek is de patiënt gevraagd wie de initiautor(en) voor opname was/waren. Een kleine 10% zegt dat opname eigen initiatief was, daartegenover staat ruim een kwart van de patiënten dat met nadruk zegt tegen eigen zin opgenomen te worden. Zowel de verwijzer (64%) als de ouders of gezinsvoogd (56%) hebben een belangrijke stem in deze beslissing.

De behandelduur - In Laanzicht verblijft een patiënt gemiddeld acht maanden, terwijl landelijk een kleine zes maanden het gemiddelde is. De spreiding (in dagen respectievelijk 223.1 en 206.2) en de range (in dagen respectievelijk 1-877 en 1-1115) van de scores zijn in beide gevallen groot.

In Laanzicht blijken de eerste maand van opname relatief veel patiënten (22, oftewel 18%) met ontslag te gaan. Voor een klein deel gaat het hier om patiënten die een korte periode opgenomen werden voor crisisinterventie, voor een groter deel gaat het om patiënten die tegen advies met ontslag gaan: 'early quitters'.

Na de eerste zes tot acht weken worden in de eerste behandelbeoordeling de diagnostiek en observatie afgerond; voor patiënt en behandelaar een natuurlijk moment om zich te bezinnen op het voortzetten van de opname. De ontslagen in de tweede en derde maand (19, oftewel 16%) komen waarschijnlijk voor een groot deel voor rekening van de groep patiënten, waarbij de conclusie van observatie en diagnostiek inhield dat behandeling elders aangewezen was.

Hierna neemt het aantal ontslagen geleidelijk verder af. De eerste piek van ontslagen in de eerste maanden wordt nog door één kleine piek gevolgd. De mediaan (de middelste score) ligt op 210 dagen (30 weken, ongeveer 7 maanden); vlak daarna vallen er tussen de achtste en de tiende maand 24 ontslagen te noteren (19%). Daarna neemt het aantal ontslagen af van 4, naar 2 naar 1 ontslag per maand. De langst durende opname nam 27 maanden in beslag.

De situatie na ontslag - Uit de gegevens rond opname bleek dat aandrang en advies van ouders en hulpverleners een grote rol spelen bij de beslissing tot opname. Bij ontslag is er slechts in de helft van de gevallen overeenstemming over de beslissing met ontslag te gaan. Een kwart van de patiënten gaat tegen het advies van de behandelaar met ontslag, en een tiende loopt weg van Laanzicht. Ruim acht procent zou wel willen blijven, maar wordt weggestuurd. Vaak zijn ernstige regelovertredingen hier de oorzaak van, of het oordeel van het behandelteam dat klinische opname geen (verder) effect meer heeft of zelfs schadelijk zou kunnen werken.

Bijna 60% van de jongeren gaat na ontslag weer naar huis. Bijna 12% heeft langere en/of intensievere begeleiding in de klinische psychiatrie nodig, ruim 4% krijgt die begeleiding in een orthopedagogisch centrum.

Bij de begeleiding na ontslag is vergelijking met landelijke gegevens mogelijk. De tweede lijn doet de meeste nazorg, landelijk de helft, voor Laanzicht bijna 65% van de gevallen. Een ander verschil is dat het landelijk veel vaker voorkomt dat iemand na ontslag géén begeleiding heeft dan bij Laanzicht. Opvallend is voorts het aantal adolescenten dat voor verdere klinische behandeling wordt verwezen (Laanzicht 14%, landelijk 20%). Na ontslag blijft de helft van de patiënten van Laanzicht medicatie gebruiken, voor het overgrote deel neuroleptica (26%), maar ook antidepressiva (7%) en lithium (7%).

Samenhang tussen patiëntkenmerken - Een van de aandachtspunten voortkomend uit het overzicht van de internationale literatuur was het vergelijken van subgroepen binnen de totale populatie. Verondersteld wordt dat er verschillen zijn tussen jongens en meisjes, tussen jonge (16 jaar) en oudere (16 jaar) adolescenten en tussen kort (8 weken), gemiddeld (8 weken, 6 maanden) en lang (6 maanden) opgenomen adolescenten. Bovendien is het interessant om te kijken in hoeverre deze patiëntkenmerken onderling samenhangen: verschillen jongens en meisjes wat betreft het vóórkomen van een bepaalde diagnostische categorie?

Het toetsen op verschillen (Chi-kwadraattoetsen) bij de categorieën Geslacht, Leeftijd, Verblijfsduur en Psychoneuroticisme (SCL-90) levert geen significante bevindingen op. Als per diagnostische categorie naar verschillen gekeken wordt, dan blijken significant meer jongens dan meisjes onder de classificatie Gedragsstoornis ($p = 0.001$) en Psychotische Stoornis ($p = 0.0001$) te vallen, en significant meer meisjes dan jongens onder de classificatie Eetstoornissen ($p = 0.05$). De classificatie Persoonlijkheidsstoornis wordt significant vaker van toepassing geacht op oudere dan op jongere adolescenten ($p = 0.05$); patiënten met deze classificatie verblijven significant langer in de kliniek ($p = 0.001$).

Discussie

Voor zover er een vergelijking gemaakt kan worden tussen de Laanzicht-populatie en Nederlandse adolescenten is er geen reden om de Laanzicht-populatie op de hier beschreven biografische en demografische kenmerken als afwijkend te betitelen. Net als bij 'de Nederlandse adolescenten' gaat het om een zeer heterogene groep. Op het gebied van de psychopathologie wordt uiteraard wél een verschil met de algemene populatie gevonden: de enige gebruikte psychopathologie-indicator die vergelijking toestaat (de SCL-90) laat zien dat scores op zowel alle subschalen als de hoofdschaal significant ($p < .01$) ernstiger psychopathologie aangeven bij in Laanzicht opgenomen adolescenten.

Waar mogelijk is de Laanzicht-populatie ook afgezet tegen de bevolking van kinder- en jeugdpsychiatrische klinieken in Nederland. Er zijn veel overeenkomsten, maar ook verschillen. In Laanzicht worden relatief veel meisjes opgenomen, en relatief meer oudere adolescenten. In de internationale literatuur is een oververtegenwoordiging van jongens, en in de landelijke PiGGz-gegevens over jeugdpsychiatrische klinieken een vrijwel gelijke vertegenwoordiging van jongens en meisjes te zien. Treffers e.a. (1990) geven aan dat de verhouding jongens-meisjes met de leeftijd verschuift. Zij vermelden op basis van in Curium verzamelde gegevens dat tot 10 jaar het aantal verwezen jongens drie keer zo groot is als het aantal meisjes. Boven de 10 jaar ontstaat geleidelijk een gelijke verdeling, terwijl in de volwassenenpsychiatrie het aantal vrouwen groter is dan mannen. Dit beeld sluit aan bij de specifieke kenmerken van de Laanzicht-populatie: ouder en meer meisjes, meer gelijkend op een volwassen populatie. Een interessante aanvulling op dit patroon is de bevinding dat als oudere mannelijke adolescenten opgenomen worden dat aanmerkelijk vaker om een acute opname gaat dan bij vrouwelijke adolescenten.

Er zijn aanwijzingen dat het in Laanzicht gaat om een groep adolescenten met wat zwaardere problematiek dan in andere jeugdpsychiatrische klinieken. Laanzicht-jongeren worden relatief wat vaker door de derde lijn doorverwezen; na ontslag krijgen Laanzicht-jongeren relatief intensievere vormen van nazorg; op Laanzicht wordt vaker dan in andere klinieken de diagnose persoonlijkheidsstoornis gesteld. Bij de constatering van deze tendens moet met nadruk het voorbehoud gemaakt worden dat alternatieve verklaringen voor de gevonden verschillen ook plausibel zijn. Zo kan het meer stellen van de diagnose persoonlijkheidsstoornis ook wijzen op een cultuurverschil tussen klinieken. In de ene kliniek wordt veel meer dan in de andere klinieken hand gehouden aan de richtlijn van de vorige versie van de DSM-III om de diagnose persoonlijkheidsstoornis pas ná het achttiende jaar te gebruiken. Bovendien geven de verschillende handleidingen van de DSM-III-R tegengestelde richtlijnen over het hanteren van deze leeftijdsgrens.

Van de Laanzicht-populatie komt in dit artikel een beeld naar voren van een groep adolescenten met zeer ernstige problematiek, die langdurige behandeling vergt. Voor opname op Laanzicht is er al een uitgebreide hulpverlening geweest, na ontslag is dit nog niet afgelopen. In het moderne jargon: het gaat het om een groep met een grote gezondheidszorgconsumptie. Het is mogelijk dat deze groep meer voorkomt in Laanzicht dan in andere jeugdpsychiatrische klinieken. Laanzicht was lange tijd een van de weinige klinieken met een gesloten opname-unit; bij deze opname-unit werden patiënten aangemeld voor wie in andere regio's de noodzakelijke voorzieningen ontbraken. Door de instroom via de opname-unit wordt ook de populatie van de units voor vervolgbehandeling beïnvloed.

De indruk ontstaat dat een groep jongeren achtereenvolgens in verschillende instellingen in de jeugdpsychiatrie, maar ook in de jeugdhulpverlening verblijft. Het gaat waarschijnlijk om psychiatrisch gestoorde jongeren bij wie het niet realistisch is om naar verbetering c.q. genezing te streven, maar veeleer naar stabilisatie, goede zorg en begeleiding. De hoge kosten van de gezondheidszorgconsumptie van deze groep rechtvaardigt eens te meer de vraag of jongeren bij wie opname tot verbetering leidt al in een vroeg stadium te onderscheiden zijn van jongeren voor wie (herhaalde) opname niet of nauwelijks tot een dergelijk resultaat leidt. In een volgend artikel over het hoofdonderzoek in Laanzicht zal de vraag naar voorspellers van behandelresultaat uitgebreid aan de

orde komen.

Voorzieningen voor een dergelijke groep patiënten met een chronisch beloop van hun psychiatrische stoornis (schizofrenie, bepaalde persoonlijkheidsstoornissen) zijn vaak minder ingesteld op jongvolwassenen, laat staan op jongeren (18 jaar wordt vaak als ondergrens voor aanmelding in dergelijke voorzieningen gehanteerd). Voor bedoelde groep jongeren zal tijdige plaatsing in op deze leeftijdsgroep ingestelde voorzieningen voor beschermd wonen waarschijnlijk niet alleen betere, maar ook minder kostbare zorg betekenen.

Het toetsen van verschillen tussen subgroepen binnen de populatie bevestigt de bestaande klinische indruk over het meer voorkomen van psychotische en gedragsstoornissen bij jongens en eetstoornissen bij meisjes. Bij het toetsen van verschillen binnen de populatie op de variabelen Leeftijd, Geslacht, Verblijfsduur en Psychoneuroticisme werden geen significante relaties gevonden.

Mede in het licht van het overzicht van de internationale literatuur willen we eindigen met een pleidooi voor verdere standaardisatie van de registratie van patiëntgegevens, waarbij vooral aandacht besteed wordt aan exacter omschreven en meer op jongeren toegesneden categoriesystemen. Het vastleggen van ogenschijnlijk simpele kenmerken als etniciteit of gezinssituatie is een zeer ingewikkelde zaak (zie ook Treffers e.a. 1990). Ook het landelijk registratiesysteem Patiëntenregister informatie Geestelijke Gezondheidszorg blijft ons inziens in dit opzicht in gebreke.

Onze dank gaat uit naar NUTS Verzekeringen, de Inspectie voor de Gezondheidszorg en Psychiatrisch Centrum Bloemendaal voor hun bijdragen in het realiseren van het Laanzicht-onderzoek.

Literatuur

Arrindell, W.A., en J.H.M. Ettema (1986), *SCL-90; handleiding bij een multi-dimensionele psychopathologie-indicator*

. Swets & Zeitlinger, Lisse.

Blankstein, H. (1971), *Herhaling van gezinsrelatie-patronen in een behandelingstehuis*. Academisch proefschrift. RU Utrecht, Utrecht.

Boon, A.E., en S. Colijn (1995), *De relatie tussen patiëntkenmerken en resultaten van behandeling in een jeugdpsychiatrische kliniek. Eindverslag van het Laanzicht-onderzoek*. Interne publikatie PC Bloemendaal, Den Haag.

Borchardt, C.M., en B.D. Garfinkel (1991), Predictors of length of stay of psychiatric adolescent inpatients. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 994-998.

Centraal Bureau voor de Statistiek (1992), *Bevolkingsstatistieken*. CBS-publikaties, SDU, Den Haag.

Cohen, R., D.X. Parmelee, L. Irwin e.a. (1990), Characteristics of children and adolescents in a psychiatric hospital and a corrections facility. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 909-913.

Gosset, J.T., J.M. Lewis en F.D. Barnhart (1983), *To find a way; The outcome of hospital treatment of disturbed adolescents*. Brunner/Mazel, New York.

Kortenbout van der Sluis, M.J., D.J. de Levita, R. van Manen e.a. (1993), *Amsterdams Diagnostisch Interview voor Kinderen en Adolescenten*. Swets & Zeitlinger, Lisse.

Kowitt, M.P., J.S. Sachs, M.G. Lowe e.a. (1989), Predicting discharge and follow-up status of hospitalized adolescents. *Journal of Hospital and Community Psychiatry*, 40, 724-731.

Linszen, D.H. (1993), *Recent onset schizophrenic disorders: outcome, prognosis and treatment*. Ridderprint BV, Ridderkerk.

Mason, M.A., en J.T. Gibbs (1992), Patterns of adolescent psychiatric hospitalization: implications for social policy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 62, 447-457.

Pablo, R.Y., en M. Entwistle (1986), Hospitalized adolescents in a general-hospital psychiatric unit: their demographic and clinical characteristics. *International Journal of Partial Hospitalization*, 3, 183-194.

Pelkonen, M. (1990), Inpatient psychiatric adolescents function better after discharge. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 81, 317-321.

Roosen, C. (1985), The psychotherapeutic community: a residential treatment for adolescents. *International Journal of Therapeutic Communities*, 6, 205-218.

Rosenstock, H.A. (1985), The first 900: a nine year longitudinal analysis of consecutive adolescent inpatients. *Adolescence*, 21, 959-973.

Schain, R.J., S. Bushi, D. Gardella e.a. (1980), Characteristics of children admitted to a state mental hospital. *Hospital & Community Psychiatry*, 31, 49-51.

Schain, R.J., D. Gardella en J. Pon (1982), Five-year outcome of children admitted to a state mental hospital. *Hospital & Community Psychiatry*, 33, 847-848.

Sterman, D. (1982), 'Amstelland' nu, of tien jaar tienerkliniek. In: Van de Lande (red.), *Opgenomen in de groep; psychotherapeutische gemeenschappen in Nederland*. Van Loghum Slaterus, Deventer.

Stichting Informatiecentrum voor de Gezondheidszorg (1993), *Patiëntenregister intramurale Geestelijke Gezondheidszorg (PiGGz); Landelijke tabellen psychiatrie*. NvGGz/SIG, Utrecht.

Treffers, P.D.A., A.W. Goedhart, J. Waltz e.a. (1990), The systematic collection of patient data in a centre for child and adolescent psychiatry. *British Journal of Psychiatry*, 157, 744-748.

Verheij, F., R. Eijsberg en A. van Strien (1993), *Klinische kinder- en jeugdpsychiatrie; praktijk en visie*. Van Gorcum, Assen.

Summary: A three-year cohort of patients in a psychiatric clinic for adolescents

Inside as well as outside the Netherlands little is known about patients who are referred to and admitted in psychiatric clinics for adolescents. In this article data are presented about the population of a Dutch psychiatric clinic for adolescents, gathered from september 1st 1989 to september 1st 1992. Findings from this study are compared to data concerning the general Dutch adolescent population and data concerning adolescents admitted in other Dutch psychiatric inpatient services, whenever available.

On the one hand results show that the group of patients described here is very heterogeneous with regard to demographic characteristics, and as such a reflection of the general Dutch population. On the other hand this group of patients stands out in severity of psychopathology and extensive use of adolescent mental health and welfare services.

Drs. S. Colijn, klinisch psycholoog/psychotherapeut en cultureel antropoloog, is behandelcoördinator bij de Jeugdpsychiatrische Kliniek Laanzicht; daarnaast was hij projectleider bij het Laanzicht-onderzoek. Drs. A.E. Boon, psycholoog, is onderzoeker bij het Laanzicht-onderzoek; daarnaast is hij als docent verbonden aan de vakgroep Functieleer en Theoretische Psychologie van de RU Leiden. Correspondentieadres: Jeugdpsychiatrische Kliniek Laanzicht, Postbus 53002, 2505 AA Den Haag.

Het artikel werd voor publikatie geaccepteerd op 18-1-1996.