

Na de extramuralisering; een retrospectief onderzoek naar omvang en zorggebruik van de groep chronische patiënten in de Amsterdamse ggz

J. PEEN, J. THEUNISSEN, P. DUURKOOP, M. KIKKERT, J. DEKKER

ACHTERGROND Van de de-institutionalisering en extramuralisering van de ggz vanaf de jaren tachtig verwachtte men positieve gevolgen voor patiënten met langdurige ernstige psychiatrische aandoeningen (LZA), maar men vreesde ook negatieve gevolgen, vooral in stedelijke gebieden.

DOEL Nagaan wat de omvang en het zorggebruik zijn van de groep LZA-patiënten in Amsterdam.

METHODE Retrospectief onderzoek van de samengevoegde Psygis-registratiebestanden van drie ggz-instellingen, over de periode 2000–2005.

RESULTATEN Per 1 januari 2005 voldeden 4576 patiënten aan de criteria voor chroniciteit. In 5 jaar steeg het aantal LZA-patiënten in zorg bij de ggz met 50%. Het merendeel was in behandeling bij een specifiek voor deze groep opgezet programma, maar 38% was dat niet. Voor de gespecialiseerde programma's bestonden wachtlijsten. Slechts 6,5% was langdurig opgenomen. LZA-patiënten maakten beperkt gebruik van acute psychiatrische zorg. Jaarlijks werd 10% van de groep kortdurend opgenomen, maar het gemiddelde aantal opnamedagen per jaar was gestegen van 86 dagen in 2000 tot 131 in 2004. De toename in absoluut aantal crisiscontacten van deze groep correspondeerde met het grotere aantal chronische patiënten dat in zorg was gekomen. Daarnaast betrof het vooral crisiscontacten met het eigen behandelteam; niet met de stedelijke crisisdienst.

CONCLUSIE Dit onderzoek laat zien dat chronische patiënten slechts een beperkt aandeel hebben in het gebruik van de acuut psychiatrische diensten.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 53(2011)8, 509-517]

TREFWOORDEN ambulante zorg, chronische psychiatrische patiënten, crisisdienst

In de jaren tachtig en negentig werden de de-institutionalisering van de ggz en de extramuralisering van veel langverblijfpatiënten in Nederland in gang gezet (Van Haaster & Van der Poel 1982; Rijkschroeff 1989). Naast de verwachte positieve gevolgen van de extramuralisering zoals een gro-

tere betrokkenheid bij de behandeling vanuit het netwerk van de patiënten, een grotere maatschappelijke participatie en behoud respectievelijk herstel van de geestelijke gezondheid van de (ex-)psychiatrische patiënt, werden ook negatieve gevolgen voorzien (Bachrach 1984; Dekker 1988). Men

vreesde onder andere voor overbelasting van het thuismilieu, hoger medicijngebruik en een toenemend beroep op crisisdiensten. In Amsterdam werd eind jaren negentig geklaagd over overlast in de stad en men vermoedde dat vooral de chronische patiënten die weer in de stad waren komen wonen hiervoor verantwoordelijk waren en een groot beroep deden op de stedelijke crisisdienst.

We hebben retrospectief over de periode 2000 tot en met 2005 de omvang en de kenmerken van de groep chronische Amsterdamse ggz-patiënten in kaart gebracht, evenals hun gebruik van de acute en niet-acute zorgprogramma's van de ggz.

Onderzoeksvragen

De onderzoeksvragen bij onze retrospectieve analyse waren: Wat zijn de kenmerken van de groep langdurig zorgafhankelijke patiënten? Hoe heeft het aantal LZA-patiënten zich in de periode 2000-2005 ontwikkeld binnen de ggz en hoe groot is de doorstroming binnen deze groep van jaar tot jaar? Ook vroegen wij ons af of de kenmerken van deze patiënten over de jaren zijn veranderd en of het aantal en het percentage van LZA-patiënten dat jaarlijks in aanraking komt met het acute circuit zijn veranderd. Zijn er verschillen tussen patiënten die wél en die niet in aanraking komen met het acute circuit? Ten slotte gingen wij na of het aandeel van LZA-patiënten binnen de gehele groep ggz-patiënten dat jaarlijks crisiscontact(en) heeft, is veranderd en hoe groot dit aandeel is.

Definities

Schreurs & Wiersma (1992) hebben op basis van de definitie van Gruenberg en Pepper (1982) selectiecriteria voor chronische psychiatrische problematiek ontwikkeld, die eenvoudig te operationaliseren zijn voor onderzoek. Deze zijn:

- de afgelopen twee jaar in zorg vanuit de ggz met een behandelvrije periode van hoogstens een half jaar;
- een psychiatrische diagnose (niet dementie, verstandelijke handicaps en verslavingen). Ver-

slaafde patiënten behoren wel tot de populatie als de hoofddiagnose een andere is dan de verslaving;

- (rest)verschijnselen van de psychiatrische ziekte in de vorm van psychische stoornissen, bijvoorbeeld in cognitief functioneren, bewustzijn, slapen of aandacht;
- sociale beperkingen;
- chronisch beloop van de ziekte.

Deze criteria worden ook landelijk gebruikt om de groep af te bakenen (Kroon 1996; Kroon e.a. 1998; Theunissen & Raven 1997).

METHODE

Chroniciteit

Chroniciteit werd op basis van de selectiecriteria van Schreurs & Wiersma (1992) in dit onderzoek als volgt geoperationaliseerd. Allereerst werden patiënten in zorg bij reguliere chronische eenheden zoals de langdurige transmurale teams (*assertive community treatment* (ACT)- of functie(F)-ACT-teams werden daartoe ook gerekend) of de klinisch langdurige zorgafdelingen als chronisch aangeduid (chronische psychiatrische patiënt type A).

Er werden echter ook chronische psychiatrische patiënten in zorg buiten de genoemde reguliere chronische eenheden onderscheiden (chronische psychiatrische patiënt type B). Voor deze groep werden, afhankelijk van de diagnose, andere criteria gehanteerd. In geval van een diagnose schizofrenie, overige psychotische stoornis of bipolaire stoornis moest de patiënt ten minste 2 jaar vrijwel ononderbroken in zorg zijn geweest (met een maximale zorgvrije periode van 6 maanden). Was bij de patiënt de diagnose depressie, angststoornis of andere gedefinieerde diagnose gesteld, dan diende hij of zij in die 2 jaar zorg tevens één of meer psychiatrische opnamen meegemaakt te hebben. Patiënten bij wie in het ggz-informatiesysteem geen diagnose werd aangetroffen (vanwege onvolledigheid van het informatiesysteem) of een uitgestelde diagnose dienden voor het kenmerk van

chroniciteit ten minste drie jaar vrijwel onafgebroken in zorg te zijn geweest met ten minste één psychiatrische opname in de afgelopen 2 jaar.

Globaal gezegd ging het om chronische patiënten binnen het circuit voor langdurig zorgafhankelijken (LZA) en chronische patiënten buiten het LZA-circuit die aan de eerste twee kenmerken van de definitie voor chroniciteit voldeden, namelijk 2 jaar in zorg en met een ernstige psychiatrische diagnose.

Gebruikte gegevens

Wij baseerden ons op de cliëntenregistratiesystemen van de destijds grootste drie ggz-instellingen van Amsterdam, te weten GGZ Buitenamstel, AMC/de Meren en Mentrum. Deze instellingen maakten alle gebruik van het registratiesysteem Psygis. Via een zogeheten waarschijnlijkheidskoppeling werden de drie afzonderlijke voor dit onderzoek gebruikte sets van instellingsgegevens gekoppeld met een versleutelde code, die gebaseerd was op geslacht, geboortedatum en de eerste twee letters van de achternaam. Deze wijze van koppeling wordt ook bij casusregisters gehanteerd. Na de koppeling konden unieke cliënten worden onderscheiden binnen de totale set van de drie instellingen, en kon vervolgens ook de zorgconsumptie per cliënt – getotaliseerd over de drie instellingen – worden onderzocht.

Wij gebruikten de volgende gegevens uit de registratiesystemen: geslacht, geboortedatum, eerste twee letters achternaam, inschrijvingsperiodes, DSM-IV-diagnose as I, verstrekkingsoort, contacttypen en culturele achtergrond.

Voor de aanduiding van chronische patiënten van type A die in zorg waren bij eenheden voor LZA-clieënten, werden per instelling de behandel-eenheden door de onderzoekers van die instellingen getypeerd. Alle eenheden, niet alleen die voor LZA-patiënten, werden nader getypeerd naar type zorg. De gebruikte categorieën waren: ‘ambulant crisis’, ‘ambulant lang’, ‘ambulant regulier’, ‘deeltijd kort’, ‘deeltijd lang’, ‘klinisch kort’ en ‘klinisch lang’.

De DSM-IV-diagnose was een belangrijk criterium voor de herkenning van chronische patiënten in het registratiesysteem. Om in dit onderzoek onderschatting van het aantal chronische patiënten te voorkomen door ontbrekende diagnoses, trachtten wij ontbrekende diagnoses zo mogelijk op te vullen. Zo werd voor elke peiling van het aantal chronische patiënten de laatst bekende gedefinieerde diagnose (zijnde niet onbekend of uitgesteld) van de patiënt gebruikt die vóór de peildatum in het systeem aanwezig was. Primair werd hiervoor de laatst bekende behandeldiagnose gebruikt; wanneer deze ontbrak, gebruikten we de laatst bekende ontslagdiagnose.

Zorgconsumptie

Op elke 1ste januari in de periode 2000-2005 werd vervolgens bepaald hoeveel LZA-patiënten in zorg waren. Wat betreft zorgconsumptie gingen we voor elke groep LZA-patiënten die op elke 1ste januari binnen de onderzoeksperiode 2000-2004 werden gevonden, na of zij binnen het betreffende jaar een opname meemaakten in het acute opnamecircuit. Daarnaast onderzochten wij welk deel van de cliëntengroepen jaarlijks een of meer crisiscontacten had. Er werd nader onderscheid gemaakt tussen crisiscontact binnen en buiten kantooruren. Tot slot onderzochten we welk deel van alle crisiscontacten werd verricht ten behoeve van LZA-patiënten en welk deel van alle patiënten met crisiscontacten voldeed aan de criteria voor chroniciteit.

Exclusiecriteria

De LZA-patiënten die niet bij de drie genoemde ggz-instellingen waren ingeschreven, maar bijvoorbeeld alleen door de huisarts of maatschappelijke opvang (GGD, HVO, RIBW, Leger des Heils e.a.) werden gezien, werden niet in dit onderzoek geïnccludeerd. Volgens Kroon e.a. (1998) zou er op elke twee chronische patiënten in zorg bij de ggz één patiënt zijn die buiten de ggz in zorg is, of helemaal geen zorg ontvangt.

In dit onderzoek werden de jeugd- en ouderenafdelingen en de patiënten onder de 18 jaar en boven de 65 jaar (op de peildatum) buiten beschouwing gelaten. Ten slotte werden ook de eenheden met een regio-overstijgende functie, zoals het Centrum voor Psychotherapie (Mentrum, nu Arkin), de forensische kliniek (AMC/de Meren, nu Arkin), en de topzorgprogramma's van het AMC, buiten beschouwing gelaten.

RESULTATEN

Kenmerken van de groep

Er werden op 1 januari 2005 in totaal 4576 LZA-patiënten gevonden op grond van de hier

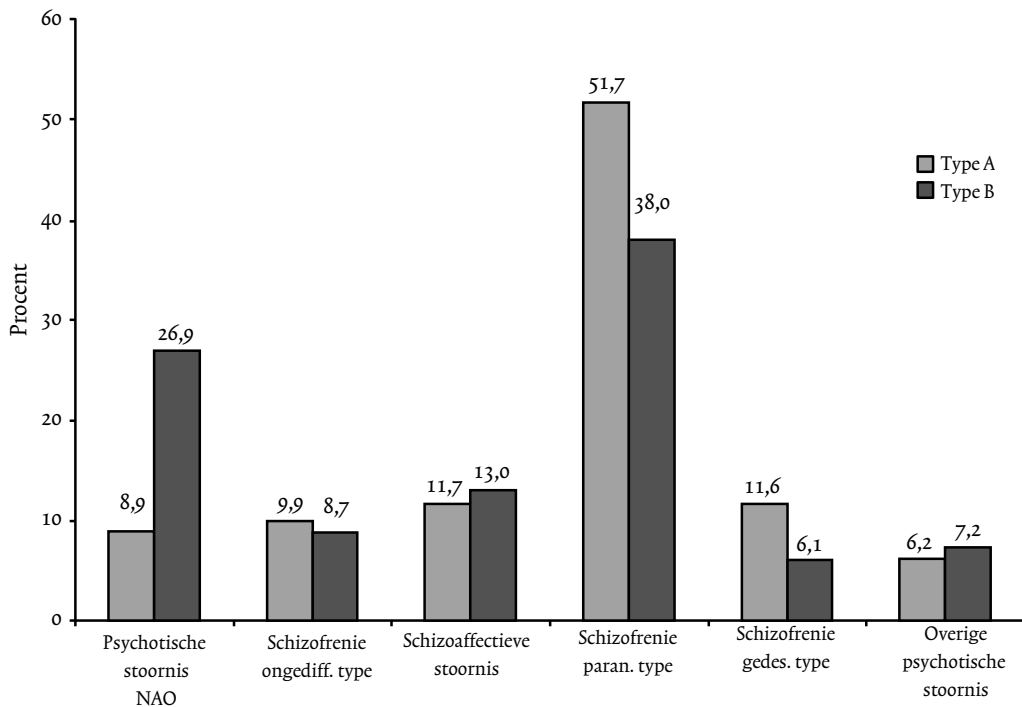
gebruikte definitie van chroniciteit. Daarbij ging het om 2846 chronische psychiatrische patiënten type A, in zorg bij een langdurig transmuraal team of een klinisch langdurige zorgafdeling, en om 1730 patiënten van type B, patiënten in zorg buiten het chronische circuit. In tabel 1 zijn de kenmerken van de chronische psychiatrische patiënten weergegeven.

Onder de LZA-patiënten waren de mannen in de meerderheid. Een groot deel van de populatie was 45 tot 64 jaar oud, van Nederlandse afkomst en veelal met een psychotische of bipolaire stoornis. Het land van culturele herkomst wordt slecht geregistreerd in Psygis.

Tussen de LZA-patiënten binnen het chronische circuit (type A) en buiten het chronische cir-

TABEL 1	Kenmerken van chronische psychiatrische patiënten, in zorg op 1 januari 2005		
	In zorg binnen chronisch ggz-circuit; % (n = 2846)	In zorg buiten chronisch circuit; % (n = 1730)	Totaal; % (n = 4576)
Geslacht			
Man	59,2	56,1	58
Vrouw	40,8	43,9	42
Leeftijd in jaar			
15-24	2,7	1,7	2,3
25-34	18,8	19,8	19,2
35-44	34	37,6	35,4
45-64	44,4	40,9	43,1
Etnische achtergrond			
Nederland	27,1	19,2	24,1
Suriname	9,6	6,1	8,3
Antillen	1,6	0,9	1,3
Marokko	4,5	2,8	3,9
Turkije	1,7	1	1,4
Overig niet-Nederland	7,9	7,2	7,6
Onbekend	47,6	62,8	53,4
DSM-IV-diagnose			
Psychotische stoornis	78,1	73,5	76,2
Psychotische stoornis NAO	7,0	19,8	12,4
Schizofrenie ongedifferentieerd type	7,7	6,4	7,2
Schizoaffectieve stoornis	9,1	9,5	9,3
Schizofrenie paranoïde type	40,4	28,0	35,1
Schizofrenie gedesorganiseerde type	9,1	4,5	7,1
Overig psychotische stoornis	4,9	5,3	5,1
Bipolaire stoornis	6,8	24,2	14,1
Depressie- en angststoornis	15,1	2,3	9,7
Overige diagnoses; n	285	0	285
Uitgestelde/onbekende diagnoses; n	193	2	195

FIGUUR 1 Stoornissen in schizofrene en psychotische spectrum naar behandelsetting



cuit (type B) bestond een aantal verschillen. Buiten het chronische circuit bevonden zich meer vrouwen in vergelijking met de LZA-patiënten binnen het chronische circuit ($\chi^2 = 4,14$; $p = 0,042$). Verder was er onder de chronische patiënten buiten het chronische circuit wat minder spreiding in leeftijd ($\chi^2 = 12,86$; $p = 0,005$). De gemiddelde leeftijd verschilde niet. Het merendeel van de chronische patiënten in beide groepen had een psychotische stoornis. Een verschil in de diagnoseverdeling was dat onder LZA-patiënten buiten het chronische circuit bipolaire stoornissen vaker voorkwamen (24,2 versus 6,8%), terwijl binnen het chronische circuit het percentage patiënten met een depressie of angststoornis groter was (15,1 versus 2,3%; toets exclusief overige, uitgestelde of onbekende diagnose: $\chi^2 = 389,51$; $p < 0,001$).

Om meer zicht te krijgen op de grote groep patiënten met schizofrenie of een andere psychotische stoornis, geven we in figuur 1 de procentuele verdeling naar de onderliggende diagnosegroepen gedifferentieerd weer.

De verdeling van subtypen verschilde ($\chi^2 = 208,90$; $p < 0,001$). De meest voorkomende psychotische stoornis in de chronische zorgprogramma's betrof schizofrenie van het paranoïde type. In de niet-chronische zorgprogramma's ging het behalve om schizofrenie van het paranoïde type ook vaak om patiënten met een psychotische stoornis NAO.

Al met al echter konden we op grond van de vergelijking van basiskennmerken niet stellen dat de twee typen chronische patiëntengroepen sterk van elkaar verschilden. Het kon echter niet worden uitgesloten dat de groepen verschilden in ernst van de stoornis en de ziektelast.

Ontwikkeling van het aantal chronische patiënten

Er was een forse toename van het aantal LZA-patiënten in zorg bij de ggz tussen 1 januari 2000 en 1 januari 2005, van respectievelijk 3018 patiënten die voldeden aan de criteria voor chroniciteit naar 4576; een toename van 52%. De tweede opvallende bevinding was dat verreweg de meeste LZA-patiënten ambulant behandeld werden (87,8% op 1 janu-

ari 2005). Een gering aantal patiënten was langdurig klinisch opgenomen (6,5% op 1 januari 2005). In 2000 was ongeveer de helft van alle LZA-patiënten in zorg bij een ambulante programma voor langdurige zorg. In 2005 was dat aandeel toegenomen tot 61%. In absolute zin nam het aantal patiënten in langdurige ambulante zorg toe met 73% (van 1605 tot 2782). In dezelfde periode was de toename van het aantal LZA-patiënten in langdurig klinische zorg slechts 13% (van 264 tot 297).

Verder viel op dat een redelijk grote groep van LZA-patiënten bij de reguliere ambulante zorgprogramma's in zorg was, programma's die zich niet expliciet op deze groep richtten. In 2000 was 41% van alle chronische patiënten niet in zorg bij een LZA-programma. In 2005 was dat weliswaar minder, maar nog steeds 38%.

Gebruik van de acute klinische zorg door LZA-patiënten

In 2000 werd 12,5% van de LZA-patiënten enige tijd kortdurend klinisch opgenomen. In 2004 was dat nog 10,4%. LZA-patiënten binnen het chronische circuit kwamen iets vaker in zorg bij de kort durende klinische psychiatrische zorg dan LZA-patiënten in zorg buiten het chronische circuit (11,4% om 8,7% in 2004).

Een opvallende ontwikkeling was overigens wel dat het gemiddelde aantal opnamedagen per jaar van de opgenomen chronische patiënten vanaf 2000 toenam van 86 dagen tot 131 dagen in 2004.

Crisiscontacten bij LZA-patiënten

Onder crisiscontacten werden alle contacten verstaan die met contacttype 'crisis' in het Psygisregistratiesysteem stonden vermeld, ongeacht de eenheid die het contact verrichtte. Het aantal LZA-patiënten (ook procentueel) dat jaarlijks één of meer crisiscontacten kreeg, was duidelijk toegenomen: van 527 in 2000 naar 1514 in 2004. Had in 2000 jaarlijks 18% van deze patiënten een crisiscontact, in 2005 was dat verdubbeld tot 36%. Meestal vonden deze crisiscontacten binnen kantooruren

plaats (bijna 90%). Patiënten binnen het chronische circuit hadden jaarlijks iets vaker crisiscontacten buiten kantooruren dan patiënten buiten dat circuit (9,4 versus 7,9% in 2004).

De toename van het aantal LZA-patiënten met een crisiscontact was het grootst onder de groep die binnen het chronische circuit in behandeling was: van 16% in 2000 naar 41% in 2004. De toename onder LZA-patiënten buiten dat circuit was minder spectaculair: van 19% in 2000 naar 27% in 2004; deze toename vond vooral plaats vanaf 2003.

Er waren enkele verschillen tussen LZA-patiënten die wel en die niet een crisiscontact hadden gehad. Patiënten met een crisiscontact binnen het chronische circuit waren relatief vaker man, hadden vaker een psychotische of een bipolaire stoornis en minder vaak een depressieve of angststoornis. De patiënten buiten het chronische circuit met een crisiscontact waren gemiddeld jonger.

Een toenemend deel van de crisiscontacten werd verricht door niet-crisisteams. Zo werd in 2004 91% van de crisiscontacten binnen kantooruren ten behoeve van patiënten binnen het chronische circuit, verricht door het eigen zorgteam en niet door een crisiseenheid. Onder LZA-patiënten buiten het chronische circuit werd 60% door een niet-crisiseenheid verricht.

Aandeel LZA-patiënten in totaal aantal crisiscontacten

Wij bepaalden welk aandeel van alle crisispatiënten (minimaal één crisiscontact per jaar) in 2000, 2002 en 2004 LZA-patiënten betrof. Het merendeel van alle crisiscontacten betrof contacten voor niet-LZA-patiënten zoals we die definieerden. Zo voldeed in 2000 10% van alle personen met een crisiscontact aan de criteria voor chroniciteit. Dit aandeel nam tussen 2000 en 2004 toe tot 21% (wat deels overeenkwam met de groei van het aantal LZA-patiënten in zorg bij de ggz). De toename van het aandeel van LZA-patiënten in het aantal personen met crisiscontacten werd voornamelijk veroorzaakt door de patiënten binnen het chronische circuit. Van alle crisiscontacten buiten kantooruren in 2000, voldeed 12% van alle personen aan de

criteria voor chroniciteit. Dit aandeel was in 2004 enigszins toegenomen tot 15%. Deze toename leek echter het gevolg van de toename van het absolute aantal LZA-patiënten in zorg in die periode.

DISCUSSIE

Algemeen beeld

In de media en de Amsterdamse politiek is in de afgelopen jaren de indruk ontstaan dat vooral de groep chronische psychiatrische patiënten verantwoordelijk was voor de ervaren toegenomen overlast in de stad. De ggz zou tekortschieten; ernstig gestoorde patiënten zouden aan hun lot worden overgelaten; de verhuizing van deze patiënten naar de stad zou meer negatieve dan positieve effecten hebben gehad.

Het idee dat de ggz de chronische patiënten aan hun lot overlaat, wordt door de resultaten van ons onderzoek niet bevestigd. Er is vanaf 2000 sprake van een grote toename in het aantal patiënten met chronische psychiatrische problemen die bij de ggz in behandeling zijn gekomen. Deze patiënten waren in zorg op 90 verschillende locaties in Amsterdam. Ook in andere regio's waar men gericht aandacht heeft besteed aan zorgvuldige registratie van LZA-cliënten, constateerde men een soortgelijke stijging van het aantal chronische cliënten in zorg. Kroon (schriftelijke mededeling 2007) meldde een geschatte toename van het aantal chronische cliënten in Nederland tussen 1999 en 2004 van 28%; wat lager dan de hier gevonden toename met 50% in de periode 2000-2005 in Amsterdam.

Het merendeel van de chronische patiënten (en steeds meer de laatste jaren) is daadwerkelijk in de langdurige zorgprogramma's ondergebracht. Echter, ook veel van de chronische patiënten buiten de langdurige zorgprogramma's hebben ernstige stoornissen zoals schizofrenie of een psychotische stoornis.

Niet-deelname

Er zijn meerdere verklaringen mogelijk voor de niet-deelname aan een van de langdurige zorgprogramma's. De eerste is dat de ernst en ziekte-last van de stoornis minder zijn dan die van de groep binnen de langdurige zorgprogramma's. Daarom zouden deze patiënten dan ook niet thuishoren in zo'n programma. Een andere verklaring is dat deze patiënten wél thuishoren in deze zorgprogramma's, maar dat de capaciteit van de langdurige zorg nog niet in overeenstemming is met het totaal aantal chronisch psychiatrische patiënten. Een aanwijzing voor dit laatste is dat er binnen de instellingen op dit moment wachtlijsten bestaan bij vooral de ambulante teams voor chronische patiënten.

Zorggebruik; opnamedagen

Qua zorggebruik valt op dat, hoewel het percentage chronische patiënten dat jaarlijks kort wordt opgenomen gelijk is gebleven, het totale jaarlijkse aantal opnamedagen per chronische patiënt is toegenomen (van gemiddeld 86 dagen in 2000, tot 131 dagen in 2004). Een mogelijkheid is dat het aantal patiënten opgenomen op een opname- of een vervolgafdeling, die eigenlijk thuishoren op een langverblijfafdeling, is toegenomen. In dat geval is de toename van het jaarlijkse aantal opnamedagen een weerslag van de matige doorstroming naar langverblijfafdelingen.

Percentage crisiscontacten

Er was sprake van een duidelijke toename van het percentage chronische patiënten dat jaarlijks één of meer crisiscontacten heeft (van 18% van de groep in 2000 tot 36% in 2004). Deze stijging betrof vooral de patiënten binnen het chronische circuit (van 16 naar 41%) tegenover degenen buiten dit circuit (van 20 naar 27%). Een verklaring voor deze stijging is de sterke toename van het aantal crisiscontacten binnen kantooruren, verricht door niet-crisisteam. Deze toename vond vooral plaats bin-

nen het chronische circuit (2004: 91%, versus 60% buiten het chronische circuit). Men kan vermoeden dat acute problemen die zich overdag voordoen zodoende vrijwel altijd binnen het team worden aangepakt, waarmee waarschijnlijk ingrijpen van crisisteams (zowel binnen als buiten kantoor) verminderd wordt. Echter, als verklaring kan ook een verbeterde contactregistratie niet worden uitgesloten.

Het aandeel chronische patiënten binnen het totaal van alle patiënten dat jaarlijks een crisiscontact had, nam tussen 2000 en 2004 toe van 10 tot 21%. Enerzijds correleerde deze ontwikkeling met de toename van het aantal chronische patiënten in die periode. Anderzijds nam ook het percentage chronische patiënten toe dat jaarlijks een crisiscontact binnen kantoor had. Al met al is het aandeel van chronische patiënten onder de crisispatiënten nog steeds beperkt.

Sterke punten en beperkingen

Wij hebben (noodzakelijkerwijs) gebruikgemaakt van de zorginformatiesystemen van de ggz-instellingen. Over de betrouwbaarheid en volledigheid van de gegevens over het zorggebruik zijn wij tamelijk optimistisch. De inkomsten van de ggz-instellingen hangen hiervan af, en men mag verwachten dat de gegevens goed zijn vastgelegd. De volledigheid en de betrouwbaarheid van de diagnoses in de ggz-instellingen zijn zeer waarschijnlijk minder van kwaliteit.

Een beperking van dit onderzoek is dat het hier patiënten met chronisch psychiatrische problemen betreft, die in behandeling zijn bij de ggz. Over omvang en kenmerken van de groep LZA-patiënten niet in zorg bij de ggz is weinig bekend. Kroon e.a. (1998) schatten op basis van huisartsgegevens dat op elke twee chronische patiënten in zorg bij de ggz, er een patiënt is die buiten de ggz, of in het geheel niet in behandeling is. Dit zou op grond van ons onderzoek neerkomen op ongeveer 2300 personen in Amsterdam. Ondanks de geconstateerde groei van het aantal chronische patiën-

ten in zorg, moeten we aandacht blijven houden voor deze groep mensen buiten de reguliere zorg.

CONCLUSIE

Op grond van onze bevindingen concluderen wij dat de chronische patiënten slechts beperkt aanspraak maken op de acute zorg. In de publieke en bestuurlijke opinie was de laatste jaren meer en meer te horen dat chronisch psychiatrische patiënten door de ambulantisering frequenter een beroep doen op zeer dure diensten zoals crisisdiensten en intensievecare-units. Uit ons onderzoek blijkt dat deze constatering niet geldt voor de in zorg zijnde chronisch psychiatrische patiënten. Het is zeker mogelijk dat de chronische patiënten die niet in zorg zijn van de ggz, wel veelvuldig een beroep doen op deze kostenintensieve zorgprogramma's.

LITERATUUR

- Bachrach LL. Asylum and chronically ill psychiatric patients. *Am J Psychiatry* 1984; 141: 975-9.
- Dekker J. Evaluatie van de behandeling in de duinen en in de stad. Provinciaal Ziekenhuis Santpoort (interne publicatie); 1988.
- Gruenberg EM, Pepper B. Definition of: I Mental illness, II Patient, III Disability and IV Chronic. Paper presented at the APA conference on the chronically mentally ill. Baltimore: Johns Hopkins University; 1982.
- Haaster H van, van der Poel E. Een Amsterdamse weg naar een GGZ nieuwe stijl. Amsterdam: SISWO; 1982.
- Koops H, Kwekkeboom MH. Vermaatschappelijking in de zorg. Den Haag: SCP; 2005.
- Kroon H. Groeiende zorg. Ontwikkeling van casemanagement in de zorg voor chronisch psychiatrische patiënten (proefschrift). Utrecht: NcGv; 1996.
- Kroon H, Theunissen J, van Busschbach J, Raven E, Wiersma D. Epidemiologisch onderzoek naar chronisch psychiatrische patiënten. *Tijdschr Psychiatr* 1998; 40: 199-211.
- Rijkschroeff R. Ondersteuning van participatie in de GGZ (proefschrift UvA). Amsterdam: Platform GGZ; 1989.
- Schreurs M, Wiersma D. Chronische psychiatrische patiënten in Midden-Twente: een epidemiologisch onderzoek naar hun

functioneren en hun zorgbehoefte. Tijdschr Psychiatr 1992; 34: 255-67.

Theunissen J, Raven EM. Patiënten met langdurige psychiatrische stoornissen bij een RIAGG. Patiënten, patiëntkenmerken, de ontvangen zorg en het gewenste aanbod. Tijdschr Psychiatr 1997; 39: 400-8.

AUTEURS

J. PEEN is senior researcher bij de afdeling Onderzoek van Arkin, Amsterdam.

J. THEUNISSEN is senior researcher bij de afdeling Onderzoek van GGZ inGeest en hoofd van de afdeling Zorgonderzoek, Amsterdam.

P. DUURKOOP is senior researcher bij de afdeling Onderzoek van Arkin, Amsterdam.

M. KIKKERT is senior researcher bij de afdeling Onderzoek van Arkin, Amsterdam.

J. DEKKER is hoogleraar Klinische Psychologie bij de Vrije Universiteit en hoofd van de afdeling Onderzoek van Arkin, Amsterdam.

Correspondentieadres: dr. J. Peen, Arkin, afd. Onderzoek (HP 1-36), Postbus 75.848, 1070 AV Amsterdam.

E-mail: jaap.peen@arkin.nl.

Geen strijdige belangen meegegeed.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 14-2-2011.

SUMMARY

The aftermath of the reduction in inpatient care and treatment; a retrospective study that considers the extent to which a group of chronic psychiatric patients made use of the Amsterdam mental health services – J. Peen, J. Theunissen, P. Duurkoop, M. Kikkert, J. Dekker –

BACKGROUND *The move towards less hospital care and more community care for psychiatric patients began in the eighties. Chronic patients possibly have not really benefited from the new procedures.*

AIM *To find out whether chronic psychiatric patients in Amsterdam were receiving adequate care and made good use of the available psychiatric services.*

METHOD *We amalgamated the registration details of three mental health care institutions in Amsterdam over the period 1-1-2000 to 1-1-2005.*

RESULTS *In 2005 4576 patients met the criteria for chronic mental illness. In five years, the number of patients in mental health care had risen by 50%. Most of these patients had received care via specialised programmes. 38% of chronic patients had no access to specialised programmes, many of which had waiting lists. Only 6.5% of chronic patients received long-term inpatient care. Not many long-term psychiatric patients used the acute psychiatric services. Each year only 10% of long-term psychiatric patients were admitted to a psychiatric hospital. If admitted, they spent a much longer time in hospital. The average number of days spent in hospital rose from 86 in 2000 to 131 in 2004. Crisis contacts increased in line with the increase in the numbers of chronic patients in care, but these crisis contacts were registered mainly with the patient treatment team and not with the municipal acute psychiatric service.*

CONCLUSION *Only a small proportion of long-term psychiatric patients make use of the acute psychiatric services.*

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 53(2011)8, 509-517]

KEY WORDS chronic mental illness, crisis contacts, outpatient care