De GGZ als systeem in wankel evenwicht : de geestelijke gezondheidszorg in relatie tot samengestelde gelijkheid

Citation for published version (APA):

Hamers, H. J. F. R. (1987). *De GGZ als systeem in wankel evenwicht : de geestelijke gezondheidszorg in relatie tot samengestelde gelijkheid*. [Doctoral Thesis, Maastricht University]. Rijksuniversiteit Limburg. <https://doi.org/10.26481/dis.19870101hh>

Document status and date:

Published: 01/01/1987

DOI:

[10.26481/dis.19870101hh](https://doi.org/10.26481/dis.19870101hh)

Document Version:

Publisher's PDF, also known as Version of record

Please check the document version of this publication:

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

www.umlib.nl/taverne-license

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

repository@maastrichtuniversity.nl

providing details and we will investigate your claim.

HUB HAMERS

DE GGZ ALS SYSTEEM IN WANKEL EVENWICHT

Het onderzoek werd uitgevoerd met behulp van data opgeslagen in het mental health case register, een gevalsregister voor de geestelijke gezondheidszorg voor zuidelijk Zuid-Limburg. Dit register kon opgezet worden mede dankzij een subsidie van het ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Voor enkele deelstudies werden in nauwe samenwerking met de afdeling Sociale Psychiatrie van de RUG gegevens uit het noordelijk register verwerkt.

Hub Hamers

DE GGZ ALS SYSTEEM IN WANKEL EVENWICHT
de geestelijke gezondheidszorg
in relatie tot samengestelde gelijkheid

promotores: Prof. Dr. M.A.J. Rome
Prof. Dr. H. Philipsen

referenten: Prof. Dr. R. Giel
Prof. Dr. F. Sturmans
Prof. Dr. M.W. de Vries

CIP - gegevens Koninklijke Bibliotheek, Den Haag

Hamers, Hubertus Josephus Franciscus Renatus

De GGZ als systeem in wankel evenwicht : de geestelijke gezondheidszorg in relatie tot samengestelde gelijkheid / Hubertus Josephus Franciscus Renatus Hamers. - (S. l. : s.n.). - Ill.

Proefschrift Maastricht. - Met lit. opg. - Met samenvatting in het Engels.

ISBN 90-9001924-3

SISO 614.1 UDC 364.65-056.37(492)(043.3)

Trefw.: geestelijke gezondheidszorg ; Nederland.

Typewerk: L. v. Mameren

Omslag ontwerp: M. Denie

Druk: B. Meerstad

© copyright 1987 H. Hamers

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

All rights reserved. No part of this publication may be reproduced or transmitted without the prior written permission of the publisher.

<u>VERANTWOORDING</u>	9
<u>DEEL I: THEORETISCHE OVERWEGINGEN</u>	13
1. <u>Inleiding</u>	13
2. <u>Psychopathologie en verklaringsmodellen</u>	17
2.1. <u>Inleiding</u>	17
2.2. <u>Paradigmata m.b.t. psychische stoornissen</u>	17
2.2.1. <u>De medische optiek en haar varianten</u>	18
2.2.2. <u>Psychologische verklaringen</u>	18
2.2.3. <u>Enkele macro-optieken</u>	19
2.3. <u>De psychiatrische epidemiologie</u>	20
2.3.1. <u>De ecologische benadering</u>	21
2.3.2. <u>Stress en life-events</u>	21
2.3.3. <u>De bijdrage van het netwerk</u>	22
2.3.4. <u>Multifactoriële bevindingen</u>	23
2.3.5. <u>Transcultureel onderzoek</u>	23
2.4. <u>Samenvatting en conclusies</u>	24
3. <u>Intermezzo: het menselijk handelen</u>	27
3.1. <u>Inleiding</u>	27
3.2. <u>Het sociale handelen als zingeving</u>	27
3.2.1. <u>Interactie als complexiteitsreductie</u>	27
3.2.2. <u>Typen sociaal handelen</u>	28
3.2.3. <u>Continuïteit en verandering</u>	29
3.2.4. <u>Fricties in het sociale handelen</u>	30
3.3. <u>Zingeving en context</u>	30
3.3.1. <u>Civilisatie en psychische beleving</u>	31
3.3.2. <u>De staat als verzorger</u>	31
3.3.3. <u>Optimalisering en proto-professionalisering</u>	32
3.3.4. <u>Stigmatisering en pijnlijkheid</u>	33
3.4. <u>Samenvatting en conclusies</u>	33
4. <u>De geestelijke gezondheidszorg als maatschappelijk fenomeen</u>	35
4.1. <u>Inleiding</u>	35
4.2. <u>De (GGZ) geschiedenis in vogelvlucht</u>	36
4.2.1. <u>Omgangsvormen in vroeger tijden</u>	36
4.2.2. <u>Het prille begin</u>	36
4.2.3. <u>Het ontstaan van differentiaties in het hulpaanbod</u>	37
4.3. <u>De huidige GGZ</u>	38
4.3.1. <u>Beoogde doelen en functies</u>	38
4.3.2. <u>Centrifugale en centripetale krachten</u>	39

4.3.3.	De eeuw van het beleid: ook in de GGZ?	41
4.4.	De GGZ als collectieve zingever?	41
4.4.1.	De GGZ gevangen in de maatschappelijke context	42
4.4.2.	Vraag en aanbod: over protoprofessionalisering	43
4.5.	GGZ: hoe nu verder?	44
4.5.1.	Het kernprobleem van de GGZ: chroniciteit	44
4.5.2.	Verschuivingen in de invulling van de doelstelling	45
4.6.	Samenvatting en conclusies	46
5.	<u>Een brug: van theorie naar empirie</u>	51
5.1.	Inleiding	51
5.2.	De GGZ als maatschappelijke functie	51
5.2.1.	De verschillen in de ruimte geminimaliseerd?	52
5.2.2.	De verschillen in de tijd gemaximaliseerd?	53
5.2.3.	De GGZ: voor welke groepen?	54
5.3.	Samenvatting	56
	<u>DEEL II: EEN BESCHRIJVING: WERKWIJZE EN RESULTATEN</u>	57
6.	<u>Een Psychiatrisch Case Register</u>	57
6.1.	Inleiding	57
6.2.	Methode, techniek en mogelijkheden	57
6.2.1.	Resistance, Privacy and Technology *1*	59
6.2.2.	Record-Linkage, systemmanagement en dataprotectie	67
6.2.3.	The Use of the Case Register in making Epidemiological Research more cost-efficient *2*	70
6.3.	Samenvatting en conclusies	78
7.	<u>De regionale GGZ</u>	79
7.1.	Inleiding	79
7.2.	Enkele interregionale vergelijkingen	79
7.2.1.	GGZorg gepeild *3*	80
7.2.2.	De GGZ in het noorden en het zuiden des lands in 1981 *4*	93
7.2.3.	De geestelijke gezondheidszorg en haar risicogroepen *5*	107
7.3.	Samenvatting	113
8.	<u>De GGZ als organisatie</u>	117
8.1.	Inleiding	117
8.2.	De mate van afstemming in de GGZ	117
8.2.1.	Het (on)bedoelde gebruik van meer GGZ-voorzieningen *6*	119
8.2.2.	Kortdurende opnamen in PAAZ en APZ: wie naar waar? *7*	125
8.3.	Samenvatting	139
9.	<u>Behoeftte aan GGZ en samengestelde gelijkheid</u>	141
9.1.	Inleiding	141
9.2.	Maatschappelijke kwetsbaarheid en aangemelde morbiditeit	141
9.2.1.	De sociale en ruimtelijke spreiding van psychiatrische morbiditeit	142

9.2.2.	Behoeftte aan GGZ in relatie tot samengestelde gelijkheid	152
9.3.	Samenvatting	161
<u>10.</u>	<u>Slotbeschouwing</u>	163
10.1.	Inleiding	163
10.2.	De huidige GGZ	164
10.2.1.	Als cultureel systeem	165
10.2.2.	Als sociaal systeem	166
10.2.3.	Implicaties voor verder onderzoek	167
10.3.	De toekomst van de GGZ	168
10.4.	Samenvatting en conclusies	169
<u>11.</u>	<u>Samenvatting</u>	171
	Summary	175
	Voetnoten	179
	Literatuur	187
	Dankwoord	197
	Curriculum Vitae	199

* * de (co-)auteurs van de hier opgenomen publicaties:

- *1* H.J.F.R. Hamers, M.A.J. Romme & M.W. deVries
- *2* M.W. deVries, H.J.F.R. Hamers & F. Sturmans
- *3* F.G. Brook & H.J.F.R. Hamers
- *4* H.J.F.R. Hamers & F.G. Brook
- *5* H.J.F.R. Hamers & G.A.M. Driessen
- *6* H.J.F.R. Hamers, M.A.J. Romme & G.A.M. Driessen
- *7* H.J.F.R. Hamers, G.A.M. Driessen & J.M.G. Lasker

VERANTWOORDING

Dit boek is opgebouwd uit twee 'lagen'. De eerste laag bevat een sociologische optiek waarin de plaats van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) in onze samenleving op theoretische gronden aangegeven wordt. De tweede laag is concreter van aard en is gevormd uit een reeks artikelen, waarin de GGZ langs een drietal invalshoeken empirisch beschreven wordt.

Dit betekent dat ten dele wordt gewerkt vanuit een macro-sociologische optiek waarin de GGZ als sociaal en als cultureel subsysteem (theoretisch) centraal staat, maar ook dat ik mij -vooral in die onderdelen waarin empirische resultaten gepresenteerd worden- zal bedienen van jargon, begrippen en theoriefragmenten zoals die in de sociale psychiatrie, in de psychologie en de sociologie als ondersteunende disciplines binnen het medisch domein ontwikkeld zijn. De concrete empirische beschrijving is gebaseerd op mijn praktisch georiënteerde onderzoeksmatige bezigheden gedurende de afgelopen jaren. Mijn interesse naar instituties als b.v. de GGZ bezien vanuit een sociologische optiek was al gewekt tijdens mijn sociologiestudie. De voorwetenschappelijke aanzet tot die interesse wordt hieronder met behulp van twee privé 'petites-histoires' gegeven.

"Direkt na de eerste wereldoorlog trok als een van de vele migranten in die periode een vlamming uit de omgeving van Maasmechelen naar de stad Maastricht waar hij als fabrieksarbeider aan de kost kon komen. Hij trouwde met een maastrichtse 'lowermiddle class' vrouw, op het moment dat deze dacht verder als oude vrijster door het leven te moeten gaan. Het echtpaar kreeg twee kinderen: de jongste was mijn vader. Mijn opa was een zeer goedmoedig en zacht-aardig mens. Mijn oma was in haar eigen ogen beneden haar stand getrouwd. Ze herinnerde haar man daar regelmatig aan. Deze egoïstische, weinig liefdevolle en contactarme vrouw probeerde iedereen in haar omgeving voor haar karretje te spannen. Daarbij was ze ziekelijk: een gegeven dat zij, zoals u al verwachtte, te pas en te onpas benutte. Hij had zijn gehele leven angstdromen over een voorbije loopgravenoorlog. Het gezin werd door de buurtbewoners als zeer gesloten gekenschetst."

"Eind zeventiger jaren verhuisde de kleinzoon van deze man als net afgestudeerd socioloog vanuit zijn universiteitsstad Nijmegen naar Maastricht om daar zijn maatschappelijke loopbaan te starten. Op dat moment was hij even oud als zijn grootvader ten tijde van diens migratie. De kleinzoon was echter al getrouwd. Zijn vrouw was aan de sociale academie afgestudeerd en had een baan. Het echtpaar had twee jonge kinderen."

Ik, de kleinzoon, lijk wel een beetje op mijn grootvader, maar afgezien van een 'migratie' op dezelfde leeftijd zijn er niet veel overeenkomsten.

Wat is er voor de lezer nu belangrijk aan deze twee geschiedenissen?

Het belangrijke van deze 'petites-histoires' ligt in het gemeenschappelijke, in de overeenkomsten, maar ook in de verschillen. Als ik die hieronder wil aangeven, dan zal ik daarbij interpreterend mijn weg moeten zoeken. Afgezien van deze 'methodologische' beperking dient de lezer mij te verontschuldigen voor het gegeven, dat deze interpretatie door de overlevering gekleurd zal zijn.

De verschillen tussen beide geschiedenissen zijn zeker op het eerste gezicht groot. Zo verschillen de 'life-events' in intensiteit. Materieel zijn de omstandigheden sterk veranderd, er is een groot verschil in opleidingsniveau aanwezig en is het eerste gezin al als gesloten getypeerd dan is mijn gezin open te noemen. Echter, plaatsen wij beide geschiedenissen in hun eigen tijd, in de juiste context, dan blijken de verschillen aanzienlijk kleiner. Wat dan het meest opvalt, is dat er sprake is van een wezenlijk andere culturele beleving, een andere zingeving om de ondervonden problemen het hoofd te bieden.

Immers, waren wij tijdens beide geschiedenissen met ons research-instrumentarium aanwezig geweest, dan zouden de metertjes bij tijd en wijle uitgeslagen zijn. Toen echter, kenden de mensen de begrippen psychische stoornis, neuroticisme, etc. niet. Oh ja, gekken en zwakzinnigen wel, maar verder gold de uitdrukking dat "ieder huisje zijn eigen kruisje had". Het saillante verschil tussen nu en toen is dus het wezenlijk anders omgaan met in wezen dezelfde problemen: toen meestal lijdzaam, terwijl nu een vertaling en een herdefiniëring plaatsvindt op een zodanige wijze dat het mogelijk wordt oplossingen aan te reiken. In de vorm van het natuurwetenschappelijk model -althans meer of minder geslaagde imitaties daarvan- is het rationalisme uitgebreid tot het dagelijks leven.

Heden zijn er steeds meer mensen te vinden die belevenissen trachten te thematiseren om op die manier zin te geven aan een leven dat per definitie moeilijk is. Vroeger werden de dingen als door God gegeven beleefd, waarbij de belevingen niet geproblematiseerd behoeften te worden. De zingeving werd gezocht in een andere overheersende ideologie: in het Maastricht van mijn grootvader was dat die van het Rijke Roomse Leven. Hoewel deze wijze van zingeving zeker niet verdwenen is, wordt nu door velen een andersoortige oplossing voorgestaan. Dit verschil levert consequenties voor instituties met behulp waarvan mensen het sociale leven vorm geven.

De lezer kan tegenwerpen dat de verschillen tussen beide geschiedenissen voortkomen uit de aanwezige klasse- en opleidingsverschillen. Men vergeet dan echter dat het opleidingsniveau (en de sociaal-economische situatie) over de gehele populatie sterk verbeterd is en in relatief opzicht de referenties voor de actoren niet veel veranderen. Belangrijker zijn de navolgende constatering. De technische mogelijkheden en daarmee gepaard gaande mogelijkheden tot communicatie en informatie zijn sinds mijn grootvaders-tijd enorm veranderd. Als ik als onregelmatige consument van televisieprogramma's op een willekeurig moment het scherm bekijk, dan wordt mij uitgelegd wat een

fobie is: dat dit niets buitengewoons is en dat er wat aan te doen valt. Als ik als een onregelmatige lezer van populaire bladen eens in de Libelle of de Margriet blader, dan kom ik verhalen van (psycho-) therapeuten tegen die als blijde boodschap brengen dat er voor bijna alles wel een ver- of een oplossing in het verschiet ligt.

U hoort mij op dit punt geen waardeoordeel uitspreken: wel constateer ik dat wij met zijn allen de samenleving zodanig georganiseerd hebben, dat wij in sterke mate geprotoprofessionaliseerd *1* zijn en dat aangaande (vaak heel simpele) dingen die hun oorsprong in het dagelijks leven hebben.

Mijn theoretische overwegingen zullen over de interrelaties tussen de GGZ en het dagelijkse leven gaan. Deze interrelaties hebben invloed gehad op de ontwikkeling van de GGZ als institutie; op de organisatie en op het gebruik ervan.

Vanuit een sociologische optiek kan de GGZ als een sociaal subsysteem gezien worden, dat in onze samenleving ingebed is. De GGZ kan echter ook als een cultureel subsysteem opgevat worden, waarin verklaringen over psychische stoornissen zijn opgeslagen: verklaringen die aanleiding kunnen zijn tot behandelingen van psychische stoornissen, maar ook verklaringen die het dagelijkse gedrag kunnen beïnvloeden. Hiermee is dan al aangegeven dat de GGZ als cultureel subsysteem zich uitgebreider manifesteert dan als sociaal subsysteem. De term sociaal subsysteem is gereserveerd voor één specifieke werksoort verdeeld over een (beperkt) aantal voorzieningen.

Met het bovenstaande heb ik gepoogd een eerste algemene leidraad voor deze bundel vast te stellen, waarbij nu al aangetekend kan worden, dat de GGZ niet als vanzelfsprekend tot stand is gekomen. Kort en bondig zou ik de leidraad als volgt willen formuleren: de betekenis en de functie van de GGZ als institutie *2* kan ons veel leren over de stand van zaken in de samenleving. Omdat de GGZ als een sociale verdichting van een cultureel subsysteem op te vatten is, kan kennis van de GGZ ons 'op afstand' iets leren over hoe wij -als individu en als collectief- vormgeven aan het (samen)leven dat behalve zijn prettige momenten nu eenmaal ook zijn problemen en tegenslagen kent. Toch dient er nog een tweede voor-wetenschappelijke constatering genoemd te worden: niet ieder mens blijkt in dezelfde mate gelukkig. Enerzijds omdat het er sterk op lijkt, dat de prettige en de onprettige dingen des levens niet gelijkelijk verdeeld zijn en er een samenhang aanwezig lijkt tussen deze verdeling en de positie die maatschappelijk ingenomen wordt; anderszijds heeft niet ieder mens in dezelfde mate mogelijkheden om problemen te lijf te gaan. Om toch tot een redelijke, min of meer rechtvaardige verdeling van het 'geluk' te geraken kent ons soort samenleving -op groepsnivo- compensatiemechanismen; om dit fenomeen te benoemen wordt de term 'samengestelde gelijkheid' *3* gebruikt. Daarmee zij kort de hint gegeven, hoe ik met de ondertitel van deze bundel denk om te gaan.

DEEL I: THEORETISCHE OVERWEGINGEN

HOOFDSTUK 1

INLEIDING

De empirische resultaten die in deze bundel bijeengebracht zijn, hebben betrekking op praktische vraagstellingen: 'hoeveel personen komen met de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) in aanraking'; 'hebben verschillende GGZ-voorzieningen te onderscheiden functies', etc.. Een gebruikelijke term voor dit soort vraagstellingen is gezondheidszorg-onderzoek (GZO).

In de afgelopen jaren groeide bij mij een zekere irritatie ten aanzien van de inhoud van deze term. Ze suggereert een tegenstelling tussen fundamenteel en toegepast onderzoek, terwijl een dergelijk onderscheid in zekere zin kunstmatig is. De overgang van de ene vorm naar de andere verloopt vloeiend (Albinsky, 1978). Bovendien kunnen beide vormen van onderzoek (en wetenschapsbedrijf) niet zonder elkaar; de ene bestaat bij de gratie van de andere. De resultaten van toegepast onderzoek kunnen bijvoorbeeld gebruikt worden om meer algemene wetmatigheden en trends in de samenleving in beeld te brengen (Aakster, 1981).

Vanuit de veronderstelling dat de GGZ als een sociaal en cultureel subsysteem beschouwd kan worden (Fabrega, 1982; Kleinman, 1982) met een functionele inbedding in de samenleving heb ik een aantal deelstudies bijeengebracht. Het probleem van deze optiek is dat de samenleving niet rechtstreeks een functie presenteert, die vervolgens ingevuld wordt; de institutie *1* -eenmaal rudimentair ontstaan- is in zichzelf dynamisch, verandert de samenleving en roept -evenzeer als zij er anderzijds afhankelijk van is- daarmee functies op die zij kan vervullen. Dus, waar geen mogelijkheid is om bepaalde vormen van gedrag als te behandelen psychische stoornissen te definiëren -dus waar geen GGZ als cultureel subsysteem aanwezig is- daar zal geen manifeste behoefte aan deze maatschappelijke functie bestaan. Dit is niet omdat er geen psychische stoornissen zouden zijn, maar omdat de vertaalslag van problemen en gedragingen naar psychiatrie niet gemaakt kan worden. In cultuur *2* ligt de definitie besloten van wat als psychische stoornis gezien kan worden.

In deze bundel zal ik eerst bespreken hoe psychopathologie 'verklaard' wordt. Vervolgens wil ik als intermezzo het sociaal handelen vanuit een sociologische optiek bespreken, waardoor ik kan aangeven welke functie de geestelijke gezondheidszorg in ons soort samenleving dient te vervullen. Een sociaal subsysteem is echter niet alleen te beschrijven vanuit een puur functionele invalshoek; daarom behandel ik de structuren die door de tijd heen groeiden en die in sterke mate de huidige GGZ vorm hebben gegeven.

Uit deze theoretische overwegingen komen een aantal hypothesen naar voren, die in het tweede deel van deze bundel getoetst zullen worden. Daarbij zij aangetekend dat alleen die hypothesen opgesteld zijn, die voor toetsing met het aanwezige empirisch materiaal in aanmerking komen; in dat opzicht heb ik een beperking moeten aanbrengen.

In de bundel heeft het empirisch deel in grote lijnen langs drie invalshoeken vorm gekregen. Na een methodisch hoofdstuk, waarin ik het gebruikte onderzoeksinstrument beschrijf, geef ik in de eerste plaats weer hoeveel mensen met de GGZ in contact komen; hoe deze mensen over de verschillende voorzieningen verdeeld zijn en beschrijf ik enkele kenmerken van de patiëntenpopulatie. Deze eerste beschrijving heeft grotendeels betrekking op de GGZ in een tweetal regio's.

In de tweede plaats wil ik het functioneren van de GGZ vaststellen aan de hand van de populatie die door dit sociaal subsysteem bediend, behandeld of verzorgd wordt. Op die manier kan ik de werking van de GGZ als een organisatorisch subsysteem beschrijven.

In de derde plaats laat ik zien welke behoefte aan GGZ manifest is geworden. Deze behoefte kan ons iets leren over maatschappelijke levensomstandigheden van subpopulaties: omstandigheden die wellicht samengaan met een verhoogd risico voor het krijgen van psychische stoornissen.

Uiteraard pretendeer ik hier niet, dat ik met de gepresenteerde empirische studies de gehele GGZ beschrijven kan.

Deze bundel is als volgt opgebouwd: deel I dient beschouwd te worden als de theoretische achtergrond van waaruit ik de empirie bekijk, terwijl deel II de feitelijk empirische beschrijving van de GGZ bevat. Na dit inleidende hoofdstuk worden in hoofdstuk 2 enkele paradigmata -noodzakelijkerwijs zeer kort- met betrekking tot het ontstaan van psychische stoornissen besproken. In datzelfde hoofdstuk worden vervolgens enkele relevante bevindingen van de psychiatrische epidemiologie beschreven. Het daaropvolgende hoofdstuk geeft een sociologische visie op het (afwijkend) menselijk handelen en levert daarmee de bouwstenen om in theoretisch opzicht de 'plaats' van de GGZ in de samenleving aan te geven. Deze aanzet krijgt in het vierde hoofdstuk een noodzakelijke aanvulling door de GGZ in zijn ontwikkelingsgang en in zijn huidige verschijningsvorm te beschrijven. In hoofdstuk 5 breng ik de verschillende theoretische overwegingen en theoriefragmenten bij elkaar: van daaruit worden een aantal in deel II te toetsen hypothesen geformuleerd.

Deel II bevat empirische deelstudies betreffende de GGZ; dit deel bestaat in hoofdzaak uit een negental afzonderlijke publicaties (een zestal zijn reeds eerder verschenen -paragrafen 6.2.1, 6.2.3., 7.2.1, 7.2.2., 7.2.3. en 8.2.1- en een drietal zullen nog verschijnen -paragrafen 8.2.2., 9.2.1. en 9.2.2-).

In het eerste hoofdstuk van deel II -hoofdstuk 6- wordt de gekozen methode beschreven en verantwoord. Hoofdstuk 7 bestaat uit enkele interregionale vergelijkingen; vergelijkingen tussen de regio zuidelijk Zuid-Limburg en een regio ter grootte van een middelgrote gemeente in het noorden van het land. Ten behoeve van dit hoofdstuk zijn gegevens uit het 'zuidelijk' en het 'noordelijk' register verwerkt. Het volgende hoofdstuk (8) bevat de beantwoording van organisatorische vraagstellingen. Het laatste empirische hoofdstuk (9) omvat materiaal over de behoefte aan GGZ vanuit verschillende subpopulaties.

In hoofdstuk 10 wordt aangegeven of, en zo ja, in hoeverre de theoretische concepten en beschrijvingen overeenkomen met het empirisch werk. Er worden enkele lijnen voor de toekomstige GGZ uitgestippeld en er worden aanbevelingen voor nader onderzoek gedaan. Hoofdstuk 11 tenslotte bevat een samenvatting.

HOOFDSTUK 2

PSYCHOPATHOLOGIE EN VERKLARINGSMODELLEN

2.1. Inleiding

Het medisch systeem als theorie, als duiding van een deel van de werkelijkheid is een cultureel systeem. In de toepassing is het een sociaal systeem. In iedere samenleving zien we dan ook een eigen medisch systeem, in cultureel en in sociaal opzicht. Of zoals Fabrega het stelt: "... in a basic sense the type of society and its mode of linkage to the physical environment ... are what condition (in certain respects, determine) the kinds of medical problems that exist in a society. It is the set of medical problems that exist in a society that constitute the target of the society's theory of illness and medical care systems. The latter phenomena, which one may term the cultural and sociological aspects of medicine, are what in turn condition (in certain respects, determine) how these problems are construed and handled." (Fabrega, 1982, p.29). Een analoge opvatting is aan te treffen bij Kleinman (1980): hij formuleert een model waarmee medische systemen begrepen kunnen worden als culturele systemen waarbinnen ziekte geschetst wordt in een symbolische vorm van het sociale leven. In het sociale systeem wordt therapie bedreven; de behandeling vindt plaats in specifieke instituties met hun eigen normen, waarden, rollen en relaties (zie ook Kleinman, 1982). De essentie van deze redenering is dat de gezondheidszorg als onderdeel van een groter cultureel systeem mede bepaalt wat individuen als ziekte ervaren en dus ook behandeld wensen te zien. Szasz (1961), Illich (1976) en Lasch (1977, 1982) beweren dat de gezondheidszorg dit soort opvattingen zou determineren. Dit extreme standpunt deel ik niet o.a. op grond van informatie vanuit anthropologisch en cultureel-psychiatisch onderzoek.

In dit hoofdstuk geef ik aan vanuit welke disciplines wat als psychische stoornis gedefiniëerd wordt. Hoewel blijkt dat er een groeiende consensus ten aanzien van de definitie is, neemt de variatie wat betreft de verklarings- en (be)handelingsmodellen zeker niet af.

2.2. Paradigmata met betrekking tot psychische stoornissen

'Gekte' plaatst de wetenschap voor vele vragen. Dat die vragen nog niet beantwoord zijn, moge blijken uit de vele disciplines die zich er mee bezig houden. Desondanks kan, in wetenschappelijk en in toegepast opzicht, een vooruitgang geconstateerd worden. Echter van de psychiatrie, beter van de verzameling kern- en hulpdisciplines, mag niet eenzelfde resultaat verwacht worden als van de overige medische specialismen. Het object van de psychiatrie immers dient in we-

tenschappelijk en in toegepast opzicht eerder 'gedragmatig' dan 'technisch' benaderd te worden.

Ten slotte, het geheel en al ontbreken van een min of meer gezamenlijk paradigma, waarmee een onderzoeks- en behandelkader wordt aange-reikt, heeft gevolgen voor de structuur en de organisatie van de GGZ.

2.2.1. De medische optiek en haar varianten

In de psychiatrie lijkt de klinische psychiatrie het sterkst ontwikkeld. Ze is ontstaan vanuit een traditioneel natuurwetenschappelijk (medisch) model met een mechanistische inslag en bepaalt in sterke mate het (klinisch) gebeuren rond gekte. In de klinische psychiatrie wordt gewerkt vanuit een nosologische gedachtengang waarbij het complex aan symptomen en syndromen gezien wordt als een ziektekundig (analoog aan de somatische geneeskunde) verklaringsmodel waarin het probleem van de patiënt geplaatst wordt.

In de sociale psychiatrie zijn in grote lijn een drietal stromingen te onderscheiden: de eerste gaat uit van ziekte en is in die zin te bezien als een in sociale situaties toegepast klinisch handelen (en naar analogie daarvan in research terug te zien), terwijl de tweede stroming meer sociaal epidemiologisch geïntereerd is en als onderzoek sterker in de sociologie dan in de psychiatrie terug te vinden is. De sociaal-psychiatrische studies binnen de eerste stroming zijn opgezet vanuit een medisch model met daaraan toegevoegd een aantal sociologische en psychologische (individuele) variabelen. Ik spreek over een opzet vanuit een medisch model omdat de ziekte, de symptomen, de syndromen voorop staan; ook in de te verifiëren causaliteitspatronen.

De sociaal-psychiatrische studies binnen de meer sociologisch geïntereerde stroming stelt sociale problemen, veranderingen, e.d. voorop en bekijkt deze met het oog op mogelijke consequenties voor de geestelijke gezondheidstoestand van individuen (o.a. Cassel & Tyroler, 1961; Cassel, 1976). Stokols (1986) verwijst naar Cassel (1964) om aan te geven, dat in deze richting de opvattingen verschoven zijn naar een meer "holistic, social-epidemiologic perspective".

De derde en meest radicale vorm van sociale psychiatrie is te vinden binnen de anti-psychiatrie *1* in zijn diverse varianten. Binnen deze stroming wordt de schuld van alle (psychiatrische) ellende primair gelegd in verstoorde relaties en naar gelang het niveau (d.w.z. gezin - kleine groep - maatschappij) van een hogere orde wordt, lijkt de radicaliteit -wat betreft de te ondernemen acties- toe te nemen.

2.2.2. Psychologische verklaringen

Vanuit de psychologie is een belangrijk deel van het instrumentarium, dat nodig is voor het psychiatrisch epidemiologisch onderzoek ontwikkeld. De psychologen leveren ter ondersteuning van zowel de behandelpraktijk als de research een groot deel van het (diagnostisch) onder-

zoek. In het onderstaande heb ik me beperkt tot drie hoofdstromingen, die momenteel in de behandelpraktijk gebruikt worden. Een ander deel van de 'psychologie' zal ik in de paragraaf over 'stress en life-events' behandelen.

De eerste en oudste hoofdstroom is de psycho-analyse; deze stroming heeft als geen andere aandacht voor het onbewuste en het driftmatige in het gedrag van mensen. Er wordt daarbij gepoogd persoonlijke problemen te benoemen als botsingen ontstaan tijdens de ontwikkeling van een persoonlijkheid tussen onbewuste driften enerzijds en de realiteit die hieraan niet altijd tegemoet kan komen anderzijds. Hoewel de invloed van de psycho-analyse niet onderschat mag worden -zijn de directe gevolgen op de huidige behandel- en researchpraktijk minder groot dan op het eerste gezicht zou lijken. De psycho-analyse heeft wel invloed gehad op de bredere stroom van de psycho-dynamische behandel- en research-praktijk waarin de verwerking van emoties binnen het individu een centrale plaats inneemt. Bovendien zijn verschillende nieuwere therapievormen in meer of mindere mate uit de psycho-analyse voortgekomen.

Een tweede hoofdstroom vormt de humanistische psychologie. Deze gaat uit van een optimistisch mensbeeld en ziet de mens in staat tot een grote mate aan zelf-actualisatie, waardoor ook de relatie met zijn omgeving versterkt wordt. In de eerste decennia na de tweede wereldoorlog heeft deze vorm van behandeloptiek (b.v. de rogeriaanse therapie) een grote vlucht genomen. Voor epidemiologisch onderzoek heeft deze richting weinig opgeleverd, dit in tegenstelling tot de derde stroming.

De derde hoofdstroom, de leertheorie, gaat ervan uit dat alle gedrag -ook onaangepast, afwijkend gedrag- (aan)geleerd is en dus ook door middel van een (af)leerproces -i.c. gedragstherapie- te veranderen is. Zeker aanvankelijk zette deze stroming zich sterk af tegen de twee voorafgaande, in het bijzonder tegen de psycho-analyse. De kracht van de leertheorie in praktische zin is daarin gelegen, dat er vanuit deze theorie kortdurende therapievormen ontwikkeld konden worden. En hoewel met het effectonderzoek een begin is gemaakt binnen de tweede hoofdstroom, werd deze vorm van onderzoek binnen deze derde stroming verder uitgebouwd.

2.2.3. Enkele macro-optieken

Van oudsher staat binnen de sociologie het gedrag van individuen in een groter geheel centraal; daarmee werd al vroeg het afwijkend gedrag als vraagstelling benoemd. Eigenlijk formuleert de sociologie de vraag andersom: hoe komt het dat de samenleving als geheel functioneert en in de tijd een min of meer stabiel karakter heeft, terwijl deze opgebouwd is met behulp van het gedrag van vele individuen. Deze vraagstelling verklaart de sociologische interesse in gedrag dat deze stabiliteit kan bedreigen.

Vanuit een sociologische optiek heeft afwijkend gedrag twee aspecten

die enerzijds elkaars tegenpolen zijn maar anderzijds moeilijk los van elkaar gezien kunnen worden. Uit het eerste aspect komt de volgende vraag, o.a. door Durkheim en Parsons geformuleerd, naar voren: hoe krijgt de samenleving het klaar enerzijds het ontstaan van afwijkend gedrag in omvang te beperken en anderzijds het bestaande afwijkende gedrag 'weg te organiseren'? *2*

Binnen het tweede aspect wordt afwijkend gedrag als een positieve factor in de samenleving gezien; het afwijkend gedrag zou er op zijn minst ten dele toe bijdragen dat de samenleving als geheel verandert. Wellicht kan zelfs gesteld worden, dat er t.g.v. (aanvankelijk) afwijkend gedrag nieuwe gedragspatronen ontstaan waardoor de samenleving als geheel weliswaar verandert, maar waarbij tegelijkertijd voor de samenleving nieuwe, andere mogelijkheden ontstaan. Een ander pluspunt is dat afwijkend gedrag bij anderen een groepsversterkend effect heeft, waardoor het saamhorigheidsgevoel stijgt.

Hoe wij als maatschappij omgaan met afwijkend gedrag kan ons dus veel leren over de stand van zaken in een samenleving. Hoe we met afwijkend gedrag omgaan wordt zichtbaar als we kijken welke instituties een stabiliserende functie hebben en welke instituties tot taak hebben het afwijkende gedrag in voorspelbare banen te leiden. Door de instituties te schetsen kan de maatschappij in haar ontwikkeling, als het ware in deze instituties gespiegeld, zichtbaar gemaakt worden. Wetenschappelijk heeft het bovenstaande vorm gekregen in sociologische onderzoeken waarin sociale problemen en de daaruit voortvloeiende maatschappelijke consequenties bezien worden.

2.3 De psychiatrische epidemiologie

Na deze summiere inventarisatie van paradigma's -in de psychiatrie, psychologie en sociologie- volgen hieronder verschillende praktische benaderingen in de dagelijkse research.

De psychiatrische epidemiologie heeft door de tijd heen altijd hulp gekregen van gedragswetenschappen als met name de sociologie, de psychologie en de culturele antropologie. Hoewel de sociale epidemiologie nooit expliciet als theorie in een toetsbare vorm ten behoeve van de psychiatrie is opgezet, komen aspecten hiervan o.a. in de sociale ecologie aan de orde, maar dan worden de relaties op geaggregeerd niveau vastgesteld. In de psychiatrische epidemiologie daarentegen onderzoekt men gewoonlijk relaties op individueel niveau. De term psychiatrische epidemiologie is de parapluie voor de rijkdom aan empirische bevindingen over frequentie, spreiding en ontstaan van psychopathologie.

Als wij bezien hoe 'gekte' geoperationaliseerd wordt in het tegenwoordige (bevolkings)onderzoek, dan valt een zeker pragmatisme op: de criteria van 'caseness' zijn alle op de een of andere manier afgeleid van wat hulpverleners in de GGZ -of traditioneler geformuleerd, wat psychiaters- als te behandelen stoornissen zien (zie o.a. Wing e.a., 1977)

Oudere case-finding strategieën waren meestal gebaseerd op geïnstitutionaliseerde patiëntenpopulaties. Zo zijn er vele studies naar spreiding van psychiatrische opnamen over de populatie uitgevoerd.

2.3.1. De ecologische benadering

Hoewel de fundamenteën van deze benadering door Quételet zijn gelegd en Durkheim hierop als eerste verder kon bouwen (o.a. met zijn onderzoek naar de spreiding van suïcides), is deze methode in het Chicago van de jaren twintig volledig uitgebouwd met name onder leiding van Park en Burgess. In de door hen als theorie gepresenteerde opzet zijn behalve enkele darwinistische trekken ook theoriefragmenten van Durkheim te zien (Nelissen, 1972; Bosma, 1975a). Men constateerde dat diverse vormen van sociale problemen volgens bepaalde patronen over een gebied verspreid waren. Dit patroon heeft men -voor verschillende vormen van sociale problemen zoals suïcides, criminaliteit en opnamen in psychiatrische ziekenhuizen- in vele steden teruggevonden. Daarbij bleken de meeste problemen voor te komen in de centra van de steden: de problemen namen concentrisch vanuit het centrum naar de rand van de stad af (Häffner e.a., 1965; Wilken, 1973b; Srole e.a., 1978 en Faris & Dunham, 1939). In Rotterdam blijkt dat buurten die gekenmerkt worden door veel psychiatrische opnamen eveneens gekenmerkt worden door andere sociale problemen (Verdonk, 1979). Ook in Nijmegen blijkt een ruimtelijke concentratie van psychiatrische opnamen voor te komen (Bosma, 1975b). Drop (1979) onderzocht de spreiding van afwijkend gedrag (o.a. psychiatrische opnamen) waarbij de gemeente als aggregatieniveau fungeerde.

De aanvankelijk bewezen geachte hypothese dat de fysieke en sociale omgeving een belangrijke etiologische factor vormt in het ontstaan van psychische stoornissen wordt later ideologisch (Wilken, 1973a), maar vooral methodologisch (Dunham, 1965), sterk becritiseerd. De sociale ecologie als theorie is danook geheel verlaten. Ook zijn populariteit als onderzoeksdesign is afgenomen, hoewel het zeker nog gebruikt wordt (behalve mijn, in hoofdstuk 9 te presenteren, onderzoek o.a. zeer recent in Mannheim door Weyerer e.a. 1987) *3*.

Toch heeft de ecologische methode grote voordelen wat betreft uitvoerbaarheid *4* en het genereren van hypothesen. Echter, dit type design is behept met een methodologische ongelukkigheid, n.l. het punt van de 'ecological fallacy' *5*.

In de komende paragrafen zullen verschillende onderzoeksoptieken besproken worden, waarbij gebruik gemaakt wordt van gegevens op individueel en niet op geaggregeerd niveau.

2.3.2. Stress en life-events

Hoewel het begrip stress uit de fysiologie afkomstig is, is het als concept in het psychologisch en het psychiatrisch-epidemiologisch onderzoek ingeburgerd. Een vorm van onderzoek richt zich op

stressoren waarvan wij in onze stedelijke omgeving last zouden hebben. Voor ons is echter het onderzoek in de psychiatrische epidemiologie naar 'stressful life-events' van meer belang. Het blijkt immers dat bedreigende gebeurtenissen in het leven telkens een verband hebben met diverse aandoeningen, hetzij psychische hetzij somatische. Echter, omtrent de etiologisch rol van life-events is er nog geen consensus bereikt. Dohrenwend (1986) geeft een vijftal te testen hypothesen, waarbij er twee extremen over de te toetsen verklaringsschema's te onderscheiden zijn. De ene verklaring leert dat persoonlijkheidskenmerken pathologie tot gevolg zouden kunnen hebben, waardoor 'life-events' zouden optreden. De andere verklaring stelt dat sociale omstandigheden, zoals het aantal (onplezierige) gebeurtenissen en gebrekkige sociale steun, de pathologie zouden veroorzaken. *6*

Tot slot moet in deze paragraaf gerefereerd worden aan theorievorming en onderzoek waarbij psychologische consequenties van (herhaalde en oncontroleerbare) stresserende gebeurtenissen gezien worden. Dit onderzoeksveld is te typeren met het begrip 'learned helplessness' waarover Seligman (1975) zegt: "helplessness involves a syndrome of cognitive, emotional and motivational disturbances stemming from repeated exposure to uncontrollable events." (Stokols, 1986, p.37). Juist het herhaald blootstaan aan dergelijke oncontroleerbare gebeurtenissen leidt ertoe dat individuen niet meer de kans zien datgene dat er feitelijk gebeurd te beïnvloeden en danook hun pogingen daartoe opgeven. In dit kader past ook de theorie en het empirisch werk over de locus of control (Rotter, 1966). Het theoretisch potentiëel en de praktische toepasbaarheid van dit soort concepten blijkt uit enkele nederlandse onderzoeken (Halfkens, 1985 en Hodiament e.a., 1986). *7*

2.3.3. De bijdrage van het netwerk

In de vorige paragraaf gaf ik aan dat er een relatie geconstateerd is tussen stress en life-events enerzijds en psychopathologie anderzijds. Er blijkt ook wetenschappelijke belangstelling naar een mogelijke samenhang tussen het sociale netwerk, in kwantitatieve en kwalitatieve zin, en het ontstaan van psychopathologie.

De eerste (gepubliceerde) constatering dat psychiatrische patiënten een kleine sociale kring hebben, blijken niet zo oud (Post, 1962 geciteerd door Henderson e.a., 1981). Onderzoeken van o.a. Brown vestigden aandacht op het feit dat bij vrouwen het hebben van een intieme relatie bescherming biedt tegen het ontstaan van een depressie (Brown & Harris, 1978).

Deze onderzoeken gingen van een specifieke diagnostische categorie uit om daarmee de relatie tussen die stoornis en het netwerk te bezien. Laten wij echter de beperking tot één diagnostische categorie los dan blijkt hetzelfde resultaat. Er blijkt een samenhang tussen het ingebed zijn in sociale verbintenissen en de aanwezigheid van psycho-pathologie (o.a. Miller & Ingham, 1976).

Omtrent de richting van de causaliteit in deze samenhang ligt er een soortgelijk probleem als zoeven aangegeven bij life-events.

2.3.4. Multifactoriële bevindingen

Sinds een aantal jaren lijken het medisch en het sociaal model te zijn vermengd in een hernieuwde poging om de spreiding van psychiatrische aandoeningen over de populatie te begrijpen en sociale factoren die een etiologische verklaringskracht hebben vast te stellen. In het z.g. Nijmeegse regioproject heeft men middels een twee-fasen bevolkingsonderzoek op een als betrouwbaar geachte wijze (Wing e.a., 1977; Duncan-Jones & Henderson, 1978) de prevalentie van psychische stoornissen in de open populatie vastgesteld. Daarnaast heeft men o.a. de psycho-sociale problematiek, de copingstijl en het sociale netwerk per respondent bepaald (Hodiamont e.a., 1986). Ten aanzien van interpretaties inzake mogelijke causaliteitspatronen is de Nijmeegse groep zeer bescheiden, omdat een dwarsdoorsnede-onderzoek als in het onderhavige geval, dit soort pretenties niet kan waarmaken. Het onderzoek van Henderson en de zijnen in het Australische Canberra (Henderson e.a., 1981) is iets ouder dan het zojuist besproken project. In Canberra heeft men een zelfde soort case-finding techniek gehanteerd: een twee-fasen design met enkele screeningsinstrumenten in de eerste fase en een diagnostisch instrument in de tweede fase. Dit onderzoek heeft zich sterk gericht op de sociale omgeving van de respondent en de invloed die hiervan uit zou gaan; met name het sociale netwerk krijgt volop aandacht. Bovendien wordt er in dit project een follow-up studie uitgevoerd bij een deel van de (steekproef) populatie om zodoende het verloop van de stoornis (of het ontstaan van een stoornis) in zijn 'natural setting' te bezien. Henderson et al. concluderen voorzichtig dat er aan de sociale omgeving maar weinig etiologische waarde kan worden toegekend. Bepaalde persoonlijkheidskenmerken daarentegen blijken een grote voorspellende waarde te hebben t.a.v. de aan-/afwezigheid van psychopathologie tijdens de follow-up. Ook de bevindingen van Ormel (1980) wijzen in dezelfde richting. Hij stelt dat ondervonden gebeurtenissen niet rechtstreeks tot een psychische stoornis leiden, maar dat de persoonlijkheidsstructuur van het individu een significante factor blijkt. Naar aanleiding van recente bevolkingsonderzoeken (zoals van Henderson, et al, 1981 en Hodiamont, e.a, 1986) kan het puntprevalentie-cijfer van psychische stoornissen op ongeveer 10% geschat worden; het jaarprevalentiecijfer op 20 à 25 % (Giel e.a., 1983).

2.3.5. Transcultureel onderzoek

Deze onderzoekstraditie is voortgekomen uit een samengaan van psychiatrische concepten en de culturele antropologie. Onlangs is nog eens gewezen op het wat vreemde prefix 'trans' (Favazza, 1986); men

(anoniem, 1986) geeft daarop de opmerking dat binnen de transculturele psychiatrie een vergelijking wordt gemaakt tussen de ene (meestal onze westerse) en een andere cultuur, waarbij verschillen in etiologische factoren, maar vooral in de omgangsvormen met psychiatrische stoornissen geconstateerd worden. In de culturele psychiatrie daarentegen wordt de relatie tussen een specifieke cultuur en psycho-pathologie *8* gezocht. De eerste soort studies benoemt men wel met de term 'etic'; de tweede met 'emic'. Bezien wij de publicaties vanuit dit onderzoeksveld (Favazza & Faheem, 1982) dan valt op dat hoewel beide soorten studies voorkomen, de meeste studies toch als culturele psychiatrie zijn te beschouwen. In het verwijzen naar literatuur e.d. zien we dat vaak een impliciete vergelijking met onze eigen westerse samenleving wordt gemaakt.

Dat bij onderzoek (in onze eigen, maar ook in andere culturen) nogal eens vergeten wordt sociale en culturele factoren mee te nemen blijkt o.a. uit de International Study of Schizophrenia, waarin wordt vastgesteld dat in niet-geïndustrialiseerde landen (met vergelijkbare incidentiecijfers voor schizofrenie in geïndustrialiseerde en niet-geïndustrialiseerde landen) de schizofrene episoden korter zijn (Sartorius e.al., 1978). Dit, terwijl een verklaring hiervan in sociaal en cultureel opzicht -hoewel geïndiceerd (Cooper & Sartorius, 1977) en elders vastgesteld (Edgerton, 1980)- uitblijft en ook het netwerk ten onrechte geen aandacht krijgt *9* (Beels, 1979; Cohen & Sokolovsky, 1978).

Hier is echter de belangrijkste conclusie dat de incidentie-rates van ernstige vormen van psychische stoornissen in de z.g. ontwikkelde en onderontwikkelde landen waar geen uitgebreid professioneel GGZ-systeem is, in dezelfde mate voorkomen. Vanuit deze redenering heeft het geen zin vol te houden dat de gezondheidszorg een gezondheidszorg-probleem schept; wel dat de gezondheidszorg bepaalde 'zijnswijzen' en sociale problemen als psychische -en in principe behandelbare- stoornissen definiëert en daarmee ook mede bepaalt hoe met 'gekte' sociaal wordt omgesprongen.

2.4. Samenvatting en conclusies

In dit hoofdstuk heb ik beargumenteerd dat in de psychiatrische epidemiologie onze culturele visie inzake bepaalde vormen van afwijkend gedrag besloten ligt: hetzelfde geldt dus ook voor de definitie welke gedragingen tot deze bepaalde vormen van afwijkend gedrag behoren en welke niet. In onze culturele visie ligt eveneens besloten hoe in 'technische' zin -caring en curing- omgegaan dient te worden met dit afwijkend gedrag. Deze culturele visie wordt in sterke mate gevormd door de paradigma's zoals die kort besproken werden in 2.2.1. (de medische optiek en haar varianten) en in 2.2.2. (psychologische verklaringen). Bovendien zijn deze theoretische opvattingen terug te vinden in (delen van) de GGZ en blijken zij aanleiding tot een grote mate van differentiatie in de GGZ als voorzie-

ningen-pakket. Uit de macro-optiek zijn geen concrete gezondheidszorg-activiteiten, uitgezonderd de afdeling preventie van de Riagg, naar voren gekomen. Wel zijn een aantal overheidsmaatregelen op macro-niveau in het kader van de psycho-hygiëne te beoordelen. Vast te stellen is dat 'gekte' niet een dermate eenduidig begrip is dat een enkele discipline de oplossing kan aanreiken. Wat betreft de definitie is in de loop van het afgelopen decennium een zekere consensus gegroeid. In de hedendaagse psychiatrische epidemiologie komen concepten en methoden (en de daarbovenstaande methodologie) vanuit de verschillende disciplines bijeen. Voor de psychiatrische epidemiologie ligt het vertrekpunt in de psychiatrie, in de daar geformuleerde opvatting inzake psychiatrische stoornissen. Het onderzoek binnen de psychiatrische epidemiologie is van groot belang, maar kent door zijn culturele inbedding een beperking, namelijk de veronachtzaming van het gegeven dat er een relatie bestaat tussen (sub)cultuur, socialisatie en maatschappelijke positie aan de ene kant en psychopathologie en omgang daarmee aan de andere kant.

Uit de bespreking van het transculturele onderzoek blijkt immers dat het noodzakelijk is de invloed van de (sub)cultuur mee te nemen; vooral de omgang met afwijkend gedrag blijkt sterk cultureel bepaald. Het is om die reden dat ik ervoor pleit de empirische bevindingen van de psychiatrische epidemiologie te herinterpreteren in een macro-optiek, waarin gevraagd wordt naar de functie van de GGZ als een sociaal subsysteem.

In deze bundel zal ik mij beperken tot een beschrijving van de GGZ als sociaal systeem. In de eerste plaats wordt beschreven uit welke voorzieningen de GGZ is opgebouwd en hoeveel patiënten daarbij betrokken zijn. Hierbij tracht ik enig inzicht te geven in de mate van regionale eigenheid van de GGZ.

Ten aanzien van de 'doelgroep' kan ik nu al stellen dat ongeveer een tiende van de nederlandse populatie (op één tijdstip) in aanmerking komt als mogelijke gebruiker. En door het aantal paradigmata die naast elkaar bestaan, mogen we verwachten dat de GGZ-consument te maken krijgt met een grote differentiatie in het zorgaanbod.

In de tweede plaats staat in deze bundel de GGZ als organisatie centraal. Ik ben geïnteresseerd in haar functioneren en daarom vraag ik in hoeverre er een samenhang tussen de voorzieningen bestaat, m.a.w. een vraag naar de mate van afstemming tussen de GGZ-voorzieningen onderling.

Tenslotte wil ik bekijken wie feitelijk van de GGZ gebruik maakt. Uit de eerder gememoreerde bevindingen mag gesteld worden dat niet iedereen eenzelfde kans op geestelijke gezondheid heeft. Ongeacht de etiologische verklaring moet verwacht worden dat een aantal categorieën in de samenleving te kampen hebben met een slechtere geestelijke gezondheid, met name diegenen met een (te) klein sociaal netwerk en/of met een stressvolle gebeurtenis achter de rug. Een van de vragen die beantwoord dienen te worden, is of deze categorieën ook in de GGZ oververtegenwoordigd zijn.

HOOFDSTUK 3

INTERMEZZO: HET MENSELIJK HANDELEN

3.1. Inleiding

Dit hoofdstuk zal de lezer in directe zin maar weinig over de GGZ leren. Wel worden hier vanuit de handelingstheorie bouwstenen aangedragen waarmee ik in de komende hoofdstukken verder kan werken. Mede vanuit de in het vorig hoofdstuk aangedragen ideeën wil ik in dit hoofdstuk de stelling verdedigen, dat de mens voor alles een 'cultureel' wezen is (Lemaire, 1976). Hij percipiëert en gaat om met de wereld zoals hem dat door middel van zijn socialisatie -in de brede zin enculturatie en acculturatie- mogelijk is geworden *1*. Vanuit die optiek zal ik vooreerst het menselijk handelen als zingende activiteit theoretisch plaatsen, waarbij de context waarin dat handelen geschiedt van belang blijkt.

3.2. Het sociaal handelen als zingende

Cultuur *2* kan worden opgevat als een stelsel van waarden en normen, die per samenleving anders geformuleerd en samengesteld zijn; ook binnen een samenleving -per subcultuur- zijn er variaties mogelijk. In cultuur ligt het leidende principe besloten volgens welke individuen handelen en dit handelen zin krijgt. De betekenis van het sociaal handelen is cultureel verankerd en, juist omdat personen in een samenleving een min of meer gelijk cultureel patroon in het hoofd hebben, handelen individuen meestal zo als de ander dat verwacht. Tijdens het handelen maken individuen een keuze uit vele mogelijke handelingen.

3.2.1. Interactie als complexiteitsreductie

Cultuur helpt het individu de hem omringende chaos te structureren en te ordenen waardoor hij de complexiteit van de wereld kan reduceren. Tegelijkertijd geeft cultuur richting aan het sociaal handelen: de (sub)cultuur reikt het individu interpretatiekaders aan op grond waarvan het individu zijn omgeving waarneemt, vormt en waardoor sociaal handelen pas mogelijk kan worden.

Voor Luhmann (1975) is het kleinste denkbare sociale systeem het interactiesysteem. Dit bestaat uit de handelingen van twee interacterende actoren. Een dergelijk systeem zou slechts kunnen bestaan, indien aan de volgende voorwaarden voldaan is: 1) de aanwezigheid van personen; 2) wederzijdse waarneming van de aanwezigen, waardoor een diffuse structurering ontstaat en 3) er een selectieproces volgt bijvoorbeeld door middel van verbale communicatie.

De functie van een interactiesysteem is reductie van complexiteit. Het nadeel van Luhmann's opvatting is, dat handelen buiten een interactiesysteem niet als sociaal handelen begrepen kan worden.

3.2.2. Typen sociaal handelen

Onlangs is door Peters (1986) beargumenteerd, dat er ten gevolge van een verkeerde interpretatie van het werk van Weber -en in die wetenschapstraditie bevindt Luhmann zich ten dele- belangrijke aspecten van het menselijk gedrag niet als sociaal handelen zijn aangemerkt. Deze interpretatie zou ontstaan zijn omdat er te weinig aandacht is geschonken aan het begrip 'sociale relatie' zoals Weber dat hanteert. Hij onderscheidt namelijk twee vormen van sociaal handelen: "1) het sociaal handelen als sociale interactie: twee personen oriënteren hun handelen qua zingeving wederzijds aan het verloop van dat handelen en 2) het sociaal handelen dat aan de 'zininhoud' van een sociale relatie is geöriënteerd" (Peters, 1986, p.9). Daarbij wordt sociaal handelen van handelen onderscheiden door het criterium betrokkenheid op de ander.

Er is sprake van een kans -'Chance' bij Weber- dat er op een bepaalde wijze sociaal gehandeld wordt; een actor kan bepaald sociaal handelen van de ander verwachten door de zingeving die aan het sociaal handelen c.q. de sociale relatie gegeven is. Deze zingeving wordt echter objectief eenzijdig gedacht *3*. Het sociaal handelen kan dus bepaald niet deterministisch opgevat worden.

Vanuit beide opties -van Luhmann en van Weber- formuleer ik het sociaal handelen als volgt: sociaal handelen omvat al die menselijke gedragingen die gekenmerkt worden door een subjectieve (of objectief eenzijdige) zin(geving) en die verbonden zijn aan een directe handeling dan wel aan een (beoogde, bedoelde of feitelijke) relatie met een ander individu *4*. De functie van het sociaal handelen is reductie van complexiteit.

Daarmee is bijvoorbeeld het schrijven van dit hoofdstuk in mijn eentje achter mijn bureau op te vatten als een sociale handeling, omdat het schrijven geöriënteerd is aan andere actoren: bovendien wordt tijdens dit proces complexiteit gereduceerd door uit alle mogelijke onderwerpen juist deze te kiezen en deze langs een specifieke invalshoek te beschrijven.

Mensen handelen niet vanuit een nulsituatie; niet alles is nieuw, neutraal. Een mens brengt zichzelf tijdens het sociaal handelen in en bepaalt mede zodoende zijn eigen zingeving van het sociaal handelen. Ondanks de eigen inbreng gedragen mensen zich meestal voorspelbaar; zij geven een eigen zingeving aan hun handelen dat de ander kan invoelen. Om dit te begrijpen ('zu verstaan') gebruikte Weber de term 'Einstellung': hiervoor in de plaats gebruik ik nu, in navolging van velen, de term attitude. Aan dit begrip zijn vier componenten te onderscheiden: 1) een fysieke; 2) een cognitieve; 3) een affectieve en 4) een evaluatieve component.

Met name de drie laatste componenten komen wij in cultuurbenaderingen tegen onder de begrippen kennis, motivatie en normen. Het zijn juist deze attitude-componenten die tijdens de socialisatie door een individu worden aangeleerd. In die zin is een mens een sociaal en cultureel dier, waarbij de aangeboren constitutie, aard e.d. weliswaar randvoorwaarden aangeven, maar slechts ten dele voor de aanwezige variatie in het sociaal handelen verantwoordelijk geacht kunnen worden.

Enerzijds wordt een attitude relatief constant gedacht, waardoor deze als een relatief constante oriënterings- en gedragspredispositie kan werken. Daarmee vormt deze predispositie een voorwaarde voor continuïteit en consistentie in het gedrag onder wisselende omstandigheden. Anderzijds zullen attitudes over langere perioden kunnen veranderen juist ten gevolge van (aanhoudend) veranderde omstandigheden, waardoor een individu door middel van leerprocessen tot ander sociaal handelen kan komen.

De relatie tussen cultuur en het sociaal handelen komt met behulp van de attitudes tot stand. Vanuit het sociaal handelen is een sociaal leven -een sociaal systeem- denkbaar als een relatief stabiel, maar ook een zich veranderend geheel.

3.2.3. Continuïteit en verandering

Ondanks dat er telkens nieuwe generaties verschijnen, kent de samenleving een grote mate aan continuïteit. Uiteraard is de feitelijke biologische reproductie van nieuwe generaties met een min of meer gelijk biologisch apparaat een eerste vereiste voor die continuïteit. De stap van de mens als natuurlijk naar de mens als cultureel wezen is groot: deze stap is echter in een menselijke samenleving noodzakelijk. Dit heeft consequenties voor de wijze van informatieoverdracht van de ene naar de volgende generatie. Socialisatie is in wezen niets anders dan het overdragen van informatie; zij het dat het medium niet genetisch van aard is. Daardoor blijken sociale veranderingen sneller te kunnen verlopen dan biologische. Over korte perioden zijn al grote veranderingen waarneembaar.

Om te kunnen verklaren welke mogelijke veranderingen ook daadwerkelijk voet aan de grond krijgen, plaatst Luhmann de mogelijkheid tot verandering centraal. Luhmann hanteert het begrip 'communicatief succes' als sociaal selectiemechanisme waarmee een sociaal systeem waardevolle (functioneel in een specifieke constellatie) oplossingen bewaart. Mede door het hoge abstractieniveau van Luhmann's systeemtheorie is deze benadering tamelijk inhoudsloos: d.w.z. de theorie kan als een schema gehanteerd worden, maar dient nader geconcretiseerd te worden met betrekking tot het onderwerp waarnaar de interesse uitgaat. Hondrich (1975) stelt bijvoorbeeld voor Luhmann's schema in te vullen m.b.v. een behoeftetheorie.

3.2.4. Fricties in het sociaal handelen

In deze paragraaf gaat mijn interesse uit naar situaties waarin het sociaal handelen mislukt. Wanneer zijn er fricties in het sociaal handelen te constateren? Wanneer wordt er afgeweken van de 'Chance' in het sociaal handelen en hoe zijn deze vormen van sociaal handelen te typeren?

De afwijkingen in het verwachte sociaal handelen kunnen worden benoemd als het optreden van wederzijds incompatibele zingevingen. Deze incompatibiliteit is toe te schrijven aan een tegenstelling tussen de attitudesystemen van twee actoren *5*. Die tegenstelling kan op onderdelen -cognitief, evaluatief of affectief- van de attitudes betrekking hebben en naar aanleiding daarvan is een deel van het sociale leven geïnstitutionaliseerd (van gevangenis tot Blijf-van-mijn-Lijf huizen, van huisarts tot psychiatrische ziekenhuizen).

Slechts een deel van alle afwijkingen in het sociaal handelen zijn relevant met betrekking tot het onderwerp 'gekte'. Dit deel van het afwijkend sociaal handelen is niet anders te begrijpen dan andere vormen van afwijkend sociaal handelen. 'Gekte', psychische stoornis, definiëer ik als een niet-individueel gebonden onvermogen om dusdanige sociale handelingen te laten plaatsvinden dat aan de directe interactie of aan de (beoogde, bedoelde of feitelijke) sociale relatie wederzijds zin gegeven wordt. In feite vindt er tijdens die vormen van sociaal handelen geen of onvoldoende complexiteitsreductie plaats.

Afwijkend sociaal handelen komt tot uiting in het sociaal handelen en het komt voort uit een combinatie van persoonsgebonden, maar in het sociale leven ontstane, attitudes gegroeid op een biologisch substraat en de reacties hierop door andere voor de persoon relevante actoren. Het sociale systeem als totaliteit, gebaseerd op en mogelijk gemaakt door de complexiteitsreductie tijdens het sociaal handelen, wordt in principe bedreigd, indien er in de interactiesystemen onvoldoende complexiteitsreductie plaatsvindt *6*.

3.3. Zingeving en context

Complexiteitsreductie is voor ieder sociaal systeem een dwingend gegeven. Het eigene van onze samenleving is dat steeds meer zaken uit de omgeving geproblematiseerd worden. Onze samenleving is steeds sterker gedifferentieerd geworden, waardoor er een grotere complexiteit in de samenleving is ontstaan. Hierdoor kunnen steeds grotere prestaties wat betreft complexiteitsreductie plaatsvinden. Dat wil zeggen dat de omringende chaos minder als chaos, als dreigende natuur of door God gegeven beschouwd wordt. Ten gevolge van arbeidsverdeling, specialisatie en kennisopslag/overdracht is het mogelijk in de tijd groter wordende delen van de omgeving beheersbaar, planbaar, invoegbaar te maken.

3.3.1. Civilisatie en psychische beleving

Weber (1972) spreekt in dit verband over de 'Entzauberung der Welt': met deze term bedoelt hij een proces waarin de samenleving en ons sociaal handelen steeds meer van rationaliteit doortrokken raakt. Elias (1984) daarentegen benadrukt dat niet rationaliteit maar vooruitzien ons gedrag steeds meer kenmerkt. Dit vooruitzien is in zijn optiek (zie ook de Swaan, 1984) steeds sterker tot gedragsdispositie geworden. Vooruitzien is een onderdeel van onze attitudes geworden.

Elias laat zien dat het vooruitzien ten gevolge van de langer wordende afhankelijkheidsketens noodzakelijk werd *7*. Aldoende beargumenteren Elias en de Swaan dat de psyche van het individu in de loop der tijd steeds meer taken naar zich toe geschoven krijgt. Daarbij hoort een overgang van 'Fremdzwang' naar 'Selbstzwang': het individu internaliseert nu veel van wat vroeger van buiten kwam en gelegitimeerd werd.

Dit verdergaand internaliseren is noodzakelijk omdat het sociaal handelen in die lange afhankelijkheidsketens in sterke mate voorspelbaar dient te zijn. Dwang van buitenaf kan dit niet bewerkstelligen; 'Selbstzwang' is een veel effectiever middel. Elias laat zien dat het civilisatieproces over een lange periode optreedt en dat de 'Selbstzwang' steeds meer op de voorgrond treedt. Ook over kortere perioden is een dergelijke -uiteraard relatieve- overgang van 'Fremdzwang' naar 'Selbstzwang' te signaleren (Kapteijn, 1985).

Hoewel er winst van het civilisatieproces te constateren is, moet geconcludeerd worden dat het leidend cultuurbeginsel -in mijn opinie te benoemen als instrumenteel rationalisme *8* (Lemaire, 1976)- voor het individu ook negatieve consequenties heeft.

3.3.2. De staat als verzorger

In het civilisatieproces wordt aan de staat een sleutelpositie toegedacht. Als een belichaming van 'le contract social' is de staat gelegitimeerd, onder verwijzing naar een situatie waarin een ieder in oorlog met de ander verkeert, het regelend principe te worden. Hierdoor worden vergaande vormen van arbeidsverdeling en specialisatie mogelijk. Er ontstaan lange afhankelijkheidsketens waarin velen van velen, telkens voor andere facetten in het leven, afhankelijk zijn. De staat is daarbij zelf geen verzorger. Zij is geen persoon (de Swaan, 1984), maar zij maakt het anderen mogelijk te verzorgen, te onderwijzen, te verplegen, emancipatieprocessen op gang te brengen, etc. Voor deze regulering heeft de staat een budget nodig. Dat daarbij dit budget een steeds groter deel van het nationaal inkomen uitmaakt, is noodzakelijk om ten gevolge van de arbeidsverdeling steeds meer middelen te realloceren. Dit wordt momenteel als een economisch probleem gezien waartegen een monetair geöriënteerde politiek in stelling wordt gebracht. Echter, hier lijkt sprake van een probleemverschuiving waarbij het wezenlijk probleem verdoezeld wordt. Het eigenlijke probleem bestaat daarin, dat een steeds groter wordend 31

deel van het privé bestaan van het individu publiek wordt. Zijn wij onze samenleving gestart onder het principe van Hobbes om onszelf te vrijwaren van (levensbedreigende) misdragingen van onze medemenssen, dan wordt dit principe nu gehanteerd tegen een gemeenschappelijke vijand (b.v. kans op ziekte) en daarin komt onze specifieke vorm van solidariteit naar voren. De situatie in onze samenleving kan met een citaat van Koot & Stegerhoek als volgt omschreven worden: "De mate van (H.H.; bestaans-) zekerheid voor allen is gebaseerd op solidariteit." (Koot & Stegerhoek, 1986, p. 53). Dit houdt in, dat er in zekere mate sprake moet zijn van een redelijke, rechtvaardige verdeling van de sociale goederen: "In de context van de verzorgingsstaat (waarbij de zorgzame samenleving als een amendement daarop gezien wordt; H.H.) is samengestelde gelijkheid de concrete invulling geworden van het ideaal van een rechtvaardige samenleving." (Koot & Stegerhoek, 1986, p. 54). Deze samengestelde gelijkheid wordt op verschillende manieren bewerkstelligd, waarbij centraal staat, dat individuen die in relatief opzicht aan een sociaal goed gebrek hebben daarvoor gecompenseerd worden. Echter, telkens wanneer een individu 'gecompenseerd wordt' wordt een deel van de persoonlijke leefwereld door het publieke gekoloniseerd (Habermas, 1982).

3.3.3. Optimalisering en proto-professionalisering

Ieder mens heeft de fundamentele behoefte zich als mens te verwezenlijken: een mens is niet, maar wordt (Maslow, 1968). De wijze waarop deze verwezenlijking gestalte krijgt, is cultureel bepaald. De hiërarchie in de behoeftenboom zoals Maslow die opgesteld heeft, lijkt een universele geldigheid te hebben. Echter, tot op welke hoogte de hiërarchie ingevuld wordt, is cultureel bepaald. Dit geldt ook voor de vorm die bij deze invulling gekozen wordt. Het is in die zin dat behoefte per definitie cultureel gestalte krijgt en er vervolgens behoefte ontstaat aan voorzieningen, zorg, i.h.a. aan instituties waarin het culturele als sociale verdichting vorm krijgt. Instituties op hun beurt hebben als sociaal subsysteem hun eigen dynamiek en beïnvloeden de vigerende cultuur; zij veranderen deze, brengen uitbreidingen aan, claimen delen van het leven, kortom zij beïnvloeden opvattingen omtrent menselijke 'zijnswijzen', verklaringen daaromtrent en formuleren vanuit die verklaringen problemen, waarvoor nu nieuwe oplossingen denkbaar zijn.

De uitvindingen als nieuwe cultuurelementen kunnen langs verschillende wegen onder de populatie verspreid worden. Vanuit de gezondheidszorg gebeurt dat op twee manieren. Enerzijds direct: namelijk wanneer individuen in aanraking komen met die sociale subsystemen die als exponent van dat cultuurelement fungeren. Anderzijds indirect: en dat gebeurt dan via de media, via contact met professionals en semi-professionals (Oosterbaan & Zeldenrust, 1985).

Optimalisering van ieders persoonlijk leven en proto-professionalisering horen bij elkaar. Wanneer nieuwe cultuurelementen oplossingen lijken te bieden voor tot nu toe onbevredigend opgeloste problemen en mensen krijgen er lucht van dat zodoende oude problemen geherformuleerd, opgelost en/of verzacht kunnen worden, dan zal de proto-professionalisering zich uitbreiden en de behoefte toenemen. In de volgende paragraaf zal ik een laatste reden geven, waarom de behoefte aan diverse instituties in de tijd is toegenomen.

3.3.4. Stigmatisering en pijnlijkheid

Wij zijn het als steeds pijnlijker gaan ervaren met eigen en met andermans ellende, leed, afwijking, intimiteit geconfronteerd te worden. Daaraan parallel loopt het proces van individualisering met als tegenhanger de ervaren pijnlijkheid, de gevoelens van gêne die in de loop der tijd sneller optreden. De 'Selbstzwang' is met name hieromheen georganiseerd.

Er zijn nog andere gevolgen van het civilisatieproces aan te wijzen. Wij handelen met zovelen voor wat betreft slechts gefragmenteerde aspecten van het leven, zodat onze gedragingen affectneutraler zijn geworden. Dat houdt in dat er in het algemeen geaccepteerde sociaal handelen meer variaties ontstaan zijn; hierdoor kon aanvankelijk deviant gedrag -hoewel het een minderheidsgedrag blijft- geaccepteerd worden, zij het met wisselend succes, maar de trend is duidelijk. Als wij tegenwoordig iemands gedrag in één rol -b.v. de seksuele- niet accepteren, wil dat nog niet zeggen dat wij hem in andere rollen niet handelingsbekwaam zouden achten en juist het totale afwijzen heeft met stigma te maken. Wij accepteren in steeds sterkere mate variaties in het gedrag en wijzen minder mensen af, ondanks dat zij gedragingen vertonen die wij vanuit onze eigen 'gêne-drempel' voor onszelf niet accepté vinden; het toppunt van zelfdwang.

Voorlopig concluderend zijn enkele, op het eerste gezicht tegengestelde bewegingen, te onderkennen: 1) een toenemende tolerantie voor andersoortig gedrag en een daarmee samenhangende vermindering van maatschappelijke stigmatisering in de vorm van uitstoting; 2) een vergroting van de gevoeligheid voor allerlei zaken die in het leven zoal mis (kunnen) gaan en 3) de ontwikkeling van technieken (en van instituties waar deze geëxerciseerd worden) om deze problemen alsnog op te lossen, te herdefinieren *9*. Totale uitstoting als verschijnsel treedt steeds minder op: echter, een groter aantal personen dan ooit wordt op enigerlei wijze met een partiële uitstoting geconfronteerd.

3.4. Samenvatting en conclusies

Twee belangrijke opties kwamen in dit hoofdstuk aan de orde. De eerste optie is dat psychische stoornis geïnterpreteerd kan worden in termen van (mislukte) sociale handelingen met daarbij de link naar

cultuur als het voorstructurend element. Vanuit deze stellingname kunnen botsingen en mislukkingen in het sociaal handelen geïnterpreteerd worden. Uitgaande van de algemeen aanvaarde cultureel gedefiniëerde werkelijkheid wordt een van de individuen *10* als patiënt, als crimineel of als deviant gebrandmerkt. Tegelijkertijd is op theoretische gronden plausibel gemaakt dat wij in toenemende mate gevoelig zijn voor eigen en andermans feilen en er daarom een toenemende behoefte zal zijn dit feilen ongedaan te maken.

De tweede optie ligt op macro-nivo en komt voort uit de vaststelling dat ons soort samenleving gebouwd is op basis van onderlinge afhankelijkheid. Juist daarin kan ten gevolge van arbeidsverdeling, specialisatie, e.d. het instrumenteel rationalisme als leidend cultuur-principe steeds sterker naar voren komen. Het tweespan onderlinge afhankelijkheid en instrumenteel rationalisme geeft aanleiding tot een situatie waarin wij trachten tot een redelijke verdeling van allerhande sociale goederen te komen. Gezien de technische, economische, medische en educatieve ontwikkelingen blijkt deze redelijke verdeling realiseerbaar. Toch wil dit alles niet zeggen dat de bestaande sociale ongelijkheid opgeheven zou zijn. Echter, de verpakking in de vorm van samengestelde gelijkheid oogt humaner. Als negatief bijeffect heb ik gewezen op het koloniseren van het privé-bestaan door het publieke zoals dat vorm gegeven is in en gepractiseerd wordt door diverse instituties. Deze instituties zijn te bezien als sociale verdichtingen van culturele subsystemen. De GGZ kan als een dergelijke sociale verdichting beschouwd worden.

Concluderend kan gesteld worden, dat sociale ongelijkheid naar voren komt als onderzocht wordt welke categorieën in sterkere mate dan anderen gecompenseerd worden met als optie te mogen deel hebben in onze samengestelde gelijkheid.

Tot slot wijs ik erop dat door middel van het instrumenteel rationalisme meer complexiteit gereduceerd kan worden. Wij kunnen nu vraagstukken en problemen aanpakken en tot oplossing brengen door gebruik te maken van methoden, technieken en denkwijzen zoals die in de (positivistische) wetenschapsbeoefening ontwikkeld zijn. Wij kunnen deze zodanig toepassen dat het te bewerken 'materiaal', het probleem, tijdens een proces verandert in een gewenst 'eindprodukt'. Om dit klaar te spelen zijn wij in steeds sterkere mate van anderen afhankelijk (en zij van ons) en dient er tijdens het sociaal handelen steeds gedisciplineerder met elkaar omgegaan te worden. Wat betreft dit laatste is te concluderen dat het noodzakelijk is per individu meer informatie c.q. meer gedragsregels beschikbaar te hebben. In die zin legt de maatschappelijke 'wens' steeds meer complexiteit te reduceren een grote druk op het individu.

HOOFDSTUK 4

DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG ALS MAATSCHAPPELIJK FENOMEEN

4.1. Inleiding

In dit hoofdstuk zal het ontstaan van de GGZ kort besproken worden: en van daaruit zal ik de huidige GGZ beschrijven. Daarbij zal ik kort aandacht besteden aan de doelen van de GGZ en de wijze waarop men deze denkt te bereiken.

In de daarop volgende paragraaf, 'de GGZ als collectieve zingever?', zal ik een link leggen tussen de theoriefragmenten zoals die in het vorig hoofdstuk verwoord zijn en de implicaties daarvan deduceren. Alvorens tot enkele afsluitende conclusies te komen, zal ik enkele lijnen uitstippelen waarlangs de huidige GGZ verder zou kunnen evolueren.

De centrale stelling die hier verdedigd zal worden, is dat de GGZ in deze samenleving onze vorm is om met 'gekken' om te gaan en dat die vorm in sterke mate historisch en cultureel bepaald is. Echter -en dat is de contradictionaire situatie waarin de GGZ zich bevindt- de GGZ kan principiële niet anders met haar cliëntèle omgaan dan cultureel voorgegeven is. Zij heeft daarbij bovendien rekening te houden met een verplichting tot het afleggen van verantwoording aan de hand van cultureel vastgelegde criteria. Dus de GGZ dient zich waar te maken in rationele en utilitaire zin; vandaar de belangstelling voor evaluatie- (b.v. Beenackers, 1986) en effectonderzoek (b.v. Schagen, 1983 en 1985 *1*).

Mijn belangstelling gaat uit naar de betekenis en de functie van de GGZ in onze samenleving. Om deze belangstelling vorm te geven moeten twee aspecten onderscheiden worden. In de eerste plaats: wat is de bijdrage van de GGZ aan onze samenleving, wat hebben wij er als maatschappij aan? In de tweede plaats zal ik beargumenteren dat de GGZ vorm heeft gekregen in onze samenleving en daarmee als het ware doordrenkt is. Beide aspecten kunnen met behulp van het begrip context benaderd worden: de GGZ zoals die nu zichtbaar is -en die zichtbaarheid zal ik in de latere hoofdstukken empirisch onderbouwen- is in sterke mate bepaald door onze (specifieke) samenleving en het krachtenspel daarin. De GGZ moet gedacht worden in een context die enerzijds uit andere sociale subsystemen (de overheid, het 'beleid', financieringsmogelijkheden, e.d.) bestaat, maar die anderzijds door haar potentiële cliëntèle gevormd wordt. Maar de GGZ op haar beurt vormt ook een context; namelijk voor de GGZ-patiënt (als sociaal en cultureel systeem) en voor ieder individu als potentiële patiënt (als cultureel systeem).

Een laatste inleidende opmerking betreft de uitbreiding van de taken vanuit de aanbodzijde. Zoals onlangs Beckers (1986) weer eens in herinnering bracht worden er -ook in de GGZ- dingen uitgevonden die in feite niet blijken te werken voor diegenen waarvoor ze bedoeld waren. Anderen blijken echter voor deze 'uitvindingen' zeer gevoelig. Een behoefte wordt geboren en de doelstelling van een organisatie wordt verschoven ten gevolge van de nieuw aangeboorde of aan te boren markt: de GGZ breidt het terrein waarop zij betrekking heeft -gekte, afwijkend gedrag- uit. Zowel in de GGZ als in de samenleving zal dus in de loop der tijd een uitbreiding te zien zijn van verschijnselen die men door middel van GGZ-technieken behandelbaar zal beschouwen; sporadisch zal het terrein ingekrompen worden.

4.2. De (GGZ) geschiedenis in vogelvlucht

Wil de huidige GGZ als maatschappelijk fenomeen beschreven worden, inclusief enkele contouren van de toekomstige GGZ, dan zal kennis omtrent haar voorganger(s) aanwezig moeten zijn. Gelukkig heeft de geschiedenis van psychische stoornis en de omgang daarmee de laatste jaren wetenschappelijke aandacht gekregen. Voor de volgende paragrafen kon ik dan ook gebruik maken van een aantal studies, zoals die van Foucault (1965), Binnenveld e.a. (1982), Brinkgreve e.a. (1979), Brinkgeve (1984), de Swaan (1979), Bulhof (1983) en zeer recent v.d.Grinten (1987).

4.2.1. Omgangsvormen in vroeger tijden

In de middeleeuwen werden psychiatrische patienten nauwelijks uitgestoten; weliswaar waren zij vaak onderwerp van spot, maar zij werden toch -soms op afstand (in het dorpje Geel o.a.)- door de familie verzorgd. Patiënten die op drift, op zwerftocht waren geraakt, werden wel uit de door hen bezochte gemeenschappen gestoten.

De start van de grote opsluiting wordt door Foucault in de klassieke periode (1600-1800) bij het ontstaan van de huidige staatsvorm gedacht, maar door Peeters (in Binnenveld e.a., 1982) later geplaatst waarbij hij stelt dat de opsluiting in de klassieke periode slechts marginaal is in vergelijking met die vanaf de tweede helft van de vorige eeuw. In de klassieke periode is er sprake van een ongedifferentieerde opsluiting waarvan zowel psychiatrische patiënten alsook anderszins losgeslagenen het slachtoffer werden, of zo u wilt, konden profiteren. Het inrichten van grote gestichten -vanaf de tweede helft in de 19e eeuw- zou men kunnen aanmerken als een, ruimtelijk nog steeds herkenbaar, beginpunt van de huidige GGZ.

4.2.2. Het prille begin

Als de tijd er rijp voor is; ofwel dezelfde uitvindingen worden zonder wederzijdse voorkennis door verschillende mensen gelijktijdig gedaan.

In dat licht kunnen (sociale) uitvindingen, dus ook medische en psychiatrische uitvindingen, gezien worden. Maar dan is de vraag uiteraard, wat dat dan is: als de tijd er rijp voor is. Peeters (Binnenveld e.a., 1982) noemt de extra-, inter- en intra-discursieve determinanten welke een rol spelen. Het uiteenrafelen hiervan lijkt mij een nuttige (monniken)arbeid die buiten dit kader valt. Belangrijker lijkt mij de constatering dat soortgelijke ontwikkelingen voor diverse sectoren in de samenleving -zoals het onderwijs en de algemene gezondheidszorg- vooral vanaf midden 19e eeuw geconstateerd kunnen worden.

In die periode ontstaat het onderwijssysteem, het welzijnswerk en de gezondheidszorg in een vorm zoals die nog altijd herkenbaar is: met andere woorden er ontstaat een steeds sterker gedifferentieerde, gesegmenteerde, goeddeels verzuilde samenleving als tussenvorm vanuit de burgerlijke kapitalistische samenleving naar onze huidige post-industriële samenleving. Een belangrijk kenmerk hierbij is dat de arbeidsverdeling zich in een veel sneller tempo dan daarvoor voltrekt en juist in die tijd de afhankelijksketens (de Swaan, 1984) in zeer korte tijd groter worden. Het is dan ook de tijd waarin nieuwe beroepen ontstaan en deze beroepen zich met succes mengen in de strijd om erkenning, macht, etc. (Brinkgreve, 1984; Bulhof, 1983). Immers, die nieuwe beroepen kunnen aangeven dat zij noodzakelijk zijn in deze nieuwe samenlevingsvorm.

Vanaf dat moment kon de 'emancipatie' van opeenvolgende bevolkingsgroepen beginnen: een proces dat tot op vandaag aanwezig is. Maar voordat men mij misverstaat: de wezenlijke grondslag van deze emancipatie is, dat steeds grotere groepen in de samenleving passen en hieraan een (productieve) bijdrage leveren. Deze emancipatieprocessen moeten dan ook wezenlijk gezien worden als een verdere uitbreiding van het instrumenteel rationalisme als leidend cultuurprincipe. In dat licht kan ook de differentiatie in het hulpaanbod vanuit de GGZ gezien worden.

4.2.3. Het ontstaan van differentiaties in het hulpaanbod

Bij de vroege voorlopers van de GGZ was slechts een zeer klein deel van alle psychisch zieken 'in behandeling'. Querido stelt dat tot ver in de 19e eeuw (globaal de eerste helft) "het lot van geïnterneerden zeer droef" was: echter waarschijnlijk was "het aantal geïnterneerden slechts een klein deel van alle geesteszieken uit die tijd." (Querido geciteerd door Romme, 1984)

Bovendien was deze categorie op dat moment nog nauwelijks object voor de medische wetenschap: in de z.g. dolhuizen was een mengeling te vinden van geesteszieken, zwakzinnigen en criminelen. Pas na de krankzinnigenwet in 1841 kon er iets gaan veranderen aan het lot der geesteszieken. De verantwoordelijkheid kwam nu bij de provincie te liggen, terwijl ook in die tijd de psychiatrie zich manifesteerde als een medische professie. In deze tijd ontstaan de eerste psychiatrische ziekenhuizen, in de duinen, op de Veluwe en dicht tegen de

landsgrenzen, telkens op afstand van bevolkingsagglomeraties. De oudste vorm van semimurale zorg is te zien in de z.g. gezinsverpleging, die voor een deel vanuit het psychiatrisch ziekenhuis opgezet werd (in Nederland), maar b.v. in België (Geel) van nog ouder datum is. Deze zorgvorm bestaat in deze vorm nog maar nauwelijks. De ambulante zorg is als nazorg na ontslag vanuit het psychiatrische ziekenhuis ontstaan. Deze vorm van zorg heeft zich vanaf de twintiger jaren definitief in de rij van de voorzieningen geschaard zoals: de sociaal psychiatrische dienst (SPD in 1928), de ambulante zorg voor de zwakzinnigen (SPeD in 1923), het medisch opvoedkundig bureau (MOB in 1928), de jeugdpsychiatrische dienst (JPD in 1931) en als laatste in deze serie het Bureau voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden (1935). Het consultatiebureau voor alcohol en drugs (CAD in 1945), het instituut voor multidisciplinaire psychotherapie (IMP in 1940) gestart in de eerste bezettingsdagen) zijn al van later datum, terwijl het jongeren advies centrum (JAC in 1970) de rij sluit. Vrijwel alle ambulante zorgsoorten zijn begonnen vanuit een charitatieve achtergrond, waarbij het particuliere initiatief van groot belang was. De verzuilde vooroorlogse samenleving heeft ertoe bijgedragen dat deze zorg zich over de hele linie relatief snel uitbreidde (zie v.d. Grinten, 1987). Deze lijn heeft zich na de tweede wereldoorlog voortgezet; het duurde lang eer de overheid zicht op de ontstane lappendeken kreeg.

4.3. De huidige GGZ

In de volgende paragrafen zal ik de huidige GGZ bespreken, waarbij doelen en functies aan de orde komen. Vervolgens worden de GGZ-voorzieningen in hun onderlinge samenhang (en gebrek daaraan) beschreven.

4.3.1. Beoogde doelen en functies

Vergelijken wij de huidige GGZ met die van vroeger en met die in andere westerse landen dan blijkt dat het aanbod aan voorzieningen rijk en divers is. Naast behandelingsmogelijkheden zoals die echelonsgewijs opgebouwd zijn, kent de GGZ specifieke functies; functies soms in een (deel van een) voorziening gelocaliseerd, soms gelocaliseerd in meer voorzieningen waarbij er al dan niet sprake is van enige samenwerking.

De algemene GGZ-doelstelling zou als volgt geformuleerd kunnen worden: het verbeteren van de positie van de psychiatrische patiënt. Hoewel hiermee iedereen (in en buiten de GGZ) het eens zal zijn, is de formulering te algemeen en ontstaan er tegenstellingen tussen de diverse GGZ-geledingen indien de definitie geconcretiseerd wordt. Het lijkt er sterk op, dat de GGZ zich de afgelopen decennia niet zozeer heeft bezig gehouden met het formuleren van de concrete doelen die zij als institutie dient na te streven. Wel heeft men aldoende functies gerealiseerd waarmee (niet-geëxpliciteerde) doelen bereikt zouden kunnen worden.

De functies die de GGZ als geheel biedt zijn de volgende: preventie (inklusief vroegtijdige onderkenning), behandeling (inklusief de opvang van acute crises), verzorging en (re)socialisatie (zie ook Romme, 1985). Daarnaast -als ondersteuning om deze functies blijvend waar te maken- houdt men zich bezig met evaluatie en planning en schenkt men aandacht aan diverse scholingsmogelijkheden voor de werkers.

Echter niet alleen deze functies bepalen de structuur in de GGZ. Deze is immers ook opgebouwd naar (potentiële) patiëntkenmerken o.a. naar leeftijd en de meest naar voren komende problematiek (zie ook Romme, 1984). Zo kent men binnen de GGZ aparte circuits naar leeftijd (voor jongeren, voor de volwassenen en voor de bejaarde populatie), naar problematiek (b.v. alcoholcircuit -zie ten Horn, 1976). Ook binnen instellingen wordt nader naar soort behandeling gedifferentieerd.

Als wij de GGZ bezien, dan is te constateren dat een breed takenpakket aanwezig is, terwijl de grens tussen de GGZ en andere instituties en de grenzen tussen de voorzieningen binnen de GGZ maar moeizaam te geven zijn. Zo is het beleidsmatig moeilijk aan te geven hoe ernstig de klacht moet zijn wil een behandeling in de RIAGG geïndiceerd zijn en niet in de huisartspraktijk of in het Algemeen Maatschappelijk Werk (zie de nota Geestelijke Volksgezondheid, 1984 en Hodiamont e.a., 1986): analoge problemen liggen er m.b.t. het welzijnswerk, de (algemene) gezondheidszorg en het justitiële apparaat.

Concluderend mag gesteld worden, dat de algemene GGZ-doelstelling, de gerichtheid op geestelijke gezondheidsproblemen (zie Romme e.a., 1981) voor professionelen in aanpalende beroepsgroepen en voor leken onvoldoende geïncorporaaliseerd is. Juist dit geeft aan dat de GGZ als institutie nog niet uitgekristalliseerd is (Brinkgreve e.a., 1979). Enerzijds is deze onduidelijke situatie toe te schrijven aan onvoldoende bekendheid met de GGZ, anderzijds kan ook gesteld worden dat de GGZ als maatschappelijke institutie nog lang niet gefixeerd is; welke gespecificeerde doelen dient zij na te streven en welke functies dienen dus aanwezig te zijn? Deze onduidelijkheid zal, zoals ik nog zal laten zien, consequenties voor de toekomstige GGZ hebben.

4.3.2. Centrifugale en centripetale krachten

Hierboven heb ik al beschreven dat er in de GGZ vele behandelingsmethoden bestaan. Het aantal wordt steeds groter: steeds worden er nieuwe technieken ontwikkeld (b.v. sociale vaardigheidstrainingen, zie ook Beckers, 1986 en Beekers, 1982). Om een voorbeeld te noemen: de ontwikkelingen binnen de OEP (organisatorische eenheid psychotherapie) voorheen het IMP, een voorziening die in 1940 in Amsterdam ontstaat (de Swaan, 1979; Brinkgreve, 1979) als een instelling om oorlogsslachtoffers in psychische zin de helpende hand te reiken. Er werd in deze voorziening uitsluitend psychoanalytisch behandeld. Bezien wij een hedendaagse willekeurige OEP dan is de gegroeide differentiatie groot; de keuze is aanwezig tussen een individuele

therapie op psychoanalytische *2* danwel een andere psychodynamische basis of op leertheoretische basis. Er worden groepstherapieën (met de nodige therapeutische differentiaties) gegeven: voorts zijn er nog gezins- en echtpaar-(relatie)-therapieën.

Het OEP staat in deze ontwikkelingen niet alleen. In andere voorzieningen, b.v. het APZ (Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis), zijn analoge ontwikkelingen zichtbaar. Uit het APZ zijn tijdens een jarenlang proces de zwakzinnigen, de geriatrische patiënten en de verslaafden goeddeels 'weg georganiseerd': voor deze groepen kwamen categoriaal werkende instellingen. Vervolgens is er een verdere differentiatie ontstaan naar teams, behandelunits en afdelingen ieder met hun eigen taak geformuleerd in termen van patiëntkenmerken, behandeldoelstelling en mogelijkheden. Maar ook binnen de kleinste eenheden heeft men zich verder gespecialiseerd. Dit gebeurde soms in de vorm van eigenstandige onderafdelingen, maar vaak in de vorm van bijdragen vanuit de afzonderlijke disciplines, waarbinnen gaandeweg specialisaties ontstonden.

De GGZ, die goeddeels vanuit het particuliere initiatief ontstaan is in een verzuilde samenleving, werd tot een twintigtal jaren terug gekenmerkt door naast elkaar bestaande eenheden welke onderling geen of weinig contact hadden. Sturing vanuit de centrale overheid heeft in de jaren zeventig geleid tot meer samenhang in de regionaal gedachte (A)GGZ. Momenteel is het resultaat van deze bemoeienis te zien in het bestaan van de RIAGG, die een bundeling is van IMP, SPD, MOB en LGV-bureau's. Een ander product van dit overheidsstreven is de RIGG waarin de grotere GGZ-voorzieningen in een bestuurlijk verband gebracht zijn (zie o.a. Jacobs, 1984).

Dit overheidsbeleid is als een centripetale kracht te beschouwen, maar daarnaast wordt het overheidsbeleid ook door -al dan niet vooropgezette- centrifugale krachten gekenmerkt. Een voorbeeld is de wens van de overheid de tussenvoorzieningen samen te laten gaan in de regionaal opgezette RIBW en niet in de RIGG waarin de grotere en kleinere broers participeren en van waaruit de tussenvoorzieningen soms zijn opgezet. Ook de verschillende financieringsvormen ondersteunen bepaald niet altijd de samenwerkingsinitiatieven (o.a. Jonkman, 1984). Bovendien zijn er tendenzen in het overheidsbeleid zoals b.v. de aanzetten om tot een integrale jeugdhulpverlening en een integraal ouderen-beleid te komen, waarbij onderdelen vanuit de GGZ weer nauw gelieerd gedacht worden aan andere instituties. Ook de kennelijke wens om de hulpverlening inzake psychosociale problemen in de eerste lijn te laten plaatsvinden *3*, geeft blijk van een centrifugale kracht omdat delen van de GGZ nauwer dienen samen te werken met de lijnsvoorzieningen, ten behoeve van de daartoe noodzakelijke (en uit te bouwen) consultatiefunctie.

4.3.3. De eeuw van het beleid: ook in de GGZ?

In een recent artikel vat Crombag (1986) enkele aardige gedachten samen onder de titel 'de eeuw van het beleid'. Hij merkt op dat de zaken tegenwoordig planmatig aangepakt dienen te worden en dat deze premisse nooit ter discussie staat. Hij signaleert deze planmatige aanpak op het niveau van het individu, maar nog sterker op het niveau van collectiviteiten: de mens vreest chaos. Echter wij mensen zijn beperkt: "De aspiratie naar generale rationaliteit van verstandelijk beleid loopt stuk op onze beperkte aandachtsspanne en de complexiteit van een wereld waar in principe alles met alles samenhangt." (Ibid, p.22) Doordat individuen niet veel verder komen dan een vorm van locale rationaliteit resulteert het collectief beleid hooguit in een vorm van globale rationaliteit.

Ondanks het feit dat beleidsplannen geen realiteit worden, blijven wij beleid maken of stellen wij de oude plannen bij. De schrik voor chaos is zo groot dat wij blijven streven naar universele rationaliteit met telkens nieuwe profeten (nu de informatici; ibid). In deze analytische redenering die Crombag leent van v.Gunsteren (1976) staat de tegenstelling tussen beleid gebaseerd op de universele rationaliteit en de resultaten van de lokale rationaliteit van individuen centraal. Kortom beleid dat gebaseerd is op universele rationaliteit, is slechts mogelijk, indien ook individuen er een dergelijke rationaliteit op na houden. Echter, daartoe zou volledig gedetermineerd (sociaal) handelen van individuen noodzakelijk zijn. En zover zijn wij als soort (gelukkig?) niet.

Het werken in en rond de GGZ wordt uiteraard eveneens gekenmerkt, door beleidsvoering op alle niveau's. Op overheidsniveau heb ik zojuist al enkele beleidslijnen aangegeven: op (inter- en intra-) instellingsniveau geldt hetzelfde. Dit uit zich alleen al in de grote toename aan aantallen beleidsmedewerkers in de GGZ gedurende de afgelopen decennia.

Het al aangegeven algemene probleem inzake het bereiken van universele rationaliteit in het te voeren beleid, lijkt in de GGZ nog problematischer vanwege het gedrag van individuen -hulpverleners en consumenten- dat nog minder deterministisch dan in andere sectoren lijkt.

4.4. De GGZ als collectieve zingever?

Al eerder heb ik betoogd dat de GGZ als een sociaal systeem, en als een cultureel systeem beschouwd kan worden. Als cultureel systeem, als een geheel aan waarden, normen, verklaringsmodellen en duidingsvormen, is de GGZ uitgestrekter dan als sociaal systeem: immers ook individuen die niet rechtstreeks met de GGZ als sociaal systeem te maken hebben, hanteren in meer of mindere mate de 'GGZ-kijk' om problemen een zinvolle plaats in het leven te geven.

In het voorafgaande hoofdstuk heb ik psychische stoornis als volgt gedefiniëerd: een onvermogen om dusdanige sociale handelingen te

laten plaatsvinden dat aan de directe interactie of aan de sociale relatie wederzijds zin verleend wordt. Een GGZ-behandeling is dan primair te bezien als een sociale handeling waarin alsnog gepoogd wordt tot een compatibele zingeving tussen geïdentificeerde patiënt en het relevante deel van diens omgeving te komen. Hulpverlener en patiënt dienen tot overeenstemming te geraken (zie ook Dormaar e.a., 1986): het gaat erom hoe zij beiden zin geven aan hun sociale relatie die men therapie noemt. De essentie hiervan is dat langs de weg van het instrumenteel rationalisme het individu gecompenseerd wordt voor zaken die in het leven misliepen. Het individu moet hiervoor een deel van zijn privéleven prijsgeven: op macro-nivo wordt hierdoor samengestelde gelijkheid gerealiseerd. Tenslotte zij erop gewezen dat aldoende delen van het menselijk handelen die voorheen niet planbaar, niet beheersbaar, etc. waren, dat nu wel zijn. Met andere woorden, met behulp van het instrumenteel rationalisme zijn grotere prestaties wat betreft complexiteitsreductie mogelijk geworden.

4.4.1. De GGZ gevangen in de maatschappelijke context

Waar ik hier aandacht aan wil besteden is het gegeven dat behandelingen in de GGZ plaatsvinden binnen een culturele context die per definitie beperkingen oplegt.

In de voorafgaande paragraaf heb ik aangegeven dat een GGZ-behandeling gezien moet worden als een sociale relatie, als een interactiesysteem, waaraan beide actoren, de hulpverlener en de patiënt, een eigen zingeving proberen te geven. Voor de hulpverlener gaat het in dit spel erom dat hij zin kan geven aan het gedrag van de patiënt in deze situatie en wel zodanig dat dit gedrag past in het paradigma van de hulpverlener: evenzeer hoort daarbij dat de hulpverlener zijn zingeving, zijn verklaring overdraagt of vertaalt naar zijn tegen-speler, de patiënt.

De gewenste complexiteitsreductie die aanvankelijk niet kon plaatsvinden, omdat incompatibele attitudes niet leiden tot wederzijdse zingeving in het dagelijks leven, dient al zoekend tot stand te komen tijdens de therapie. Hoewel hulpverleners inventieve mensen blijven, blijven zij van ons soort. Zij worden evenzeer als wij bepaald door hun eigen context. Ook hun attitudesysteem heeft beperkingen; hulpverleners kunnen maar beperkt buiten de werkelijkheid, zoals wij die maatschappelijk gedefinieerd hebben, treden. En hun pogingen tot zingeving zullen gebaseerd zijn op onze werkelijkheid, op onze maatschappelijke normen omtrent normaliteit, functioneren, etc., en zullen dientengevolge erop gericht zijn de patiënt onze werkelijkheid als werkelijkheid te doen accepteren. Maar niet alle patiënten zullen hiertoe (blijvend) over te halen zijn, ondanks alle steeds meer 'geavanceerde technieken', juist omdat het uitgangspunt -gelegen in de definitie van de sociale relatie- niet wezenlijk verandert. Die patiënten noemen wij vervolgens chronisch.

De maatschappelijke kwetsbaarheid voor delen van de populatie en de

relatie van kwetsbaarheid en het ontstaan van psychische stoornissen verdient nog kort aandacht. Sociale relaties, sociale interacties, attitudes en zingeving (inklusief werkelijkheidsbeleving) horen onverbrekkelijk bij elkaar: ook macht past in dit rijtje. Daaruit kan geconcludeerd worden, dat 'machtelozen' in de meest brede zin per definitie gevoeliger zijn voor het ontstaan van psychische stoornissen, juist omdat zij -op alle niveau's, maar vooral op die niveau's waarop hun machteloosheid het scherpst naar voren komt- het minst in staat zijn (mede) hun definitie van de werkelijkheid ingang te doen vinden, hun zingeving door anderen geaccepteerd te krijgen. Deze logische afleiding plaatst de GGZ als maatschappelijke institutie voor een onoplosbaar dilemma. Immers hieruit komt naar voren dat het principe van samengestelde gelijkheid berust op het geven van compensatie voor aanwezige ongelijkheid en niet op het teniet doen van die ongelijkheid.

4.4.2. Vraag en aanbod: over protoprofessionalisering

Over vraag en aanbod, over "oneindige behoefte, oneindige zorg" is al veel afgepraat en geschreven. De eerste constatering dat er veel meer mensen psychiatrisch ziek zijn dan er werkelijk in behandeling zijn, is al oud en wordt aangeduid met de term 'ijsbergfenomeen': later kon dit telkens opnieuw empirisch vastgesteld worden, hoewel de verhouding de nodige variatie kent. Het punt is, dat behoefte aan zorg, aan GGZ-behandeling iets anders is dan het hebben van een psychische stoornis. Het hebben van een psychische stoornis kan wel objectief en betrouwbaar, onder aantekening dat ons meetinstrument cultureel gegeven is, vastgesteld worden. Bij het vaststellen van behoefte aan zorg doen zich enkele fundamentele problemen voor: behoefte wordt door verschillende factoren bepaald. De ernst zoals die door de patiënt of diens omgeving ervaren wordt, is slechts een van de factoren. Daarnaast zijn te noemen: bekendheid met de GGZ als institutie en als wijze van denken waarmee bepaalde problemen opgelost kunnen worden, de mate van vertrouwen in die institutie en denkwijze, eerdere ervaringen daarmee, etc..

De Swaan en anderen (de Swaan e.a., 1979; Brinkgreve e.a., 1979; de Swaan, 1984; Oosterbaan & Zeldenrust, 1985) hebben argumenten en empirisch materiaal bijeen gebracht waaruit de aanwijzing naar voren komt, dat de mate van proto-professionalisering bepalend is voor de mate van behoefte aan GGZ. Wellicht hangt dat ook samen met de mate van behandel succes. Daarbij kan vermeld worden, dat succesvolle behandelingen niet persé tot minder (toekomstige) behoefte zullen leiden: integendeel, indien nieuw ervaren problemen zich voordoen zal een sterkere behoefte zich doen gevoelen.

Tenslotte wijs ik erop dat juist omdat de GGZ als denkwijze, als cultureel verklaringsschema in de hogere en in de middenklasse *4* ontstaan is -en maar geleidelijk 'naar onderen zal druppelen'- in eerste instantie weinig bekend zal zijn c.q. weinig succes kan boeken bij diegenen waarvan theoretisch verwacht mag worden dat zij er het

meest latent behoefte aan hebben. Anders gezegd: de GGZ zal als institutie al stevig maatschappelijk verankerd moeten zijn, wil zij ook die categorieën bereiken die haar het hardst nodig hebben. Pas dan kan de GGZ als institutie optimaal werkzaam zijn in het (mede) bewerkstelligen van samengestelde gelijkheid.

4.5. GGZ: hoe nu verder?

Mijn formele beschrijving van de GGZ loopt hier ten einde. Enkele lijnen, die in de naaste toekomst van belang kunnen zijn, wil ik nog kort aangeven.

In dit hoofdstuk heb ik laten zien -in navolging van andere auteurs- dat de GGZ zijn start had in de behandeling (de verzorging) van die personen die wij tegenwoordig chronisch psychiatrische patiënten noemen; personen waarbij sprake is van dusdanige handicaps dat normaal functioneren slechts moeizaam of in het geheel niet meer mogelijk is.

De huidige GGZ wordt echter gekenmerkt door het gegeven dat maar ten dele een oplossing *5* gevonden is voor deze groep patiënten. Dit, terwijl in vergelijking met de beginfase van de GGZ het hulpaanbod en ook de totale patiëntenpopulatie -zowel in absolute aantallen (en per 1000 inwoners) alsook naar verdeling van de aangemelde psychische problematiek- sterk veranderd zijn. De GGZ behartigt nu meer geïndividualiseerde, maar in oorsprong maatschappelijke in het sociaal handelen tot uiting komende, problemen dan vroeger. Dit is mogelijk omdat een instrumentarium ontwikkeld is om aanvankelijk ongedefinieerde problemen als psychische problemen te kunnen benoemen.

4.5.1. Het kernprobleem van de GGZ: chroniciteit

Alleen het omlijnen van chroniciteit als theoretisch begrip en het empirisch bepalen als verschijnsel rechtvaardigt een studie op zich. Ik refereer aan de eerder geformuleerde definitie, waarin twee criteria verwoord werden: het eerste luidt dat het gaat over GGZ-patiënten. Ten tweede, het betreft individuen waarmee geen blijvende wederzijdse zingeving aangaande het sociaal handelen kan plaatsvinden. In deze zin is de GGZ een deel van het spel 'chroniciteit' waarbij de GGZ maatschappelijk gezien een sociaal geaccepteerde zin tracht over te brengen, maar daar noodzakelijkerwijs bij een aantal individuen in faalt. Dit falen wordt de GGZ echter maatschappelijk opgedrongen: de norm inzake zingeving, realiteitsbeleving ligt primair sociaal verankerd *6*. Een emancipatie van b.v. psychotische gedragingen als een gelijkwaardige variant is in onze westerse samenleving, gebaseerd op een instrumenteel rationalisme, moeilijk denkbaar. Dit omdat onze samenleving gekenmerkt is door lange afhankelijkheidsketens waarbij het sociaal handelen sterk (intern) genormeerd dient te verlopen. Daarin ligt de reden dat de mate van terugval in sociale rollen bij ons groter is dan in de z.g. primitieve samenlevingen; de 'traditionele psychiatrische patiënt'

kan aan de strakke (intern te verwezenlijken) normering maar moeilijk voldoen en hij is meer dan wie ook het slachtoffer van een samenleving die is gericht op planbaarheid en op maakbaarheid. Opheffing van chroniciteit is dan ook slechts op twee wijzen denkbaar. In de eerste plaats: letterlijk door te concluderen dat de GGZ juist in datgene wat haar ontstaansgrond was, gefaald heeft. Daarom zou men de traditionele psychiatrische patiënt moeten laten wat hij feitelijk is, n.l. een deel van de (onbegrepen) omgeving van de samenleving. Hierbij hoort de aantekening dat deze personen niet aan hun lot overgelaten mogen worden of dat zij uit de samenleving gestoten dienen te worden. Het alternatief moet daarin gezocht worden, dat het kennelijk mogelijk is varianten in delen van het gedrag te accepteren. Abstract geformuleerd betekent dit dat alleen een deel van het gedrag tot omgeving gemaakt wordt. We moeten daarbij bedenken dat wij in wezen alleen problemen hebben met bepaalde aspecten binnen het sociaal handelen van deze individuen; voor wat betreft andere aspecten behoeft er niet zoveel aan de hand te zijn. Juist daarom is het langzaam mogelijk te werken aan de emancipatie van deze afwijkende variant in het sociaal handelen: een nieuwe taak voor de GGZ? Wat daarnaast resteert voor de GGZ is dan belangenbehartiging in plaats van behandeling, waarbij die belangenbehartiging niet alleen op het individu gericht zal moeten zijn, maar ook structureel, maatschappelijk vorm dient te krijgen.

In de tweede plaats is opheffing van chroniciteit denkbaar door verder te zoeken naar een mogelijkheid de patiënt te transformeren en hem alsnog tot 'rede' te brengen.

De keuze tussen beide mogelijkheden lijkt mij uiteindelijk meer een vraag voor de ethiek dan voor de GGZ: gezien de stand van zaken heeft de eerste richting wellicht meer kans realiteit te worden dan de tweede. Voor de GGZ echter resteren andere (wellicht meer succesvolle) taken.

4.5.2. Verschuivingen in de invulling van de doelstelling

De algemene doelstelling van de GGZ is het verbeteren van de kwaliteit van het bestaan van psychiatrische patiënten. Echter, deze doelstelling is breed en weinig concreet en is vooral aan veranderingen onderhevig op het moment dat de definitie van de 'psychiatrische patiënt' (dus de criteria inzake 'caseness') verandert. Bovendien wordt de invulling van de doelstelling mede bepaald door de aanwezige technologie; bij uitbreiding van de techniek kan 'het verbeteren van de kwaliteit van het bestaan' een andere inhoud krijgen en kunnen de doelgroepen -wie noemen we een casus- veranderen.

Veel van de ambulante zorgvormen zijn begonnen met als doel terugval van ontslagen patiënten te voorkomen (nazorg) en het ontstaan van (ernstiger vormen van) psychische stoornissen tegen te gaan. Gaandeweg is er steeds meer belangstelling gekomen voor verbetering van de geestelijke gezondheid van de populatie. Binnen deze stroming, die in Amerika begon onder de benaming 'mental health movement', is

men in Nederland langs verzuilde lijnen overgegaan tot de oprichting van diverse ambulante zorgvormen.

De meeste van deze (ambulante) zorgvormen vallen nu onder de geestelijke gezondheidszorg *7* en worden als zodanig gefinancierd. Met de ontwikkeling van deze ambulante zorgvormen, als organisatie en als methodische werkvorm, breidt het onderwerp, het object van de GGZ zich uit: er vindt een verschuiving plaats. In de loop der tijd worden vooreerst een aantal (mis)gedragingen tot object van de GGZ gemaakt die dat voorheen niet waren. Vervolgens wordt de grens van wat nu als noodzakelijk te behandelen geacht wordt opgeschoven, waardoor de 'gemiddelde ernst' van de te behandelen stoornis minder wordt.

Hoewel momenteel onder druk van de monetaire situatie (en een daaraan gekoppelde nieuwe ideologie) gepoogd wordt een deel van de huidige patiëntenpopulatie (met name de minder ernstige stoornissen) terug te plaatsen bij de 1e lijn, kan erop gewezen worden, dat de GGZ als cultureel systeem, als denkmodel zich sterk lijkt uit te breiden o.a. in die 1e lijn, maar ook in de gehele samenleving.

Tenslotte wil ik erop wijzen, dat er vanuit de GGZ -of onderdelen daarvan- claims gelegd worden richting somatische gezondheidszorg: men pretendeert een aantal zaken te kunnen oplossen die daar (onnodig) behandeld worden (zonder feitelijk resultaat) en men denkt daarbij kostenbesparend te kunnen werken (maar uiteraard betekent dit ook een kostenverschuiving van de somatische gezondheidszorg naar de GGZ).

4.6. Samenvatting en conclusies

Dit hoofdstuk kreeg een aanvang door te stellen dat de GGZ onze manier is om met 'gekte' om te gaan. Vanuit die stelling ontstaat de verplichting om op verschillende niveau's te tonen hoe de relatie tussen de GGZ -als een manier van denken en als vorm gegeven in voorzieningen- en de samenleving eruit ziet; hoe de een de ander beïnvloedt. Uiteraard ben ik mij ervan bewust dat hier de relatie tussen de GGZ en de samenleving maar weinig gedetailleerd beschreven is. Echter, in dat korte bestek heb ik laten zien dat, hoewel het begin van de GGZ wel bij het ontstaan van de staat (zoals wij die hier in het westen kennen) geplaatst wordt, de GGZ pas goed van draad begint te komen in de negentiende eeuw: in een periode dat ook andere 'sociale verdichtingen' (onderwijs o.a.) vorm krijgen. Het 'aardige' van de Nederlandse situatie is dat die verdichtingen ontstaan vanuit het particulier initiatief: daarin ligt de oorzaak van een sterke groei en differentiatie in de verzuilde samenleving in de eerste helft van deze eeuw. Dit houdt in dat de overheid pas achteraf regelend kon (kan) optreden en dan pas op het moment dat de afzonderlijke eenheden tot voldoende grote combinaties gesmeed waren.

De doelstelling van de GGZ blijkt zeer algemeen en weinig concreet, nl. de zorg voor de kwaliteit van het bestaan voor de psychiatrische patiënt. Het concreet invullen van deze doelstelling geeft aanleiding

tot diverse wegen. De zorg (de middelen, de technieken) kan tot de nodige variëteit aanleiding geven. Omtrent de kwaliteit van het bestaan zijn weinig, in de tijd stabiele, eenduidige criteria te geven: ook veranderingen in de definitie van de 'psychiatrische patiënt' (de criteria inzake 'caseness') geven aanleiding tot een verdere uitbouw van de GGZ. Tenslotte blijkt dat de aanwezigheid van verschillende theoriën met betrekking tot ontstaan van psychische stoornissen geleid hebben tot een grote differentiatie in het zorgaanbod. Pas gaandeweg wordt het duidelijker bij welke aandoening welke behandeling het meest geïndiceerd is.

In het streven naar planmatigheid komt de relatie tussen de GGZ en de context waarin zij zich bevindt tot uiting: dit is te zien op het niveau van de voorziening en op het niveau van meer voorzieningen, b.v. in de vorm van regionale afstemming tussen de voorzieningen. Hoewel de overheid bij dit alles steeds sterker sturend aanwezig is, lijkt het ook duidelijk dat hooguit een vorm van globale rationaliteit -in termen van Crombach (zie 4.3.3)- bereikt wordt; ondanks onze vrees voor chaos kunnen wij deze niet geheel en al uitbannen, integendeel, soms veroorzaken wij ongewild chaos.

De GGZ is beschreven als een verspreider van instrumenteel rationalisme in een schemergebied van het menselijk bestaan: 'gekte' geheten. Op macro-niveau bewerkstelligt zij een verhoging van de complexiteit in de samenleving. Zodoende giet zij delen van het menselijk handelen in hanteerbare, in beheersbare vormen. Op het niveau van het individu kan de GGZ zorgdragen dat personen met een slechtere geestelijke gezondheid hiervoor compensatie krijgen. De GGZ kan in die zin beschouwd worden als een van de instituties die samengestelde gelijkheid tot stand laten komen met als nadeel het koloniseren van een deel van privé-bestaan.

Tot slot enkele speculaties over hoe het verder zou kunnen gaan met die GGZ. Daartoe is het nuttig de draad vast te houden dat de GGZ voort komt uit het instrumenteel-rationalisme als leidend cultuur-beginsel. Juist omdat het er sterk op lijkt dat dit beginsel 'stevig in het zadel zit' en een hoog nuttigheids-effect kent is het maar moeilijk denkbaar dat daarin verandering komt. Hoewel dit vanuit een cultuur-filosofisch standpunt negatief te waarderen valt (en deze negatieve cultuurkritiek is een ieder middels de geschriften van o.a. de Frankfurters wel bekend), schept deze situatie waarin het instrumenteel-rationalisme het leven de komende decennia zal blijven bepalen, de nodige mogelijkheden voor de GGZ: dit ondanks de huidige stagnatie voortkomend uit het monetair gedicteerde overheidsbeleid. Het groeipotentieel van de GGZ moet hoog worden ingeschat en wel vanwege de volgende overwegingen. Aan de aanbodzijde zien wij een variëteit aan technieken, die in grote mate aan allerhande problemen gelocaliseerd bij allerhande soorten individuen soelaas kunnen bieden: technieken die bovendien langzaamaan op min of meer gestandaardiseerde wijzen benut (kunnen) worden. Daarnaast is te constateren dat er een toenemende organisatorische ervaring aanwezig is, waardoor

minstens op peil zal kunnen houden. Tenslotte wil ik erop wijzen, dat de arbeidspool in principe groot is, hoewel er zich fricties t.a.v. het vereiste opleidings- en ervaringsniveau kunnen voordoen. In die zin zullen opleiding, nascholing, e.d. belangrijke issues in de GGZ moeten blijven en zondig zelfs meer aandacht behoeven.

Aan de vraagzijde behoeft vooralsnog niet gevreesd te worden voor een 'inzakkende vraag'. In de eerste plaats omdat nu slechts een deel van de potentiële patiënten-populatie die in aanmerking komt voor behandeling ook daadwerkelijk een behandeling krijgt.

In de tweede plaats is het nuttig ons de behoeftenboom van Maslow nog eens voor ogen te halen. Dan blijkt dat individuen, als eenmaal aan een aantal primaire zaken tegemoet is gekomen, behoefte hebben als mens ook in sociaal en psychisch opzicht te groeien. Zolang wij in Nederland qua levensstandaard niet sterk terugvallen, zal de behoefte aan GGZ -voortkomend uit een wens het sociale en psychische welzijn te verhogen- eerder toenemen; zeker indien bedacht wordt dat de bekendheid met de GGZ door processen van protoprofessionalisering toe zal nemen. Deze factor sluit overigens aan bij ontwikkelingen in de GGZ tijdens welke de criteria inzake 'caseness' anders, breder geformuleerd worden.

Tot slot breng ik de lezer nogmaals in herinnering dat de GGZ -naast andere instituties- een belangrijke stabiliserende functie in de samenleving heeft, namelijk het bewerkstelligen van samengestelde gelijkheid. Het loslaten van dit beginsel lijkt erg onwaarschijnlijk, omdat het geworteld is in de basis van onze samenleving. Hierin immers komt onze specifieke vorm van solidariteit naar voren. Bovendien is het beginsel van samengestelde gelijkheid vooral vanaf het midden van de vorige eeuw steeds duidelijker maatschappelijk geconcretiseerd.

Zijn er ook zwakke kanten te constateren? Die zijn er te over. Bijvoorbeeld, in de huidige situatie waarbij steeds hogere kwaliteits- en doelmatigheidseisen gesteld worden in een periode van krimpende middelen, waardoor het moeilijk is alle beloften waar te maken. Maar structureel zijn er ook enkele twijfels te signaleren. Een korte opsomming levert de volgende punten: 1) een onduidelijke en ongelijke financieringsstructuur; 2) de gestelde doelen worden niet altijd gehaald (ofwel de pretenties waren en zijn weleens te groot gebleken); 3) de van tijd tot tijd ontstane 'modellenstrijd' en tenslotte 4) het gegeven dat de wortels van de psychiatrie, van de GGZ en die van de geneeskunde niet dezelfde zijn (Neff e.a., 1987), terwijl de GGZ zich als gezondheidszorg presenteert. Dit is niet vreemd, daar dit voordelen inzake financiering, legitimatie, maatschappelijk prestige, e.d. heeft. Hoewel men in de GGZ mede werkt vanuit het medisch model en dit model de boventoon blijft voeren (Giel, 1982), kan men niet zonder de andere modellen. Dit blijkt ook uit de geschiedenis van de psychiatrie, waarbij zelfs gesteld zou kunnen worden dat psychiatrie in eerste instantie ontstaan is vanuit een algemene humanitair gevoede ethiek in plaats vanuit een technische invalshoek: hoewel de techniek al snel een belangrijke rol

speelde. Deze innerlijke gespletenheid levert een onduidelijk beeld op voor de buitenwacht en versterkt de tegenstellingen tussen (onderdelen van) voorzieningen.

Tot slot een punt dat door velen wellicht als een nadeel voor de GGZ gezien wordt. Het huidige overheidsbeleid is erop gericht een deel van de vraag in de 1e lijn te laten afhandelen. Het effect van dit beleid is op korte termijn een uitbreiding van de GGZ -als cultureel systeem- in de populatie en daardoor op iets langere termijn een vergrote vraag naar meer GGZ als sociaal systeem, met andere woorden een vergrote vraag naar specialistische GGZ-hulpverlening t.g.v. de proto-professionalisering die door de 1e lijn als proces versterkt is.

 

HOOFDSTUK 5

KEN BRUG: VAN THEORIE NAAR EMPIRIE

5.1. Inleiding

Dit hoofdstuk vormt de schakel tussen het eerste en het tweede deel van de bundel. In het tweede deel wordt de GGZ langs enkele invalshoeken empirisch gezien. Ik zal hier een aantal theoretische aspecten zoals die in de voorafgaande hoofdstukken aan de orde gesteld zijn, omzetten in te toetsen hypothesen.

Het hier gehanteerd thema bestaat daarin, dat kennis van de GGZ als een maatschappelijke institutie om problematische vormen van sociaal handelen alsnog invoegbaar te maken, ons iets zal leren over de maatschappij waarin deze institutie vorm heeft gekregen. Tegelijkertijd dient onderkend te worden dat kennis over de GGZ niet mogelijk is zonder kennis over de samenleving waarin zij vorm kreeg.

Ik wil de GGZ langs drie invalshoeken beschrijven. In de eerste plaats formuleer ik verwachtingen omtrent de vorm van de GGZ: naar het soort voorzieningen en functies én naar de aantallen individuen die in contact komen met die voorzieningen en functies. Specifiek zal ik hier beredeneren dat de GGZ in een regio sterk op die in een andere zal lijken.

In de tweede plaats zal ik aangeven, dat er in een samenleving, die berust op het instrumenteel rationalisme, gekeken wordt naar de wijze waarop functies uitgeoefend worden. In een dergelijke samenleving zal men proberen zodanig te werk te gaan, dat meer effect bereikt kan worden, liefst met minder middelen. Dit betekent dat er, ook gedurende een relatief korte periode van vijf à tien jaren, ontwikkelingen in de GGZ te constateren zullen zijn. Deze ontwikkelingen, die in de richting van een toenemend rationalisme en derhalve in de vorm van grotere onderlinge afstemming tussen de GGZ-voorzieningen gaan, kunnen vooraf aangegeven worden.

In de derde plaats, is uit de theoretische bespiegelingen af te leiden welke groepen in de samenleving meer dan anderen een beroep op de GGZ zullen doen: namelijk die groepen die meer dan anderen op compensatiemechanismen aangewezen zijn om zodoende te kunnen 'profiteren' van onze rechtvaardige verdeling in de vorm van samengestelde gelijkheid.

5.2. De GGZ als maatschappelijke functie

In vergelijking tot een aantal decennia terug kan het GGZ-aanbod in Nederland rijk en divers genoemd worden; dit gaat ook op in vergelijking met andere (westerse) landen. Verwacht mag worden, dat het aantal personen dat in Nederland bij de GGZ in behandeling komt

relatief groot is en dat de totale patiëntenpopulatie over een reeks voorzieningen verspreid zal zijn. Het merendeel van de patiënten zal ambulant behandeld worden; in vergelijking met vroeger is vooral deze 'ambulante populatie' sterk in omvang toegenomen, terwijl het aantal psychiatrische bedden in vergelijking tot vroeger minder veranderd is.

Toch blijkt ook bij een dergelijk relatief omvangrijk aanbod, dat maar een fractie (te schatten op 10 à 14 procent) van alle psychopathologie (op jaarbasis) bij de GGZ in behandeling komt. Dat deze fractie in de tijd gezien groter is geworden, valt toe te schrijven aan een vergroot hulpaanbod, van vooral de ambulante sektor. In het voorafgaande hoofdstuk heb ik beschreven welke voorzieningen er in de loop van de afgelopen decennia bij gekomen zijn. In die zin kan gesteld worden, dat het hulpaanbod de behoefte aan GGZ-voorzieningen bepaalt.

Echter, ook kan gesteld worden dat er een latente behoefte in de populatie aanwezig (geweest) moet zijn; anders was hulpaanbod niet vertaald in aanspraak op GGZ. In hoofdstuk 3 (Intermezzo; het menselijk handelen) is getoond, dat onze samenleving in toenemende mate gekenmerkt wordt door het instrumenteel rationalisme, maar ook dat dit een steeds grotere afhankelijkheid van een persoon t.o.v. vele anderen schept. Tegelijkertijd zien we in toenemende mate een niet-kunnen accepteren van gebeurtenissen en situaties die in het leven mis gaan. Met de ontwikkeling van nieuwe technieken en vaardigheden, die alleen door gespecialiseerde personen toe te passen zijn, worden wij in toenemende mate van deze specialisten afhankelijk. De GGZ is een plaats in de samenleving waar specialisten 'gehuisvest' zijn: zo worden wij in toenemende mate ook van de GGZ afhankelijk.

In dit proces heeft de zich ontwikkelende professie een niet te onderschatten rol gespeeld. Dat is duidelijk *1*, maar deze ontwikkeling geldt voor meer professies. Maar ook is duidelijk dat de voedingsbodem voor dit proces, in de westerse wereld aanwezig was; in het verzuilde Nederland blijkt deze bodem zeer vruchtbaar te zijn geweest.

5.2.1. De verschillen in de ruimte geminimaliseerd?

Het is niet verwonderlijk, dat ontwikkelingen in de GGZ in de westerse landen zoveel parallellen vertonen. Immers, culturen, die steeds dichter naar elkaar toegroeien vanwege een algemeen en zichzelf bevestigend cultuurprincipe, gaan in sterke mate op elkaar lijken. Mede door een grote communicatieve uitwisseling mag verwacht worden, dat binnen deze culturen eenzelfde soort afhankelijkheidsketens zullen ontstaan.

De verschillen die aanwezig zijn, zullen grotendeels op regionale historische gronden te herleiden zijn. En zij hebben van doen met min meer toevallige fluctuaties in het ontwikkelingsproces. Zo kon

v.d.Grinten (1987) opmerken, dat in de ons omringende landen met een zekere afgunst gekeken werd naar het tot stand komen van een belangrijk geïntegreerd deel van de ambulante GGZ in de vorm van de RIAGG. Tevens kon v.d. Grinten (1987) aannemelijk maken, dat de RIAGG tot stand kwam dankzij haar voorgangers in een verzuilde samenleving: onze RIAGG heeft haar wortels in een verzuilde samenleving die bij uitstek Nederlands te noemen is. Dat wil echter niet zeggen, dat er ook in andere westerse landen niet eenzelfde tendens aanwezig zou zijn, die leidt tot de ontwikkeling van een AGGZ, integendeel *2*.

Voor nu zij het voldoende op te merken, dat wanneer de GGZ in twee regio's van Nederland met elkaar vergeleken worden -op één tijdstip- wij weinig verschillen mogen verwachten en wanneer dit al wel het geval zal zijn, dit te herleiden is tot 1) de gevolgde methodieken c.q. verschillen daarin, 2) de regionale historisch gegroeide situatie en/of 3) een wisseling tussen voorzieningen wat betreft vergelijkbare functies. Ook verschillen t.a.v. aantallen in behandeling zijnde/komende individuen worden niet verwacht. Verder mag verwacht worden dat slechts een klein deel van de patiënten met de intra- en de semimurale GGZ in aanraking komt.

Concreet kunnen de volgende hypothesen geformuleerd worden:

1. de GGZ in twee regio's zal hetzelfde aantal personen (op één tijdstip, gedurende één jaar en als nieuwe patiënten per jaar) in behandeling hebben;
2. de verdeling per regio van de patiënten over de echelons zal eenzelfde beeld tonen;
3. de verdeling per regio van de patiënten over de afzonderlijke GGZ-voorzieningen zal eenzelfde beeld tonen, en
4. de verdeling per regio van de patiënten naar demografische kenmerken zal eenzelfde beeld tonen.

De toetsing van deze hypothesen vindt in hoofdstuk 7 plaats.

5.2.2. De verschillen in de tijd gemaximaliseerd?

In hoofdstuk 4 heb ik al aangegeven, dat de GGZ als organisatie sterk in beweging is en, mede onder druk van de overheid, ernaar streeft de kwaliteit van haar product te vergroten. Het beleid in de GGZ is er op alle niveau's vooral op gericht meer samenhang in de zorg te krijgen, onnodig dubbelwerk (overlap) te vermijden en de verschillende zorgvormen beter op elkaar te laten aansluiten.

Vooraf in de jaren zeventig zijn nogal wat studies gepubliceerd, waaruit bleek dat er veel aan de GGZ verbeterd moest en kon worden. Het overheidsbeleid is mede op deze studies gebaseerd. Verwacht mag dan ook worden, dat het aantal te signaleren negatieve punten inmiddels in omvang afgenomen zal zijn: ik verwacht met een tweetal deelstudies te kunnen laten zien, dat er o.a. een grotere samenhang in de afstemming van de zorg t.a.v. elkaar bestaat en dat er een betere taakafbakening tussen de GGZ-instellingen onderling te vinden is.

De volgende hypothesen zullen in hoofdstuk 8 getoetst worden.

5. De overlap tussen GGZ-instellingen is in vergelijking met het verleden in sterke mate 'gedekt' door samenwerkingsverbanden tussen die GGZ-instellingen, en
6. in vergelijking met het verleden is er een duidelijker taakafbakening wat betreft kortdurende opnamen in het APZ en de PAAZ.

5.2.3. De GGZ: voor welke groepen?

Psychische stoornis heb ik gedefiniëerd als een niet persé individu-gebonden onvermogen om dusdanige sociale interacties te laten plaatsvinden dat aan de directe interactie of aan de sociale relatie wederzijds zin gegeven wordt. Maar in welke situatie en bij welke individuen bestaat er naar verhouding een grote kans dat een dergelijke situatie ontstaat? Op dit punt komen wij bij het kernvraagstuk in de psychiatrische epidemiologie en alhoewel dit buiten mijn vraagstelling ligt, kan ik er niet geheel omheen.

Als eerder aangegeven lijkt het erop dat de bevindingen vanuit de psychiatrische epidemiologie de voorkeur geven aan de hypothese die een etiologische kracht toekent aan persoonlijkheidskenmerken en niet aan sociale omstandigheden, zoals stress veroorzakende gebeurtenissen en van het netwerk ondervonden steun. Zonder nu al een richting wat betreft de causaliteit aan te geven blijft het toch frappant dat b.v. de sociaal-economische status samenhangt met een hele reeks verschijnselen, die iets zeggen over de gezondheidstoestand van individuen.

Deze tegenstelling lijkt mij weinig vruchtbaar: de aanzet tot een andere optiek gaf ik eerder (in 3.3.2. en 4.4.1). Alvorens enkele hypothesen te formuleren wil ik die aanzet iets verder uitwerken.

In de eerste plaats heb ik eerder al aangegeven dat naar gelang-cognitief, affektief of evaluatief- attitudes van de bij het sociale handelen betrokken actoren botsen deviant gedrag een specifieke benoeming en een institutionele vertaling krijgt.

In de tweede plaats kan gerefereerd worden aan de door Elias geschetste ontwikkelingen binnen het civilisatieproces: dit proces wordt gekenschetst door vormen van sociale ongelijkheid waarbij de bovenlaag zich wenst te onderscheiden. Dit bereikt zij door continu nieuwe gedragsvormen vast te stellen en zodoende haar positie te blijven innemen. Deze gedragsvormen 'druppelen naar onderen'; de lagere klassen nemen deze over en intussen ontwikkelt de bovenlaag alternatieven welke nog niet bij het grote publiek bekend zijn.

Deze voorsprong raakt de bovenbouw per definitie niet kwijt: wat varieert is de omvang van de bovenlaag en de wijze waarop deze samengesteld wordt. In dit proces is 'geld' is al lang niet meer het enige principe dat een rol speelt. Enerzijds bepaalt de bovenlaag in de meest brede zin wat goede 'gedragingen' zijn en anderzijds reserveert zij deze gedragingen voor zichzelf. En al socialiserend zorgt de bovenlaag ervoor dat ook haar nazaten prima in het juiste patroon passen *3*.

Bij dit alles moet bedacht worden, dat 'goede gedragingen' zich uiten op velerlei terreinen; het leven bestaat niet alleen uit etikette. Ook financiën, huisvesting, onderwijs, gezondheid, etc. zijn domeinen, waarbinnen men sociaal handelt en waarbinnen dit sociale handelen kan mislukken.

Eerder is beredeneerd, dat wij personen die nog niet geheel 'comme il faut' sociaal handelen, compenseren: onze 'rechtvaardige verdeling van sociale goederen' heet 'samengestelde gelijkheid' en deze komt mede tot uiting in het meer dan toevallig gebruik van voorzieningen door specifieke categorieën in de samenleving. Dit is danook de kern, waardoor telkens blijkt dat het 'ongeluk', d.w.z. problemen of compensaties hiervoor op welk gebied dan ook, bij dezelfde categorieën in versterkte mate te zien zullen zijn. Deze problemen kunnen zich dus voordoen op het gebied van huisvesting tot gezondheid, van onderwijs tot justitie.

Een opmerking resteert alvorens enkele hypothesen te formuleren. Wat te denken van een institutie die bedoeld is om samengestelde gelijkheid te bewerkstelligen, maar juist niet die categorieën compenseert, die ten aanzien van dit punt het sterkst gedepriveerd zijn? Een dergelijke institutie voldoet niet of nog niet aan haar maatschappelijke functie. Mocht dit blijken voor de GGZ, dan zou daaruit af te leiden zijn dat de GGZ als sociaal en als cultureel systeem onvoldoende ingebed is in de samenleving. Dat het noodzakelijk is op dit punt de GGZ te onderzoeken, moge blijken uit een recent onderzoek waaruit o.a. naar voren kwam dat individuen uit lagere sociaal-economische klassen meer geplaagd werden door een slechtere geestelijke gezondheid (en dus op dit punt volgens de heersende cultuur compensatie behoeven), maar minder met de psycho-sociale hulpverlening in aanraking kwamen (Raats e.a., 1987).

Dit punt kan getoetst worden, omdat ik er theoretisch vanuit mag gaan, dat de categorieën die meer dan andere problemen op bepaalde levensterreinen hebben, ook compensatie wat betreft hun geestelijke gezondheid nodig hebben om ook op dit punt tot samengestelde gelijkheid te komen. Deze algemene uitspraken zijn hier tot enkele hypothesen verbijzonderd: de toetsing van deze hypothesen vindt in hoofdstuk 9 plaats.

7. de sociale en de ruimtelijke verdeling van de bij de GGZ bekende psychiatrische morbiditeit is niet toevallig;
8. deze verdeling blijkt in de tijd stabiel te zijn, en
9. deze verdeling kan beschouwd worden als een vorm om tot samengestelde gelijkheid te komen en correspondeert met andere factoren waarlangs deze samengestelde gelijkheid wordt vorm gegeven.

5.3. Samenvatting

Dit hoofdstuk vormt een brug tussen theorie en empirie: daartoe werden een negental hypothesen geformuleerd. Deze zullen in het tweede deel getoetst worden met behulp van gegevens zoals die regionaal bijeengebracht zijn in een gevalsregister voor de geestelijke gezondheidszorg.

HOOFDSTUK 6

EEN PSYCHIATRISCH CASE REGISTER

Het researchinstrument dat in deze studie het merendeel aan empirisch materiaal bijeen gebracht heeft, is plaatselijk bekend als het MHCR: deze afkorting staat voor 'Mental Health Case Register'. Een wat vreemde naam; in de anglosaksische literatuur is de gebruikelijke term 'psychiatric case register', terwijl 'psychiatrisch gevals-register' en 'psychiatrisch casus register' goede nederlandse namen zijn. Echter het MHCR is (mede als naam) zo ingeburgerd, dat een naamsverandering onmogelijk lijkt.

6.1. Inleiding

Niet alle registratiesystemen zijn registers. Van een register is pas sprake wanneer de volledige en continue registratie van de contacten van de bevolking in een gebied met de GGZ-voorzieningen op een centraal punt bijeengebracht en per patiënt aaneengekoppeld en geordend worden (Brook & Hamers, 1985; Baldwin, 1973).

Door deze volledige en continue registratie van contacten van de bevolking in een gebied kan betrekkelijk eenvoudig statistische informatie betreffende de aangemelde morbiditeit worden verkregen. Zo kunnen epidemiologische en planningsvragen beantwoord worden, terwijl een register ook gebruikt wordt als zgn. sampling-frame.

Het MHCR als tweede Nederlands register en het noordelijk register *1* hebben gemeen dat ze aan elke bij de GGZ aangemelde persoon afkomstig vanuit het registergebied en die nog niet in het register voorkomt, een zgn. registernummer toekennen. Alle gegevens die in de loop van de tijd van deze personen binnenkomen worden door middel van een reeks identificatiegegevens aan de al aanwezige toegevoegd (Baldwin, 1973; Wing, 1968).

Een van de belangrijkste argumenten om een tweede regionaal register op te zetten, komt voort uit de vraag in hoeverre resultaten gegeneraliseerd kunnen worden: in een van de volgende hoofdstukken wordt echter geconcludeerd dat daartoe toch meer dan twee registers aanwezig dienen te zijn. Het lijkt er op, dat de wensen in deze -gezien de activiteiten in o.a. Rotterdam- vervuld gaan worden.

6.2. Methode, techniek en mogelijkheden

In het hiernavolgend -in het engels gestelde- artikel (als paragraaf 6.2.1) komen de start en de opzet van het MHCR aan de orde, waarbij de basisprincipes en een overzicht van de dataverzamelings-, verwerkings- en opslag(beheers)procedures gepresenteerd worden.

Vervolgens worden in paragraaf 6.2.2. enkele recente ontwikkelingen en de consequenties daarvan voor de huidige stand van zaken aangegeven. Ten slotte wordt in een reeds gepubliceerd engelstalig stuk (hier opgenomen als paragraaf 6.2.3) uitgebreid ingegaan op de (epidemiologische) mogelijkheden van een register.

RESISTANCE, PRIVACY AND TECHNOLOGY: COMMENTS ON THE NEGOTIATIONS TO ESTABLISH THE CASE REGISTER IN MAASTRICHT

H. HAMERS, M. ROMME and M.W. DE VRIES

Department of Social Psychiatry, University of Limburg,
Maastricht, the Netherlands

INTRODUCTION

In 1980, the Department of Social Psychiatry of the University of Limburg initiated a Mental Health Case Register (MHCR) for the region of Maastricht, located in the most southern part of the Netherlands, with a population of approximately 200,000. The effort was sponsored jointly by the Ministry of Welfare, Health and Culture, and the University Faculty of Medicine. Ensuring the participation of all mental health institutions in South Limburg was not an easy matter, since Dutch mental health facilities have the right to function as independent corporations, and are highly diverse in goals and functions. Moreover, in the Netherlands, as in many countries, the central storage of confidential information is a highly sensitive issue: this gave rise to much debate and initial resistance to the undertaking.

ESTABLISHMENT OF THE MHCR

Over a period of three years the cooperation of all mental health services was established through negotiation, so that today the MHCR covers all relevant facilities in the "Zuid-Limburg" region. The participating organizations from which all patient contacts are recorded (Table 1) are:

1. a psychiatric hospital with an outpatient clinic, a day-hospital and three halfway houses;
2. a psychiatric ward in a general hospital, with an out-patient clinic;
3. all psychogeriatric wards, and a day-hospital for the elderly, in a nursing home;
4. a seven-day, 24-hour crisis intervention service with outreach facilities and a bed crisis unit;
5. a large ambulatory community mental health service including a centralized child guidance programme, a psychogeriatric team, a before and after care programme for chronic patients, a psychotherapy institute and four decentralized community

centers where short-term psychiatric treatment and counseling are carried out;

6. an alcohol/drug treatment programme;
7. an ambulatory service system handling problems of mentally retarded people;
8. two private psychiatric practices.

TABLE 1

ONE-YEAR PREVALENCE 1981; THE NUMBER OF PATIENTS ACCORDING TO THE FIRST, IN 1981, INSTITUTION CONTACTED (a) AND THE TOTAL NUMBER OF PATIENTS, PER INSTITUTION SEEN IN 1981 (b), PER 1000 INHABITANTS*

Organizations services	a	b
Psychiatric hospital	4.00	
beds	1.44	2.29
day-hospital	0.30	0.71
halfway houses	0.23	0.28
outpatient clinic	2.03	2.63
Psychiatric ward in General Hospital	2.83	
beds	0.25	0.67
outpatient clinic	2.58	3.05
Psychogeriatric wards in nursing house	0.78	
beds	0.78	1.07
day-hospital**	-	-
Crisis intervention centre	2.66	
beds	0.62	1.60
ambulatory	2.04	3.34
Community mental health service	11.65	12.31
Alcohol/drugs treatment program**	-	-
Ambulatory service for mentally retarded	3.04	3.09
Private psychiatric practices	1.27	1.43
TOTAL ONE-YEAR PREVALENCE	26.23 (N=5386)	

* from Hamers and Brook, 1986 (3)

** not available for 1981

Table 1 shows the 1981 year prevalence and patient inception figures to illustrate the range of services and the total mental health care provided in South Limburg.

Again we wish to underscore that a unique Dutch characteristic of all these facilities is their capacity to function as independent legal entities, with their own management structure and organizational objectives. This sets the Dutch situation apart from many other countries where mental health care is more closely bound to a coordinated network of services, usually centered upon the hospital.

During the introductory phase in 1980, resistance to the MHCR was great. We had to satisfy a range of practical criteria set by the institutions; these criteria were primarily grounded in concern for institutional autonomy and the safeguarding of privacy. These criteria included:

- a. implementation of the MHCR should not bring an increased work load for their staff;
- b. registration procedures adopted should not be totally new or different from those currently in use;
- c. information gathered would be fed back to them for their own use;
- d. no data would be given to third parties without permission of the institution;
- e. patient permission for participation must be obtained directly from the subject; non-participation must therefore also be possible;
- f. data would be destroyed, or recalled by the institution, if the institution wished it or if a socio-political situation required it.

We conformed to their demands by coupling and interweaving our registration with pre-existing information-systems, thereby limiting the introduction of new procedures. We also limited the demographic and clinical data collected, thereby minimizing the increased work load on clinical systems.

For privacy and confidentiality we instituted a supervisory oversight committee in which institutions and patient organizations are both represented. The activities of this group include site visits as well as regular meetings. The supervisory committee prepared a code of rules in consultation with the legal department of the university, which was approved by all parties.

These rules clarify obligations, rights and procedures for case register operations. They include rules regarding medical confidentiality in psychiatry, and a legally binding oath of confidentiality for all case register workers.

Technical measures also had to be taken to ensure privacy, such as separating sensitive "personal" data from more general data not traceable to individuals. The sensitive data, from which patients could in principle be identified, were locked in a safe to which only a few team members had access. This included both disks and handwritten code books. Also introduced were special passwords for different functions and a mechanism to detect unauthorized data access. These were discussed, planned and approved by the supervisory committee.

The most important part of the negotiating process, however, was the building of personal and responsible relationships through regular and frequent contact between staff of the MHCR and the various institutions. Continuous and regular contact gradually produced a basis of trust between the MHCR team on the one hand, and the institutions and patient organizations on the other. Nevertheless, before this point was reached, numerous discussions were held with the institutions at virtually all personnel levels. During these talks, the MHCR team succeeded in underscoring the unique capacities of the register - while preserving privacy - for compiling a body of up-to-date information essential for the agencies to monitor, evaluate and plan their staffing and services.

Some case register possibilities proved of particular interest. The evaluation and monitoring of services by the MHCR was viewed by the institutions as useful for financial and administrative purposes, including evaluation of crisis centres. They also considered the investigation of referral patterns and patient flow through diverse institutions to be of value for planning efficient services. During a period of economic scarcity, the case register, with its potential for facilitating the streamlining of care, appeared as a cost-effective undertaking for the institutions.

These discussions were time-consuming, particularly in the Dutch situation, where mental health organizations may be characterized as highly professionalized and democratic. They were,

however, vital to successful initiation of the register and to maintenance of a continuous, complete and accurate collection of data.

DATA-COLLECTION AND THE DATA BASE

All contacts between the region's inhabitants and any of its mental health services have been recorded from January 1981. In principle, the MHCR is based on the Camberwell register in the U.K. (1) and a register in the north of the Netherlands (2). One reason for establishing the MHCR was to do comparative studies between northern and southern Dutch regions. (3,4,5) Registration includes all face-to-face contacts between patients and providers of care, admission and discharge data, demographic information and items such as diagnosis, referrals and type of treatment. (3,4)

Identification data collected for every patient are place and date of birth, sex and the first character of the name, but names and addresses are not recorded. A probability link (6) is thus introduced without putting the patient's anonymity at risk. The procedures adhered to within the institutions and between these and the MHCR team have been so structured that the institutions' costs of participation are minimized. They are not charged to the MHCR. By 1984 the MHCR included 15,000 patients with 3,000 new entries per year. In order to facilitate feedback to institutions, given these large numbers, an automated data-base system is employed. Investment for the development of this system has been considerable. This outlay was necessary for a system that could process a vast data set rapidly to provide rapid feedback to the institutions. We are currently able to feed back information to institutions very quickly - sometimes within a week. A schematic overview of the MHCR system is presented in Figure 1.

Each institution records and collects the data, but a member of the register team visits at regular intervals and checks for completeness and errors, making corrections where required. The processing takes place at the register where the data are coded and a register number is attached to each patient. Data entry uses specially-written programmes in Fortran, because of the need for speed and error detection. The computerized filing system is composed of four files:

1. a patient record containing treatment and service data;
2. a patient record with demographic data;

MHCR OVERVIEW

- : data flow
- ↔ : relative representation
- * : measures for data protection
- ⇒ : information flow

For data entry, checking, output, etc. standard programs in Fortran have been developed.

FIGURE 1
MHCR OVERVIEW

3. a patient record of contacts, admissions, discharges (and date of death) including the service contacted;
4. a patient record of changes in a persons life, for instance divorce from a previously recorded married state, and the date.

There are links between these files and a means of standardizing changes within all files. For research purposes, Fortran programmes are available for determining point prevalence, incidence and year prevalence counts. As required by the code of practice, planned research is discussed with the supervisory committee before starting. Similarly, before publishing, results are discussed with the committee and the service agencies. Internal reports concerning a particular service are sent only to that service.

MAINTAINING THE RELATIONSHIPS

The purely administrative use of the MHCR is rather dry. It is therefore essential for continuous good work that the interest of the participating institutions be sustained. A major portion of the team's time is, therefore, spent supplying facilities with MHCR information and keeping a high profile. Research questions in social psychiatry also serve a major stimulating function in which the university department plays an important role. A "living" register will keep changing in step with developing facilities and needs for information, in the everchanging perspectives of both science and clinical care. Hence, continual interaction with MHCR institutions is required. Currently we are discussing the introduction of an all-encompassing diagnostic system, an adapted DSM III. As always, our adage in these deliberations is "progress by negotiation."

REFERENCES

1. WING, J.K. and HAILEY, A., *Evaluating a Community Psychiatric service: The Camberwell Register 1964-1971*. London, Oxford University Press, 1972.
2. GIEL, R. and TEN HORN, G.H.M.M., "Een psychiatrisch register als basis voor planning", *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 54, 1976, 148-153.
3. HAMERS, H.J.F.R. and BROOK, F.G., "De GGZ in het noorden en in het zuiden des lands in 1981", *Tijdschrift voor Psychiatrie*, in press (1986).

4. BROOK, F.G. and HAMERS, H.J.F.R., "GGZorg gepeild. Een vergelijkend onderzoek met behulp van twee registers voor de geestelijke volksgezondheid", *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 27, 1985, 115-127.
5. HAMERS, H.J.F.R., ROMME, M.A.J. and DRIESSEN, G.A.M., "Het (on)bedoelde gebruik van meer GGZorg-voorzieningen", *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg*, 13, 1985, 506-511.
6. BALDWIN, J.A., "Linked record medical information systems", *Proceedings of the Royal Society of London*, 184, 1973, 403-420.

6.2.2. Record-linkage, system-management en data-protectie

In deze paragraaf zal ik uiteen zetten, waarom het nuttig is de gegevens in de tijd van een en dezelfde patiënt cumulatief te verzamelen, op een punt bijeen te brengen en op te slaan. Vervolgens zal ik kort de werkwijze schetsen zoals die ten behoeve van het M.H.C.R. tot stand is gebracht en op welke wijze daarin tegemoet wordt gekomen aan de eis de privacy van patiënt te waarborgen.

Allereerst dienen enkele voor de hand liggende feiten gememoreerd te worden. Het blijkt dat een deel van de psychiatrische patiënten een langdurige patiëntcarrière heeft. Veel psychiatrische patiënten maken op een moment in de tijd en in de tijd opeenvolgend gebruik van meer GGZ-voorzieningen: hieraan zitten positieve en negatieve kanten en uiteraard is het beleid binnen de GGZ-voorzieningen erop gericht zoveel mogelijk de positieve aspecten te versterken en de negatieve af te zwakken.

Wetenschappelijk is er interesse voor de patiëntcarrière wat betreft de voorspellende items: welke kenmerken (persoons-, omgevings-, etc.) zijn van belang met betrekking tot langdurige carrières. Welke momenten in een carrière komen in aanmerking voor een interventie ter voorkoming van verdere of ernstiger vormen van chroniciteit? *2*

Beleidsmatige interesse is er ook en wel tweeledig. In de eerste plaats is men erin geïnteresseerd welke voorzieningen met elkaar dienen samen te werken, juist omdat patiënten kennelijk van deze voorzieningen gebruik maken. In de tweede plaats is men er in geïnteresseerd of de wijze waarop men de samenwerking georganiseerd heeft de goede is.

Tenslotte moet bedacht worden dat prevalentie- en incidentietellingen van groot belang zijn: deze kunnen echter niet anders dan m.b.v. een register verkregen worden vanwege het optredende dubbelgebruik van de voorzieningen door de cliëntèle.

Hoe de gegevens verzameld en bijeengebracht worden, is in 6.2.1. uiteengezet. Hieronder zal ik nader ingaan op enkele veranderingen m.b.t. technische aspecten van het M.H.C.R..

De meest wezenlijke verandering die recentelijk is doorgevoerd, behelst de automatisering van de zgn. waarschijnlijkheidskoppeling. Deze koppeling -bedoeld om onder handhaving van de anonimiteit van de patiënt (in de zin dat diens naam bij de onderzoekers niet bekend wordt) patiëntcarrières te reconstrueren en van daaruit ook patiëntstromen samen te stellen- is gebaseerd op enkele persoonsgebonden items welke ieder voor zich onvoldoende, maar gezamenlijk voldoende uniek zijn om de gegevens behorend bij een en dezelfde patiënt ook als zodanig te zien en te behandelen. Deze persoonsgebonden items zijn geboortegemeente, geslacht, geboortedatum, eerste letter (geboorte)achternaam en woongemeente.

Het automatisch laten verlopen van de waarschijnlijkheidskoppeling geschiedt middels een personal computer waarop alle vroeger handmatig

te nemen beslissingen nu geautomatiseerd verlopen. De voordelen van deze geautomatiseerde waarschijnlijkheidskoppeling zijn evident. Enerzijds wordt er menskracht bespaard, anderzijds kan de koppeling beter verlopen, worden fouten geconstateerd en hersteld en kunnen ook in het verleden gemaakte fouten hersteld worden. Bovendien diende louter uit fysieke overwegingen de automatisering doorgevoerd te worden: dit omdat het bestand inmiddels de grens van 20.000 gevallen overschreden heeft.

Een ander voordeel van de 'personal' is dat privacy-gevoelige data niet onder de handen van het registratieteam vandaan verdwijnen: deze data blijven immers in de registratieruimte. Een laatste voordeel is dat m.b.v. de geautomatiseerd verwerkte en opgeslagen indentificatiegegevens de bestanden op de main-frame voor een deel aangemaakt en gecontroleerd kunnen worden: immers een deel van de indentificatiegegevens zijn in beide bestanden aanwezig, zoals het geslacht, de woongemeente, het geboortjaar en het (toevallig) toegekend registernummer. Ook dit punt heeft vele mogelijkheden tot controles gegeven, waarvan inmiddels dankbaar gebruik gemaakt wordt.

Wat betreft de opzet, zoals die t.b.v. de geautomatiseerd op de main-frame opgeslagen gegevens gehanteerd wordt, hebben er ook enkele ingrijpende veranderingen plaatsgevonden. Werd in de vorige paragraaf -en met name in figuur 1- de werkwijze beschreven die tot en met 1985 werd gehanteerd, hier wordt ingegaan op de situatie van dit moment.

Het grote nadeel van de oude opzet was, dat er tussen de verschillende subbestanden koppelingen gelegd dienden te worden om aldoende bestanden aan te maken, waarop middels bekende statistische pakketten (als SPSS, SPSSX en BMDP) analyses uitgevoerd konden worden. Het samenstellen van die werkbestanden kostte enerzijds veel CPU-tijd en anderzijds konden deze pas op dat moment op een aantal specifieke fouten gescreend worden. Resultaat was dat controle, foutdetectie en herstel van de fouten in een zeer laat stadium konden plaatsvinden.

De oude opzet was destijds -in 1980- gekozen, omdat de verschillende bestanden uit records met een verschillende recordlengte waren opgebouwd en deze konden toen maar moeilijk in één bestand ondergebracht worden. Voor dit punt is inmiddels -dankzij ontwikkelingen in de programmeer-techniek- een oplossing gevonden, waardoor alle gegevens van een patiënt bij elkaar staan. Alvorens de nieuwe data aan het grote bestand worden toegevoegd, worden deze nu vooraf op alle mogelijke fouten gescreend en zonodig gecorrigeerd. Het aanmaken van een werkbestand kost nu én minder rekentijd én er kunnen in dat bestand geen fouten meer voorkomen.

Over de bescherming van de persoonlijke levenssfeer is al het een en ander gezegd. Hier wil ik kort ingaan op enkele aspecten en vooral aangeven wat onze ervaringen gedurende de afgelopen jaren zijn.

De privacy van patiënten is op verschillende wijzen gewaarborgd: enerzijds een formeel juridische beveiliging welke sterk gekoppeld is aan de (veronderstelde) integriteit van betrokken onderzoekers. Anderzijds zijn er enkele technische beveiligingen gekozen; zoals het

niet op naam registreren, maar het gebruik maken van een waarschijnlijkheidskoppeling, het coderen van de data, het loskoppelen van de privacy gevoelige data van de overige data en het niet toegankelijk voor derden maken van de data.

De formele beveiliging ligt in het registerreglement en de Raad van Toezicht, waarbij deze laatste een visitatiecommissie heeft ingesteld. Deze visitatiecommissie heeft gedurende de afgelopen jaren diverse malen het registerteam een onverwachts bezoek gebracht. Bij deze bezoeken werden nooit onregelmatigheden geconstateerd, terwijl ook intensieve checks (m.b.v. de administraties van de voorzieningen) geen dubieuze zaken aan het licht brachten.

Een nadeel van het registerreglement, zoals dat door de Raad van Toezicht in samenwerking met de Dienst Juridische Zaken van de RL is opgesteld en waaraan de GGZ-instellingen en de RL door middel van een samenwerkingscontract hun goedkeuring hebben verleend, is dat patiënten mogen weigeren dat er gegevens van hen in het MHCR worden opgenomen. Herstel: dat patiënten dat mogen is prima, maar vanuit de optiek van een onderzoeker is het vervelend dat een deel dat daadwerkelijk doet. Echter het weigerpercentage blijft ver onder de responsuitval waarmee ander onderzoek geconfronteerd wordt. Het weigerpercentage varieert per instelling: het gemiddelde ligt rond de 12%.

In de hiernavolgende -een reeds gepubliceerd engelstalig artikel- paragraaf wordt ingegaan op de (epidemiologische) mogelijkheden van het MHCR.

THE USE OF THE CASE REGISTER IN MAKING EPIDEMIOLOGICAL RESEARCH MORE COST-EFFICIENT

M.W. DE VRIES, H. HAMERS and F. STURMANS

Departments of Social Psychiatry and Epidemiology, University
of Limburg, Maastricht, the Netherlands

After World War II, as mental health services and their patient populations grew, the need to gather epidemiological and health care information became evident. Initial studies showed that patterns of mental health care-seeking behavior were complex. Patients differing in ethnicity and socio-economic status varied in utilization patterns; institutional services often overlapped and differed; and patients frequently used a number of institutions simultaneously (1). Data gathered by one facility were therefore inadequate for describing the health care seeking behavior in a population. To overcome this handicap, many areas established central data banks that linked together divergent facilities and practices and recorded all mental health contacts in a defined population (2,3,4). The modern case register was thus born, with the high expectation that it would provide a realistic picture of psychiatric care in a population for use in planning and in making epidemiological inferences. While the function of case registers has varied, register research has clarified important health care issues and has been helpful in planning (4,5). More recently, researchers and health care planners have shifted their focus of attention to community-based prevalence statistics in the population. From the comparison of these epidemiologic studies with case register data has emerged a puzzle: just what proportion of mental disorders in a population is accounted for in the treatment prevalence statistics of the case registers. To answer this question, prevalence figures gathered with the case register in one area have been linked with epidemiologic studies from another area. Problematic features of these efforts, in addition to the differences in population and social context (5,6,7), were that the epidemiologic surveys often did not differentiate complaints from illness, used differing research instruments and methods, and often lacked clear hypothesis to guide the analysis of the large amounts of data collected. The relationship between case regis-

ter and population data has therefore been difficult to determine. When specific disorders were the focus of research, and comparisons between epidemiologic findings and case register data were made within a defined population, results have proved more promising (8,9).

CASE REGISTER AS A SAMPLING FRAME FOR RESEARCH

In the linking of epidemiological approaches to register data, an attempt should be made to avoid the problem and costs of survey research by seeking clear hypothesis and dependent variables, sampling specific neighbourhood locations and, where possible, using specific disorders such as the Epidemiology Catchment Area study (ECA) in the U.S. has done (10).

In Maastricht, we asked if we could use the case register in making epidemiologic research more cost-efficient. Could the Mental Health Case Register be used as a sampling frame for research at both the population and individual level? Can we control for the effect of provided health care services? Can we use the MHCR to refine hypothesis to be tested in community based, case control research? Can this process illuminate case register statistics in the light of "real" prevalence rates in a population?

This broadens the use of the case register from its more traditional use as a planning device to its use in investigating potential etiological factors. This cannot be done by means of the case register findings alone because they must eventually be coupled to data gathered in the community; in addition, such investigations would require the inclusion of non-ill controls. We considered that the required pre-selection of ill and not-ill groups, as well as the selection of specific locations for community follow-up, would implicitly demand the formulation of clearer and more detailed hypotheses to be tested. This, we thought, could lead to potentially more efficient cohort or patient-control epidemiologic studies. One of the problems, of course, in using the case register in this way, is that "caseness" is here determined by the available health care and referral patterns, particularly those issuing from primary care physicians. We must therefore attempt to control for referral patterns and available services within the particular subject populations. By controlling for services and by first determining

the impact of traditional, social psychological and demographic factors, we hope to more clearly relate the case register figures to actual population statistics, as well as creating an avenue for direct and more efficient population sampling.

NEIGHBOURHOOD STATISTICS

Specifically, as a first step, we looked at treatment prevalence statistics in each neighbourhood in Maastricht, the Netherlands. These neighbourhoods vary on a number of sociological and demographic factors. The period prevalence figures for 1981 were chosen from the Maastricht Register. The 1981 figures tended to correlate well with incidence, generated a large sample and were reliably available. Our preliminary results showed that treatment prevalence figures differed remarkably between neighbourhoods. Testing whether these neighbourhood variations could be accounted for by some standard social psychiatric hypothesis such as the influence of age and socio-economic status (SES) on utilization, we used the available demographic and socio-economic data available in the case register and local governmental information sources and found that the number of aged in a neighbourhood did not predict utilization as expected, but that poor economic and social status did play a role as predicted.

While this is an important, but not unfamiliar, finding to pursue, we illustrate it here only as part of a stepwise sequence of analysis and to underscore the need for the linkage of government and case register information systems (with adequate privacy protection) as a necessary and useful step in clarifying MHCR data. We must, of course, guard against the tendency toward fallacious ecological reasoning when aggregate data from varied sources are used in such a way as here. These precautions include carefully monitoring the data and carrying out analyses in a number of ways in order to demonstrate that a found relationship is robust, and providing a case-level analysis as we suggest later.

AVAILABILITY OF MENTAL HEALTH CARE

Demographic findings such as age, sex, marital status and SES are often presented in population studies. We, however, wanted to take a further, and often ignored step, that of controlling for the impact of available health care services on

the treatment prevalence. Starting with the hypothesis that the availability of mental health care accounts to a large extent for case register figures and perhaps more generally also for illness expression in a population, we proposed using the case register, supplemented by community sources, to derive neighbourhood samples with comparable health care services for further study. Our rationale for this should be briefly justified. First, European and American studies often suggest that differences in availability of health care services correlates with both intramural and extramural care utilization (6,11,12,13). Secondly, Goldberg (14) underlines the impact the general practitioners' mental health care referral strategies and further demonstrates that prevalence statistics differ at different levels of the health care system as a result of referral patterns. He thus documents indirectly the general contribution of the medical referral system to the care made available to a population and the need to analyze specific primary care referral practices. Thirdly, we hold that illness arises in a social context in which the formal health care system plays a major part. Medical anthropologists have demonstrated that the health care system gives meaning and guides illness expression in a population (15,16). This linkage is also particularly strong in societies where general health insurance and highly organized health care exists, such as in modern European industrial societies. Here, the classification of physical and mental processes has markedly shifted away from the family and informal medical system to the established, professionalized medical system. Today, it may be postulated that definitions of health and patterns of health care-seeking are intimately linked with the care offered by the formal health system. In spite of this strong hypothetical impact, the contribution of the medical system to health care-seeking behavior and morbidity in a population is often ignored. We assume, on the contrary, the significance of this effect and attempt in our model to control for and hold stable the mental health care offered a population.

DERIVING HEALTH CARE AS A VARIABLE

To control for available health care and derive comparative population samples we will draw on health care system, community and case register sources. First, we will define 34 neighbour-

hoods that range in size from 1,000 to 8,000 people in the Maastricht population of 110,000. Next, catchment area responsibilities of mental health care facilities in these neighbourhoods will be ascertained and neighbourhoods with similar spatial access to facilities will be selected, thus controlling for a strong mediator of utilization, the distance from facilities. Further, whether the services offered a neighbourhood are similar will be tested by comparing institutional goals, manpower, availability, size and range of services offered in each pair of facility locations. For many services such as the larger mental hospital, the entire case register population is included in their catchment areas, thus facilitating comparisons. We can also use the data to compare the relative use of different facilities by a neighbourhood. The case register will then be used to select neighbourhoods with similar utilization ratios of intramural and extramural services, with the aim being to determine roughly the relationship between community care-seeking patterns and available health care services. Social class, the relative use of in- and outpatient services as well as a description of available mental health care services, allow us to characterize the system and how it is used.

General practitioner referral practices, however, are more difficult to characterize and compare (14). Although we will define the number of general practitioners in a neighbourhood and the size of their practices, experience suggests that general practitioner referral strategies will vary drastically (17). To help resolve this dilemma we will screen out (as, in fact, investigated more specifically in another study) physicians who account for an idiosyncratic number of referrals, this will be done using case register referral figures as well as information on general practitioner referral patterns obtained from interviews in other studies currently underway in our department. In this model, we will use multivariate techniques such as cluster analysis to link general practitioner referral behavior to other health care factors under study, producing clusters of neighbourhoods with similar services and referral systems. These three techniques should create enough order in the referral practice of general practitioners so that the mental health care available to different neighbourhoods is rendered comparable.

Case register care prevalence figures will then be examined

in areas where amount and type of health care is similar. If care prevalence figures (and later incidence) vary in neighbourhoods with similar health care availability and referral practices, specific underlying risk factors, actual morbidity, demographic and ecological factors may then be assumed to play a major contributory role. Specific hypothesis about the ecological relationships in that population can be formulated and be further examined using case-control and cohort approaches (15, 19,20).

INDIVIDUAL CASE LEVEL

Just as it is essential to control for available health care in selecting neighbourhoods with a high or low prevalence rate, it is equally important at the individual case level. We are, of course, assuming that individuals are comparable on the measures just outlined. The case register may be used as a sampling method, selecting cases from areas with similar mental health care as well as selecting controls from the same area using official community information sources. This would allow the important additional step of investigating whether commonly hypothesized discriminating psychosocial factors such as life-events, economic change, moves, etc. are also at work at the individual level. We suggest that these factors are best studied in samples which have similar mental health care, demographic configurations and socio-economic status, but that differ on the prevalence of cases. To investigate these factors more closely focused field research (7,22) is planned, investigating health care-seeking behavior (16), ideas about health and disease problems (15-20) as well as measures of illness (21) and risk in relation to diagnosable disorder (10) in the selected neighbourhoods.

DISCUSSION

In sum, in this model, case register and community information is used to derive small neighbourhood samples in which a control on the availability of health care services has been incorporated. These samples will be further examined with demographic variables that are guided by specific hypothesis which will in turn lead to small epidemiologic and ethnographic field research projects employing case control, cohort and historical

(retrospective) cohort approaches. This in turn avoids the problems and costs created by overly broad population surveys and may provide a more thorough picture of actual morbidity, risk and health care-seeking behavior.

It is important to remember that regardless of how health care data is gathered, in populations or with a case register, the inferences drawn about the amount and type of medical care required ultimately remains a social and political question often quite divorced from actual illness data. As society changes, governments rise and fall, technology advances, and definitions of man change, the question of how much medical care is needed in a population must be continually socially asked, scientifically investigated, and politically negotiated. The case register clearly has a place in this process.

REFERENCES

1. GARDNER, E.A., MILES, H.C., BAHN, A.K. and ROMANO, J., "All psychiatric experience in a community. A cumulative survey: Report of the first year's experience", *Archives of General Psychiatry*, 19, 1963, 369-378.
2. WING, L., WING, J., HAILEY, A., BAHN, A., SMITH, H. and BALDWIN, J., "The use of psychiatric services in three urban areas; an international case register study", *Social Psychiatry*, 2, 1967, 158-166.
3. WING, J.K. and HAILEY, A., "Reported prevalence", In L. Wing and A. Hailey, eds., *Evaluating a community psychiatric service*. London, Oxford University Press, 1972.
4. GIEL, R. and TEN HORN, G.H.M.M., "Een psychiatrisch register als basis voor planning", *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 54, 1976, 148-153.
5. GARDNER, E.A. and BABIGIAN, H.M., "A longitudinal comparison of psychiatric service", *American Journal of Orthopsychiatry*, 36, 1966, 818-828.
6. GIEL, R., "The truth about psychiatric morbidity", *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Suppl. 285, 62, 1980, 30-40.
7. HENDERSON, S., BYRNE, D.G. and DUNCAN-JONES, P., *Neurosis and the social environment*, Canberra, 1981.
8. HELGASON, T., "Prevalence and Incidence of mental disorders estimated by a health Questionnaire and a psychiatric Case Register", *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 58, 1978, 256-266.
9. HELGASON, T., "The epidemiology of Alcohol Abuse", *Nordisk Medicine*, 99, 1984, 290-294.
10. REGIER, D.A., MYERS, J.K., KRAMER, M., ROBINS, L.N., BLAZER, D.G., HOUGH, R.L., EATON, W.W. and LOCKE, B.Z., "The NIMH Epidemiologic Catchment Area Program", *Archives of General Psychiatry*, 41, 1984, 934-941.

11. REGIER, D.A., GOLDBERG, I.D. and TAUBE, C.A., "The facto US mental health services system, a public health perspective", *Archives of General Psychiatry*, 35, 1978, 685-693.
12. LEVIN, B.L., GLASSER, J.H. and ROBERTS, R.E., "Changing Patterns in Mental Health Service Coverage within Health Maintenance Organizations", *American Journal of Public Health*, 74, 19 , 453-458.
13. REDLICH, F. and WELLERT, S.R., "Trends in American Mental Health", *American Journal of Psychiatry*, 135, 1978, 22-28.
14. GOLDBERG, D. and HUXLEY, P., *Mental illness in the community: the pathway to psychiatric care*. London, Tavistock, 1981.
15. KLEINMAN, A., *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley, University of California Press, 1980.
16. DE VRIES, M.W., "Introduction: Medicalization in perspective", In M. de Vries, R.L. Berg and M. Lipkin jr., eds., *The use and abuse of medicine*, New York, 1982.
17. SHEPHERD, M., COOPER, B., BROWN, A. and KALTON, G.W., *Psychiatric illness in general practice*. London, Oxford University Press, 1966.
18. STURMANS, F., *Epidemiologie: theorie, methoden en toepassing*. Nijmegen, Dekker en van de Veght, 1983.
19. FRIEDMAN, G.D., *Primer of epidemiology*. New York, McGraw-Hill, 1974.
20. MACMAHON, B., PUGH, T.F., *Epidemiology: principles and methods*. Boston, Little, Brown, 1970.
21. WHITING, J., "Methods and problems in cross-cultural research", In G. Lindzey and E. Aronson, eds., *Handbook of social psychology*, Vol. 2, 2nd ed. (693-728), Reading (Mass.), Addison-Wesley, 1968.
22. GOLDBERG, D., *Manual of the General Health Questionnaire*. Slough, National Foundation for educational research, 1979.

6.3. Samenvatting en conclusies

In 1980 werd er vanuit de capaciteitsgroep Sociale Psychiatrie een start gemaakt met de opzet van een psychiatrisch casus register voor de regio zuidelijk Zuid-Limburg met een populatie van ongeveer 200.000 inwoners. Dit register werd bekend onder de naam MHCR.

De onderneming werd gesteund door het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, waaruit al blijkt dat beleidsmatige interesse voor de uitkomsten van registerstudies aanwezig was en nog is. Vanuit de capaciteitsgroep Medische Sociologie en vanuit de dienst Memic werd de opzet mede begeleid.

Na een jaar waren de betrokkenen het eens en werd een samenwerkingscontract opgesteld en ondertekend door de GGZ-voorzieningen en het College van Bestuur van de Rijksuniversiteit Limburg. Per 1 januari 1981 startten de registraties in de GGZ-instellingen: in een enkele instelling (CAD) of een onderdeel daarvan (psychogeriatrische dagbehandeling van een verpleegkliniek) werd later gestart.

In dit hoofdstuk werd beschreven hoe het MHCR is opgezet, welke problemen daartoe overwonnen dienden te worden en hoe zowel in de instellingen als ook t.b.v. de verwerking en de opslag van de gegevens de procedures zo zijn opgezet -en in de tijd verder verfijnd zijn- waardoor optimaal efficiënt en betrouwbaar gewerkt kon worden. Daarnaast heb ik ook aangegeven hoe we aan de wensen inzake de bescherming van de persoonlijke levenssfeer tegemoet zijn gekomen en dat dit helaas een negatief aspect oplevert, in de zin dat niet van iedere patiënt gegevens verkregen worden. De spanning tussen onderzoek en de wens de bescherming van de persoonlijke levenssfeer maximaal te laten zijn, komt hier tot uiting. Ten slotte is getoond dat een psychiatrisch casus register gebruikt kan worden om epidemiologisch onderzoek gericht op te zetten, waarbij het register ons als het ware leidt naar mogelijke (maatschappelijke) factoren die een etiologische werking inzake psychopathologie hebben.

Afsluitend moet gesteld worden dat een register een relatief kostbare investering vereist, waarbij een data-base aangelegd wordt die geraadpleegd kan worden voor onderzoeksvragen van uiteenlopende aard. Belangrijk is de constatering dat een psychiatrisch register nauwelijks weg te denken is in het hedendaagse (sociaal) psychiatrisch-epidemiologisch onderzoek, omdat een register onontbeerlijke gegevens levert die op een andere wijze niet of zeer moeilijk te verkrijgen zijn.

HOOFDSTUK 7

DE REGIONALE GGZ

7.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt een eerste empirische beschrijving van de GGZ gepresenteerd; de GGZ in een andere regio wordt daarbij als referentie gebruikt. Het in die andere regio gehanteerde onderzoeksinstrument is analoog aan het onze, omdat het als voorbeeld gediend heeft tijdens onze opzet.

7.2. Enkele interregionale vergelijkingen

Zoals al in hoofdstuk 6 vermeld is, was een van de belangrijkste aanleidingen een tweede psychiatrische casus register in Nederland op te zetten, gelegen in het mogelijk maken van interregionale vergelijkingen. Immers de resultaten van een regio hebben betrekkelijk weinig waarde, zowel beleidsmatig als wetenschappelijk, indien op geen enkele wijze zicht bestaat op mogelijke generalisaties. Immers een register omvat weliswaar alle of nagenoeg alle GGZ-patiënten in een regio, maar is in feite zelf een steekproef: van alle GGZ-systemen, die in de tijd en in de ruimte aanwezig zijn, dit ene GGZ-systeem hier en nu.

GGZorg gepeild

Een vergelijkend onderzoek met behulp van twee Registers voor de Geestelijke Volksgezondheid

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

Inleiding

Alweer ruim tien jaar (sedert 31 december 1973) worden in het noordelijk Register Geestelijke Volksgezondheid alle contacten, die inwoners uit de Registergemeente (± 45.000) hebben met voorzieningen voor de Geestelijke Gezondheidszorg (intra-, semi- en extramurale) verzameld (zie Giel en Ten Horn, 1976). Zeven jaar later, op 31 december 1980, ging een soortgelijk Register van start voor Maastricht en omgeving (± 205.000 inwoners).

Een van de belangrijkste redenen om een tweede Register op te zetten was vergelijkende studies te kunnen uitvoeren in regio's, die duidelijk van elkaar verschillen in het aanbod van GGZ-voorzieningen. Inmiddels is een dergelijke vergelijking mogelijk.

In deze eerste publikatie, waarin een doorsneedag (een zogenaamde 'census' ook wel puntprevalentie) wordt vergeleken, geven wij eerst een korte beschrijving van de opzet van de Registers, van de daarbij betrokken GGZ-instellingen, alsmede van enkele sociaal-demografische kenmerken van de twee regio's.

Doel en kenmerken van een Register

Niet alle registratiesystemen zijn Registers. Van een Register is pas sprake wanneer: (a) de volledige en continue registratie van de contacten van (b) de bevolking in een omschreven geografisch gebied met (c) bepaalde instellingen (in dit geval de Geestelijke Gezondheidszorg) op een centraal punt gebeurt en de gegevens (d) per patiënt worden aaneengeschakeld en geordend (zie Baldwin, 1973).

Schrijvers zijn respectievelijk socioloog, verbonden aan de afdeling Sociale Psychiatrie van de RU Groningen en socioloog, verbonden aan de Capaciteitsgroep Sociale Psychiatrie van de RU Limburg.

Door deze volledige en continue registratie van contacten van de bevolking in een omschreven geografisch gebied met alle voorzieningen voor de Geestelijke Gezondheidszorg kunnen op betrekkelijk eenvoudige wijze statistische gegevens over de aangemelde psychiatrische morbiditeit van de bevolking worden verkregen. *Epidemiologische onderzoeksvragen* kunnen worden beantwoord, zoals: Om hoeveel mensen gaat het en wat zijn globaal beschouwd hun psychiatrische problemen? Wat is het beloop van deze ziektebeelden?

Een Register biedt tevens mogelijkheden om kwantitatief vergelijkend onderzoek te verrichten naar *planningsvraagstukken* zoals over de omvang en invloed van de diverse vormen van Geestelijke Gezondheidszorg. Door het longitudinale en continue karakter van een Register kunnen 'gaps' en 'overlaps' tussen instellingen, discontinuïteit en en dergelijke zichtbaar gemaakt en effecten van veranderingen gemeten worden.

Verder kan een Register als *uitgangspunt* dienen voor *specifiek onderzoek*. Het voordeel van het gebruik van een Register als 'sampling frame' is dat men niet eerst vele vaak duizenden mensen behoeft te onderzoeken alvorens men een voldoende grote groep met het bedoelde kenmerk (b.v. een manisch-depressieve psychose) bijeen heeft.

In het buitenland, vooral in Engeland, is al jarenlang veel onderzoek met dergelijke psychiatrische Registers gedaan (zie De Graaff en Ten Horn, 1975). Wereldberoemd is, één van de eerst opgezette, het Camberwell Register, voor een deel van Londen (zie Wing and Hailey, 1972). Sinds 1980 hebben de acht UK-registers (Aberdeen, Camberwell, Cardiff, Nottingham, Oxford, Salford, Southampton en Worcester) hun krachten gebundeld om tot gezamenlijke publikaties te komen. Zeer recent wordt geprobeerd een samenwerking tussen alle Registers in de wereld (incl. Europese zoals Aarhus, Dublin, Genève, Mannheim, Verona en de beide Nederlandse Registers) op gang te brengen (zie WHO-workshop report, 1983).

Hierop vooruitlopend vergelijken wij nu eerst twee Registergebieden met betrekking van de Nederlandse Registers. Deze hebben gemeen dat ze aan elke bij de GGZ aangemelde persoon afkomstig uit het Registergebied die nog niet in het Register voorkomt, een Register-nummer toekennen. Alle gegevens die in de loop van de tijd van deze personen binnenkomen worden door middel van een reeks identificatiegegevens aan de al aanwezige toegevoegd (zie voor de principes Baldwin, 1973 en Wing, 1968). De gegevens die over de patiënt en over zijn contact met de GGZ in beide registers worden verzameld komen sterk overeen, alleen geven bepaalde instellingen, die bij het zuidelijke Register betrokken zijn, geen psychiatrische diagnose.

Door het zuidelijke Register-team worden voor bepaalde instellingen ook nog gegevens verzameld over patiënten van buiten het Registergebied. Dit gebeurt om de betreffende instellingen een totaalbeeld over hun hulpverlening in een bepaalde periode te kunnen verschaffen.

Enkele sociaal-demografische gegevens

Vanwege de door ons bestuurde 'doorsneedag' presenteren wij hier gegevens, die betrekking hebben op het jaar 1981.

In de eerste figuur wordt de verdeling naar geslacht, leeftijd en burgerlijke staat vergeleken van de inwoners van beide Registerregio's. De noordelijke regio telt in totaal 45.170 inwoners, de zuidelijke regio 204.939. De zuidelijke regio omvat dus ongeveer 4.5 keer zoveel inwoners.

De verdeling naar geslacht is vrijwel gelijk. In het zuiden zijn er meer mensen van 65 jaar en ouder, gescheidenen en mensen in de weduwstaat dan in het noorden, terwijl er in het noorden meer mensen van 0 tot 18 jaar zijn dan in het zuiden. Al met al lijken de gebieden toch wel veel op elkaar. Maar de noordelijke regio bestaat uit slechts een gemeente, terwijl de zuidelijke naast een grote gemeente (110.232 inwoners) nog een elftal kleinere omvat.

De verschillen tussen de Registerregio's zijn over het algemeen geringer dan die tussen de gemeenten van de zuidelijke regio onderling. Het bleek dat in beide regio's, vooral in het zuiden, de sterftecijfers voor mannen in alle leeftijdsgroepen hoger zijn dan voor vrouwen. Met het oplopen der leeftijd, vooral na het 45ste levensjaar neemt de kans op sterfte sterk toe. Substantiële verschillen tussen beide regio's zijn echter niet waar te nemen. Samenvattend kan worden gesteld dat er tussen de populaties van de beide regio's in de door ons bestudeerde

Figuur 1: Leeftijd naar geslacht in het noorden en het zuiden

noorden $n = 45.170 = 100\%$, zuiden $n = 204.939 = 100\%$

- ongehuwd
- gehuwd
- gescheiden
- weduwstaat

kenmerken slechts enkele verschillen kunnen worden vastgesteld. Het zuiden wordt in vergelijking met het noorden gekenmerkt door een iets kleiner aantal jeugdigen en een iets groter aantal bejaarden.

De voorzieningen voor de Geestelijke Gezondheidszorg in beide Registerregio's

Alvorens een beschrijving te geven van de instellingen die betrokken zijn bij de beide Registers, moet worden opgemerkt dat het in dit onderzoek uitsluitend gaat om de contacten die inwoners uit het Registergebied hebben met GGZ-instellingen. Het aandeel van inwoners uit het Registergebied in het totaal van de cliëntèle kan per

Tabel 1: De GGZ-voorzieningen in de noordelijke en zuidelijke regio anno 1981

GGZ-instelling	noordelijke regio		zuidelijke regio	
	aanwezig	participatie a/d census	aanwezig	participatie a/d census
<i>intramuraal</i>				
Alg. Psych. Ziekenhuis	X	X	X	X
Psych. Afd. Alg. Ziekenhuis	X	X	X	X
Verslavingskliniek	X	X		
Inst. v. Kinderpsychiatrie	X	X		
Psychogeriatr. Verpl.h.	X	X	X	X
Zwakzinnigeninstituut	X	X	X	
Kliniek voor TBR	X	X		
<i>semimuraal</i>				
Medisch Kleuterdagverbl.	X		X	X
Medisch Kindertehuis	X		X	X
Dagziekenhuis APZ	X	X	X	
Dagbehand. Psychogeriatric	X	X	X	
Beschermende woonvormen	X	X	X	X
'Crisisopvangcentrum'			X	X
<i>extramuraal</i>				
polikl. Alg. Psych. Ziekenhuis	X	X	X	X
polikl. Psych. Afd. Alg. Ziekenh.	X	X	X	X
poli-Kinderpsychiatrie	X	X		
Consultatiebureau Alc. en Drugs	X	X	X	
Inst. Multidisc. Psychotherapie	X	X	X	X
Regionaal Inst. Amb. Geestelijke Gezondheidszorg	X	X	X	X
Vrijgevestigde zenuwartsen			X	X
24-uurs opvangpost			X	X
Sociaal Pedagog. Dienst	X		X	X

instelling sterk variëren, maar is nooit 100% omdat geen enkele instelling zich uitsluitend richt op de inwoners uit het Registergebied.

In tabel 1 staan de voor de beide Registerregio's beschikbare GGZ-voorzieningen en wordt vermeld of de instelling ook betrokken was bij de zogenaamde censustelling.

Niet alle intramurale voorzieningen die in de noordelijke Registerregio aanwezig zijn, zijn ook in de zuidelijke Registerregio aanwezig. Zo ontbreken in het zuiden een instituut voor kinderpsychiatrie, een TBR-kliniek en een verslavingskliniek. De instituten voor de zwakzinnigenzorg zijn in het zuiden weliswaar aanwezig maar ontbreken in de zogenaamde censustelling. Ook is psychogeriatrische dagbehandeling in het zuiden wel aanwezig maar voor de censustelling niet verzameld. In het noorden is bij de Psychiatrische Universiteitskliniek te Groningen (dus buiten de Registerregio) een crisisopvangcentrum beschikbaar en ook bij de censustelling meegenomen als het om patiënten uit de Registergemeente gaat.

In het noorden is in de Registergemeente geen crisisopvangcentrum beschikbaar, terwijl dit in het zuiden wel het geval is. In het zuiden participeren in tegenstelling tot het noorden een Medisch Kleuterdagverblijf en een Medisch Kindertehuis aan het Register. Verder is er voor het gemak in het noorden geen onderscheid gemaakt tussen de verschillende afdelingen van het Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis, hoewel bepaalde afdelingen zich duidelijk richten op een psychiatrische semimurale behandeling.

Extramuraal zijn er nog duidelijkere verschillen in het aanbod aan voorzieningen in beide regio's. Zo is het opvallend dat in tegenstelling tot het zuiden er in het noorden geen vrijgevestigde zenuwartsen beschikbaar zijn en dat het Consultatiebureau voor Alcohol en Drugs in het zuiden weliswaar beschikbaar is maar in 1981 nog niet participeert in het Register.

Het Instituut voor Multidisciplinaire Psychotherapie (IMP) is in beide regio's beschikbaar en participeert ook in de beide Registers.

In deze analyse zal het IMP verder worden meegerekend tot het Regionale Instituut voor de Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg. Het RIAGG in het zuiden omvat naast vier rayonteams en het IMP nog een drietal centrale teams te weten, het team Langdurende en Structuurele Begeleiding (LSB-team), het geriatrische team en het team Kinderen Jeugdzorg (KJZ).

Een deel van de werkzaamheden van het al eerder genoemde KOC in het zuiden is ambulant en als zodanig in het onderzoek verwerkt onder '24-uurs opvangpost'. De sociaal-pedagogische dienst is mede in verband met de participatie van het Medisch Kleuterdagverblijf en het Medisch Kindertehuis in het zuiden betrokken bij het Register. De sociaal-pedagogische dienst is daar namelijk de instantie die de verwijzing naar de semimurale voorzieningen verzorgt.

Samenvattend kunnen we stellen dat met betrekking tot de ouderen

in de beide regio's dezelfde soort en voorzieningen aanwezig zijn en participeren aan de zogenaamde censustelling (met uitzondering van de psychogeriatrische dagbehandeling in het zuiden). Met betrekking tot de volwassenen moet worden opgemerkt dat er geen vrijevestigde zenuwartsen in het noorden zijn. Van alle aanwezige extramurale voorzieningen ontbreekt in het zuiden alleen het CAD aan de censustelling.

Met betrekking tot kinderen hebben de beide regio's een duidelijk verschillend pakket aan voorzieningen. Intramurale instituten voor kinderpsychiatrie ontbreken in het zuiden, en omdat men het idee heeft dat deze functie voor een deel wordt ingevuld door het Medisch Kleuterdagverblijf en 't Medisch Kindertehuis zijn beide laatste in tegenstelling tot het noordelijk Register van het begin bij het Register betrokken.

Een doorsneedag

In navolging van de definiëring van Camberwell (zie Wing, 1972) worden in de census opgenomen, c.q. op een doorsneedag geteld:

1. Alle patiënten die op die dag (de zgn. peildatum) worden of zijn opgenomen in één der intramurale instellingen, uitgezonderd degenen die op die dag worden ontslagen, en alle patiënten die op de peildatum in een semimurale voorziening wonen of die bezoeken;

2. Alle patiënten die zowel vóór als na de peildatum een ambulante contact met een GGZ-instelling hebben met een maximale tussenperiode van drie maanden;

3. Alle patiënten die omstreeks de peildatum overgaan van de ene GGZ-instelling naar een andere (bijv. van intramuraal naar extramuraal) mits de periode tussen het contact met de twee instanties niet meer dan drie maanden bedraagt. Met onderstaand voorbeeld zal worden toegelicht wie *wel* en wie *niet* in de census werd opgenomen:

-A heeft een ambulante contact op 10 januari en op 6 april 1981. Omdat de tussenliggende periode minder is dan drie maanden wordt A dus in de census opgenomen.

-B wordt op 7 februari ontslagen uit een psychiatrisch ziekenhuis en heeft een ambulante contact op 3 juni 1981. De tussenliggende periode is niet langer dan drie maanden waardoor B *niet* in de census wordt opgenomen.

Figuur 2: Censuscriteria

In tabel 2 presenteren wij per instelling het aantal patiënten per 1000 van de bevolking in beide Registerregio's.

Met 'eerste instelling' bedoelen wij dat iemand tijdens de periode van 1 januari 1981 tot en met 30 juni 1981 een van deze instellingen als eerste instelling heeft.

Uit tabel 2 blijkt dat op een willekeurige dag in het noorden 9.59 personen per 1000 van de bevolking in contact waren met de GGZ, in het zuiden was dit 9.76 per 1000 van de desbetreffende bevolking. Wanneer we de instellingen die in de beide regio's voorkwamen maar in één van beide regio's niet meededen aan de zogenaamde censustelling, buiten deze vergelijking laten, dan worden deze aantallen voor het noorden en het zuiden respectievelijk 7.59 en 8.13 per 1000 van de desbetreffende bevolking.

Uit tabel 2 blijkt dat andere intramurale voorzieningen dan de PAAZ

Tabel 2: De censuspatiënten op de doorsneedag in de GGZ-instellingen in de noordelijke en zuidelijke regio in absolute aantallen, percentages en per 1000 van de bevolking

	eerste instelling periode 1-1/30-6-81			
	noorden		zuiden	
	abs.	%	abs.	%
<i>intramuraal</i>				
Alg. Psych. Ziekenhuis	48	1.06	197	0.96
Psych. Afd. Alg. Ziekenh.	10	0.22	19	0.09
andere intramurale voorzieningen	83**	1.84	154***	0.75
<i>semimuraal</i>				
Medisch Kleuterdagverblijf*	—	—	93	0.45
Medisch Kinderziekenhuis*				
Dagziekenhuis*				
Pensiontehuis	7	0.15	39****	0.19
Dagbeh. Psychogeriatric*				
Crisisopvangcentrum	—	—	5	0.02
<i>extramuraal</i>				
poli-APZ	80	1.77	186	0.91
poli-PAAZ	4	0.09	167	0.81
RIAGG (incl. IMP)	176	3.90	779	3.80
CAD*	29	0.64	—	—
vrijgevest. zenuwartsen	—	—	92	0.45
24-uurs opvangpost	—	—	29	0.14
Soc. Pedag. Dienst*	—	—	240	1.17
Totaal	433	9.59	2000	9.76

* Deze instellingen worden niet in de verdere analyse betrokken.

N.B.: onder andere intramurale voorzieningen wordt verstaan: Psychogeriatrisch verpleegtehuis, zwakzinnigeninstituten, instituten voor kinderpsychiatrie, verslavingsklinieken en TBR-kliniek

Tabel 2a: Het aantal censuspatiënten dat als eerste instelling een intra-, semi-, of extramurale voorziening had in absolute aantallen en per 1000 van de bevolking (exclusief de instellingen die in beide regio's voorkwamen maar in één van beide regio's (nog) niet betrokken waren bij een register)

	noorden		zuiden	
	abs.	‰	abs.	‰
intramuraal	79	1.75	370	1.81
semimuraal	4	0.09	44	0.21
extramuraal	260	5.76	1253	6.11
Totaal	343	7.59	1667	8.13

** waarvan 16 in een psychogeriatrisch verpleeghuis, d.w.z. 0.35‰

*** uitsluitend psychogeriatrisch verpleeghuis

**** uitsluitend beschermende woonvormen

en het APZ als 'eerste instelling' meer in het noorden voorkwamen dan in het zuiden. Dit is te verklaren door de participatie in het noorden van de zwakzinnigeninstituten aan de zogenaamde census en de aanwezigheid van de verslavingskliniek, TBR-kliniek en het instituut voor kinderpsychiatrie.

Uit tabel 2a blijkt dat de aantallen opgenomen personen in de zuidelijke en noordelijke regio bijna gelijk zijn, respectievelijk 1.75 en 1.81‰. In het noorden werden echter meer mensen op de PAAZ opgenomen dan in het zuiden, respectievelijk 0.22 en 0.09‰, terwijl in het zuiden meer personen in het psychogeriatrisch verpleeghuis worden opgenomen dan in het noorden, respectievelijk 0.75 en 0.35‰.

Uit tabel 2a blijkt eveneens dat in het zuiden per 1000 van de bevolking meer semimuraal contact is dan in het noorden, respectievelijk 0.21 en 0.09‰. Hierbij dient te worden opgemerkt dat in het noorden een deel van de semimurale sector onder het APZ viel. Per 1000 van de desbetreffende bevolking is in het zuiden de extramurale sector groter dan in het noorden, respectievelijk 6.11 en 5.76‰. Uit tabel 2 blijkt dat dit verschil komt door de aanwezigheid van de vrijgevestigde zenuwartsen en de 24-uurs opvangpost namelijk 0.45 en 0.14‰. Het aandeel van de poli-APZ en de poli PAAZ te zamen is in beide gebieden bijna even groot, namelijk in het noorden 1.86‰ en in het zuiden 1.72, maar vertoont een totaal andere samenstelling. In het noorden is het aandeel van de poli-APZ bijna twee keer zo groot als in het zuiden, respectievelijk 1.77 en 0.91‰, en het aandeel van de poli-PAAZ in het noorden beduidend minder dan in het zuiden, respectievelijk 0.09 en 0.81‰.

Het aandeel van de RIAGG is in beide gebieden wat betreft de extramurale sector verreweg het grootst en in beide gebieden ongeveer

gelijk, respectievelijk in het noorden 3.90 en in het zuiden 3.80%.

Om de vergelijkbaarheid van beide gebieden te vergroten zullen wij in het nu volgende die instellingen buiten de analyse laten die weliswaar in beide gebieden voorkomen, maar in één van beide gebieden niet betrokken zijn bij de zogenaamde censustelling. Wij gaan er namelijk van uit dat de functie van de instellingen die niet in één van beide gebieden voorkomen door andere instellingen wordt vervuld. In het noorden zal bijvoorbeeld de functie van de vrijgevestigde zenuwartsen worden vervuld door de RIAGG en de poliklinieken van de PAAZ en het APZ. Tabel 3 geeft de aantallen personen in zorg weer volgens de eerder genoemde censuscriteria.

Tabel 3: De censuspatiënten in het noorden en in het zuiden in percentages en per 1000 van de betreffende bevolking naar soort zorg op de censusdag*

soort zorg	noorden		zuiden	
	%	‰	%	‰
alleen extramuraal	70	5.29	70	5.72
alleen intramuraal	19	1.44	22	1.81
combinatie	11	0.86	7	0.60
Totaal	100	7.59	100	8.13
	n=343		n=1667	

* zie pagina 120

Extramuraal is zowel in het noorden als in het zuiden procentueel de grootste categorie, namelijk 70%, gevolgd door intramuraal ($\pm 20\%$) en de combinatie van zowel intra-, semi- als extramurale zorg.

In tabel 4 wordt het aantal instellingen weergegeven waarmee men tijdens de censusperiode in contact komt.

In het noorden zijn 52 personen (15.2%) in een periode van een half jaar met meer dan één instelling in contact geweest; in het zuiden is dit 14.2% (236).

Tabel 4: Het aantal instellingen in het noorden en in het zuiden waarmee men tussen 1-1-1981 en 30-6-1981 in contact kwam

aantal instellingen	noorden		zuiden	
	abs.	%	abs.	%
één	291	84.8	1431	85.8
twee	43	12.5	160	9.6
drie of meer	9	2.6	76	4.6
Totaal	343	100	1667	100

Als personen tijdens de censusperiode bij meer instellingen komen, is het nuttig te weten met welk soort voorzieningen men in contact is geweest.

In tabel 5 worden een aantal combinaties weergegeven: de groep 'anderszins' omvat zowel andere dan vermelde combinaties tussen twee instellingen alsook combinaties waarbij drie of meer instellingen zijn betrokken.

Tabel 5: Soort zorg in de periode 1-1-1981 en 30-6-1981

soort zorg	noorden		zuiden	
	abs.	%	abs.	%
extra	228	67.1	1066	63.9
semi	2	0.6	35	2.1
intra	61	17.8	330	19.8
extra-extra	7	1.5	96	5.8
extra-intra	12	3.5	39	2.3
intra-intra	5	1.5	6	0.4
anderszins	28	8.2	95	5.7
Totaal	343	100	1667	100

Uit tabel 5 blijkt dat de categorie extramurale zorg in beide gebieden de belangrijkste soort van zorg is, respectievelijk in het noorden 67.1% en in het zuiden 63.9%. De categorie semimuraal was in beide gebieden klein, respectievelijk in het noorden 0.6% en in het zuiden 2.1%. In beide gebieden zijn tussen 1-1-1981 en 30-6-81 procentueel ongeveer evenveel personen opgenomen respectievelijk in het noorden 17.8% en in het zuiden 19.8%.

De categorie 'extramuraal naar extramuraal' laat procentueel een duidelijk verschil zien tussen beide gebieden. In het zuiden gaan meer personen van een extramurale voorziening naar een andere extramurale voorziening dan in het noorden: hierbij dient vermeld te worden dat in het zuiden 38 RIAGG-cliënten voor hun behandeling overgingen van een rayonteam – de eerste lijn binnen het RIAGG – naar een centraal team. Tenslotte willen wij enkele persoonskenmerken in de verschillende censustellingen presenteren.

In tabel 6 wordt de leeftijdsverdeling voor mannen en vrouwen weergegeven die bij de censustelling waren betrokken, in absolute aantallen en per 1000 van de betreffende bevolkingscategorie. Uit tabel 6 blijkt dat in het noorden per 1000 van de desbetreffende bevolking zowel voor mannen als vrouwen beduidend meer jongeren in contact zijn met de GGZ dan in het zuiden, respectievelijk 5.80‰ in het noorden versus 0.88‰ in het zuiden. De leeftijdscategorie 18-40 is voor beide geslachten in beide gebieden ongeveer gelijk, maar de categorie 41-64 is voor beide geslachten in het zuiden beduidend hoger dan

Tabel 6: De censuspopulatie naar leeftijd en geslacht* in het noorden en het zuiden in absolute aantallen en per 1000 van de betreffende bevolking

leeftijd	noorden				zuiden			
	M abs.	%	V abs.	%	M abs.	%	V abs.	%
0-17	40	6.49	35	5.80	23	0.88	22	0.88
18-40	62	7.50	74	8.67	277	7.22	349	9.62
41-64	30	5.71	34	5.95	280	10.28	330	11.94
65 e.o.	19	9.17	49	15.62	114	11.65	265	18.28
Totaal	151	6.94	192	8.20	694	6.83	966	9.35

* Van 7 personen in het zuiden was het geslacht onbekend

in het noorden, respectievelijk $\pm 11.00\%$ in het zuiden versus 5.80% in het noorden. De leeftijdscategorie 65 jaar en ouder is in het zuiden zowel voor mannen als vrouwen bijna 3.00% meer dan in het noorden; in beide gebieden echter is dit zowel voor mannen als vrouwen de grootste categorie.

De belangrijkste overeenkomsten in dit eerste vergelijkende onderzoek met twee Registers voor de Geestelijke Gezondheidszorg kunnen als volgt worden 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;
- het RIACG heeft in beide regio's een groot aandeel aan de verleende zorg;
- de semimurale zorg is in beide gebieden gering.

Als belangrijkste verschillen noemen wij de volgende:

- de polikliniek van het APZ in het noorden heeft een groter aandeel aan de totale verleende zorg dan dezelfde voorziening in het zuiden, terwijl voor de polikliniek van de PAAZ het omgekeerde geldt;
- in het noorden is de leeftijdsgroep van 0-17 jaar aanzienlijk groter dan in het zuiden.

Discussie

De hier gepresenteerde informatie verkregen vanuit twee Registers voor de Geestelijke Gezondheidszorg laten duidelijke verschillen en overeenkomsten zien tussen twee regio's.

Wellicht zijn de overeenkomsten frappanter dan de verschillen te meer indien men bedenkt dat de structuur van de GGZorg in beide regio's duidelijke verschillen vertoont. Immers het zuiden kent enkele

praktijken van vrijgevestigde zenuwartsen en vooral de polikliniek van de PAAZ heeft in het zuiden een omvangrijke cliëntèle. Daarnaast is nog van belang om te vermelden dat het RIAGG in het zuiden al geruime tijd (vanaf 1977) functioneert als een multifunctionele AGGZ-instelling waarbij van de vroegere organisatiestructuur met afzonderlijke bureaus (SPGD, LGV, MOB, SPD) nog maar weinig is terug te vinden.

Een belangrijk verschil tussen beide censuspopulaties is gelegen in de leeftijdsopbouw. Met name blijkt dat in het noorden meer jongeren (0-17 jaar) in contact staan met de GGZorg-instellingen. Dit is vrijwel geheel te verklaren uit het gegeven dat het RIAGG in het zuiden naar verhouding veel minder jongeren ziet dan het noordelijke RIAGG (LGV, SPD, SPGD, IMP en MOB te zamen). Een deel van de behandeling van kinderen vindt bij het zuidelijke RIAGG plaats binnen de zogenaamde rayonteam – de 'eerste lijn' binnen het RIAGG – terwijl pas indien specifieke behandelingsvormen gewenst zijn er een interne doorverwijzing plaatsvindt naar het centrale team Kinder- en Jeugdzorg. Ingang bij het rayonteam van een 'opvoedingsprobleem' kan echter – al dan niet terecht – vertaald worden naar een probleem van de ouder(s) en de ouder(s) wordt ingeschreven als cliënt. Uiteraard zal dit niet altijd gebeuren, maar wellicht is het een deel van de verklaring hoe de gekozen organisatievorm consequenties heeft voor de wijze wie geholpen wordt en dus ook voor de daaruit gedestilleerde informatie.

Een waarschuwing is dus op zijn plaats. Men moet bedenken dat de gepresenteerde informatie eerder een weerspiegeling is van het aanbod en de structuur van de voorzieningen dan van de behoefte aan voorzieningen (zie Van Weerden-Dijkstra en Giel, 1974). Zo kan men uit de bevinding dat er in het zuiden meer semimurale zorg voorkwam dan in het noorden niet concluderen dat er in het noorden minder behoefte is aan semimurale zorg. Echter wel dat er in het zuiden meer semimurale zorg beschikbaar was dan in het noorden. De behoefte van de bevolking aan voorzieningen kunnen wij niet met prevalencecijfers meten.

De behoefte van een bevolking is waarschijnlijk sterk variabel en afhankelijk van de introductie van voorzieningen en van hun veronderstelde of bewezen succes. En daar het aannemelijk is dat het soort stoornissen in de twee vergeleken populaties niet sterk verschilt, zijn de hier gepresenteerde gegevens vermoedelijk voornamelijk een weerspiegeling van het aanbod aan voorzieningen. Een veelvuldig gestelde vraag of twee regionale Registers voldoende zijn om het landelijke beleid van informatie te voorzien moet dan ook ontkennend worden beantwoord. In elk gebied waar een samenhangend geheel van voorzieningen in de toekomst aanwezig zal zijn, bijvoorbeeld op provinciaal of op RIAGG-niveau, zal een register een uitstekende informatiebron zijn voor de planning en het beleid ten aanzien van Geestelijke Gezondheidszorgvoorzieningen en de evaluatie daarvan. Elk registratiesysteem toont namelijk uitsluitend het aanbod van voorzieningen aan en

wat er binnen de voorzieningen plaatsvindt. En elk gebied zal mede door het autonome beleidskader een verschillend aanbod aan voorzieningen hebben.

Literatuur

- Baldwin, J. A. (1973), Linked record medical informationsystems. *Proc. R. Soc. Lond. B.* 184, 403.
- Giel, R., en G. H. M. M. ten Horn (1976), Een psychiatrisch register als basis voor planning. *T. v. Soc. Geneeskunde* 54, 148.
- Graaf, A. C. de, en G. H. M. M. ten Horn (1975), Psychiatrische patiëntregisters in Engeland, Denemarken en Nederland anno 1975. *T. v. Soc. Geneeskunde* 53, 829.
- Weerden-Dijkstra, J. R. van, en R. Giel (1974), Mededelingen uit het Centrale Patiënten-Register voor psychiatrische ziekenhuizen en universiteitsklinieken. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 16, 453.
- Wing, L., a.o. (1968), Camberwell Cumulative Psychiatric Case Register. Part I Aims and Methods, *Soc. Psychiatry* 3, 116.
- Wing, J. K., and A. Hailey (1972), *Evaluating a community psychiatric service: Camberwell Register 1961-1971*. Oxford Press, Oxford.
- World Health Organization (1983), *Psychiatric case registers, report on a working group*. Mannheim 5-6 may.

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

The treated 'one-day prevalence' of mental illness: a comparative study with two mental health case registers.

'One-day prevalence' figures from the two Dutch psychiatric case-registers have been compared. Findings suggest remarkable similarities. In both areas most people contacted out-patient services, especially the so called Regional Institutes for Ambulatory Mental Health Care (RIAGG).

The age-distribution of registered patients differed in both areas; in the north considerably more children were in care than in the south.

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 ambulante 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 aaneenkoppeld 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 onderzoekingen 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 dubbeltellingen)	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 kinderpsychiatrie, 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 dubbelstellingen 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 KrisisOpvang-Centrum (zuiden) plaats vinden bij afwezigheid van die voorziening in het noorden in een van de intramurale voorzieningen zullen geschieden, is in tabel 2a het KrisisOpvang-Centrum 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 registratiegebied. Laten we de zwakzinnigheidszorg 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 gepercenteerd)

	Noordelijke gebied		Zuidelijke gebied	
	In zorg	Eerder elders in zorg	In zorg	Eerder elders in zorg
	abs.(%)	abs.(%)	abs.(%)	abs.(%)
GGZorg-voorz.				
<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)	- -	- -
ln.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 vrijevestigde 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 jr.	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-/geslachts categorie 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

Tabel 5: Voor de patiënten die intramuraal (exclusief de zwakzinnigenzorg en het KrisisOpvangCentrum) behandeld zijn (1981): de leeftijd tegen de diagnose in absolute aantallen en verticaal geprocenteerd.

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

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

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 diagnoses 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.

H.J.F.R. Hamers and F.G. Brook

The treated year-prevalence of mental illness in two register-areas

Year-prevalence figures from two Dutch psychiatric case-registers have been compared. Although the findings suggest some remarkable similarities, there seem to exist some differences between the mental health care in both areas.

In general we could replicate our first comparative findings (one-day prevalence). In both areas most people contacted out-patient services, especially the so called Regional Institutes for Ambulatory Mental Health Care (RIAGG).

The diagnostic distribution showed some differences for the patients who were admitted.

DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG EN HAAR RISIKOGROEPEN

H. J. F. R. Hamers, G. A. M. Driessen

Rijksuniversiteit Limburg, capaciteitsgroep Sociale Psychiatrie

Met behulp van een psychiatrisch case register werden voor onderscheiden leeftijds-, geslachts- en burgerlijke staat categorieën de administratieve incidentiecijfers (per 1000 inwoners in de desbetreffende categorieën) bepaald. Hieruit bleek dat er enkele risikogroepen in de populatie aanwezig zijn: sommige categorieën komen meer dan verwacht met de GGZ in aanraking, andere minder.

INLEIDING

Uit diverse bevolkingsonderzoeken blijkt dat niet iedereen in een populatie dezelfde kans heeft psychische stoornissen te hebben. Zo vonden Henderson e.a. (1981) dat er ten aanzien van de burgerlijke staat grote verschillen aanwezig zijn in de prevalentietallen. Onder de gescheiden personen werden de grootste prevalentie-rates geconstateerd. Ook met het toenemen van de leeftijd bleek dat er meer mensen problemen aangaande hun geestelijke gezondheid hebben.

In ons land werd een kleine tien jaar geleden een omvangrijk bevolkingsonderzoek (BAVO-rapport 1978) uitgevoerd; de gegevens van dit onderzoek werden onlangs verder geanalyseerd en gepubliceerd (Offerhaus, 1984). Hieruit bleek dat zowel de ervaren problemen alsook de hulpbehoefte gekorreleerd zijn met leeftijd, geslacht, burgerlijke staat, sociale klasse en urbanisatiegraad van de woonplaats.

Men mag dan ook verwachten, dat een aantal categorieën in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) oververtegenwoordigd zullen zijn. Echter zoals bekend komt slechts een zeer klein deel van de mensen met psychische stoornissen in contact met de GGZ; tussen de populatie en de GGZ functioneren enkele filters (Goldberg 1981), waarbij o.a. aan de huisarts een belangrijke rol wordt toegekend. Bovendien wordt het aantal personen dat met de GGZ in contact komt, waarschijnlijk in hoge mate bepaald door de omvang, de toegankelijkheid en de veronderstelde of ervaren effectiviteit van de GGZ.

Sprekend over de patiënten in behandeling bij de GGZ, mogen wij dus niet zonder meer vaststellen, dat bepaalde categorieën – omdat zij zijn oververtegenwoordigd – een slechtere geestelijke gezondheid bezitten. Ondanks dat, is het frappant dat in de GGZ categorieën oververtegenwoordigd zijn, die vanuit de resultaten van bevolkingsonderzoeken als risikogroepen geïdentificeerd zijn.

Zo bijv. vond men in enkele recente vergelijkende studies, dat hoogbejaarden meer dan gemiddeld in behandeling bij de GGZ waren (Brook & Hamers 1985, Hamers & Brook 1986). Soortgelijke bevindingen werden al eerder gevonden; zowel als de gehele intramurale GGZ in Nederland bekeken werd (Van Weerden & Giel 1975) alsook indien men de bij de gehele GGZ in behandeling zijnde populatie van een regio onderzocht (Giel & Ten Horn 1981).

Hier willen wij rapporteren over mogelijke risikogroepen in de GGZ, waarbij wij een uitsplitsing maken naar de soort zorg die ontvangen wordt. Naast de vraag 'wie heeft een vergrote kans op een GGZ-behandeling' is het van belang aan te geven wie een overgrote kans heeft intramuraal behandeld te worden, omdat toch aangenomen mag worden dat dit in het algemeen de ernstiger vormen van psychopathologie betreft.

Ten slotte: indien aangetoond kan worden, dat in verschil-

lende gebieden dezelfde risikogroepen aanwezig zijn, hebben wij een goede aanleiding te veronderstellen dat er weliswaar filters tussen de populatie en de GGZ zijn, maar dat deze filters niet selectief werken. De populatie in behandeling bij de GGZ geeft dan een weerspiegeling van wat in de populatie aan psychische stoornissen aanwezig is en welke categorieën – b.v. naar demografische variabelen – een slechtere geestelijke gezondheid bezitten.

METHODE

Om de vragen te beantwoorden is gebruik gemaakt van gegevens opgeslagen in het register voor de GGZ in de regio Maastricht e.o. (populatie ca. 200.000). Dit register is opgezet naar analogie van het register voor een middelgrote gemeente in het noorden van Nederland (Giel & Ten Horn 1976).

Het belangrijkste kenmerk van een dergelijk register, is dat de gegevens van de patiënten in behandeling bij de GGZ op een centrale plaats bijeen gebracht worden en de gegevens per patiënt aaneengekoppeld worden. Deze koppeling is vanwege privacyoverwegingen opgezet als een waarschijnlijkheidskoppeling (Baldwin 1973, Hamers e.a. 1986), waarbij de naam van de patiënt voor de onderzoekers onbekend blijft. Omdat het aantal patiënten, dat gedurende één jaar in contact met twee of meer GGZ-voorzieningen komt, groot is – in 1981 bijna 20% (Hamers e.a. 1985) – is het alleen middels een register praktisch mogelijk om (administratieve) incidentie- en prevalentietellingen uit te voeren; d.w.z. zonder dat er dubbelstellingen plaatsvinden. Over 1981 zijn de patiënten bepaald die – na de drie laatste maanden in 1980 geen behandeling in de GGZ te hebben ondergaan – nieuw in de GGZ verschijnen; de z.g. incidentiegevallen¹.

Om te onderscheiden naar soort zorg hebben wij aparte groepen patiënten gevormd; n.l. diegenen die gedurende 1981 alleen met de extramurale GGZ in aanraking kwamen en die patiënten die (ook) bij tenminste een intra- of een semimurale voorziening in behandeling geraakten (al dan niet gekombineerd met extramurale zorg).

Alvorens wij de eigenlijke analyses gestart zijn, is gekontrolleerd of de gehanteerde variabelen gekorreleerd zijn met de eerste kontaktdatum in 1981. Dit bleek niet het geval; alle te bespreken categorieën patiënten hebben evenveel tijd in 1981 om met bepaalde voorzieningen in aanraking te komen.

De resultaten worden grotendeels in grafiekvorm gepresenteerd; daarbij worden telkens de aantallen patiënten per 1000 inwoners in de desbetreffende categorie weergegeven.

RESULTATEN

In figuur 1 is een overzicht gegeven, waaruit blijkt dat het

Tabel 1 De nieuwe patiënten in 1981, d.w.z. alle personen woonachtig in het registergebied en na drie maanden nieuw in de GGZ; naar leeftijd en soort zorg in 1981 per 1000 inwoners in de betreffende leeftijdscategorie en in absolute aantallen (1)

Leeftijd	extramuraal per 1000 (N)	intra/semi per 1000 (N)	extra/extra per 1000 (N)	anderszins* per 1000 (N)	Totaal per 1000 (N)
-19 jr.	3.47 (203)	0.10 (6)	0.12 (7)	1.06 (62)	4.75 (278)
20-29 jr.	11.79 (412)	0.51 (18)	0.60 (21)	2.63 (92)	15.54 (543)
30-39 jr.	16.78 (523)	0.38 (12)	1.25 (39)	1.83 (57)	20.25 (631)
40-49 jr.	13.27 (336)	0.43 (11)	0.99 (25)	1.58 (40)	16.27 (412)
50-59 jr.	9.14 (212)	0.39 (9)	0.69 (16)	1.55 (36)	11.76 (273)
60-69 jr.	6.70 (115)	0.64 (11)	0.17 (3)	1.40 (24)	8.92 (153)
70-79 jr.	7.60 (88)	2.07 (24)	0.26 (3)	1.98 (22)	11.91 (138)
80 jr. e.o.	13.74 (63)	6.33 (25)	0.65 (3)	4.80 (22)	25.52 (117)
Totaal	9.45 (1952)	0.58 (120)	0.57 (117)	1.72 (356)	12.61 (2603)**

* D.w.z. intra/extra, intra/semi/extra of extra/extra

** De tussentelling wijkt af vanwege onbepaalde in een van beide variabelen

Figuur 1. De nieuwe patiënten in 1981: d. w. z. alle personen woonachtig in het registratiegebied en na drie maanden nieuw in de GGZ. Naar leeftijd en soort zorg in 1981 per 1000 inwoners in de desbetreffende leeftijdscategorie gekombineerd met gemiddelde aantallen per 1000 inwoners.

incidentiecijfer in 1981 voor de regio Maastricht e.o. 12.61 per 1000 inwoners is (zie ook tabel 1). Vanwege de leesbaarheid hebben wij in de grafieken gemiddelden opgenomen, waardoor gemakkelijk afleesbaar is in welke categorieën duidelijk afwijkend in positieve of negatieve zin scoren. Voor alle categorieën gezamenlijk is het extramurale (alleen extramurale zorg in 1981) incidentiecijfer 10.02 en het intramurale (met tenminste een intra/semimurale voorziening in contact gedurende 1981 al dan niet gekombineerd met een extramurale voorziening) incidentiecijfer 2.30 per 1000 inwoners. Duidelijk is te zien dat met het stijgen van de leeftijd – boven de 70 jaar – de kans groter wordt met de GGZ in aanraking te komen: dit geldt vooral voor wat betreft de intramurale zorg. De leeftijdscategorie van 30-39 jaar – en in iets mindere mate de groep daaronder en daarboven – kent grote aantallen per 1000 inwoners in de desbetreffende categorie extramuraal in behandeling, terwijl de categorie 20-29 jaar meer dan gemiddeld intramuraal in behandeling komt. In figuur 2 is naar burgerlijke staat weergegeven hoeveel patiënten er per 1000 inwoners in de desbetreffende katego-

Figuur 2. De nieuwe patiënten in 1981: naar burgerlijke staat en soort zorg gekombineerd met gemiddelden (alles per 1000 inwoners).

rie in behandeling komen; ook is een onderscheid gemaakt naar soort zorg. De categorie gescheidenen scoort duidelijk hoger dan gemiddeld wat betreft zowel de extra- als ook de intramurale zorg. De categorie weduwnaars scoort hoog wat betreft de intramurale zorg, maar laag wat betreft de extramurale zorg; de ongehuwden en de gehuwden blijven voor beide soorten zorg onder het gemiddelde.

Daar leeftijd en burgerlijke staat met elkaar aan doen hebben is het noodzakelijk om meer gedetailleerd te bezien hoe de getallen per 1000 voor de te onderscheiden categorieën – naar leeftijd, geslacht en burgerlijke staat – uitvallen.

In figuur 3a zijn de aantallen (per 1000) ongehuwde vrouwelijke incidentiegevallen weergegeven en wel naar soort zorg gedurende 1981. Om vergelijkingen mogelijk te maken is daarover de leeftijdsverdeling naar zorg voor de totale patiëntenpopulatie per 1000 inwoners geprojecteerd. Intramuraal valt op, dat de ongehuwde vrouwen in alle leeftijds-categorieën hoger dan gemiddeld uitkomen; extramuraal geldt dat ook uitgezonderd voor de oudere ongehuwde vrouwen (70+) en de jonge ongehuwde vrouwen (0-19 jaar). Uit figuur 3b blijkt dat vanuit de categorie gehuwde vrouwen in het algemeen er minder als patiënt in de GGZ verschijnen. De uitzondering betreft de gehuwde vrouwen van 80 jaar en ouder in extramurale behandeling en de jongste categorie gehuwde vrouwen (zowel extramuraal als ook intramuraal in behandeling). Wat betreft de weduwen (figuur 3c) is het opvallend dat jonge weduwen meer dan gemiddeld extramuraal behandeld worden, terwijl intramuraal de categorieën 50-59 jaar en 70 jaar en ouder hoger dan gemiddeld scoren. Afgezien van de jonge weduwen scoren de andere leeftijden extramuraal laag. De categorie gescheiden vrouwen (figuur 3d) geeft voor vrijwel alle leeftijdscategorieën grote aantallen per 1000 inwoners te zien. Dit geldt voor zowel de intramurale zorg als ook de extramurale zorg.

Voor de mannen hebben wij een analoge serie van vier grafieken opgenomen.

Uit figuur 4a blijkt dat ongehuwde mannen in het algemeen minder dan gemiddeld extramuraal, maar meer dan gemiddeld intramuraal in zorg komen. De gehuwde mannen (figuur 4b) komen zowel intra- als ook extramuraal in het algemeen minder dan gemiddeld in behandeling, terwijl de weduwnaren (figuur 4c) een extramurale piek voor de categorie van 40-49 jaar kennen. Intramurale scoren de weduwnaren vanaf 70 jaar ongeveer gemiddeld; de weduwnaren van 60 tot 70 jaar komen intramuraal meer dan gemiddeld in behandeling.

De gescheiden mannen (figuur 4d) scoren in het algemeen (intra- en extramuraal) duidelijk hoger dan gemiddeld.

Vergelijken wij mannen en vrouwen in de diverse leeftijds- en burgerlijk staat categorieën, dan blijkt dat ongehuwde vrouwen (per 1000 inwoners in de desbetreffende categorie) meer kans hebben in behandeling te komen dan ongehuwde mannen. Ongehuwde mannen hebben meer kans intramuraal behandeld te worden; ongehuwde vrouwen hebben intra- en extramuraal een meer dan gemiddelde kans met GGZ in contact te komen.

Gehuwde mannen blijken in het algemeen hoger te scoren dan gehuwde vrouwen (uiteraard weer per 1000 inwoners in de desbetreffende categorie); gehuwden scoren echter voor de meeste leeftijdscategorieën minder dan gemiddeld. De weduwen en weduwnaars geven beiden een piek te zien als zij relatief jong zijn (en dan gaat het voornamelijk om extramurale behandeling); op hogere leeftijd scoren beide categorieën minder dan gemiddeld. Gescheiden vrouwen komen (per 1000 inwoners in de betreffende categorie) meer in behandeling dan mannen: beide categorieën gescheidenen hebben in vrijwel alle leeftijdscategorieën een meer dan gemiddelde kans om met de GGZ in aanraking

Figuur 3. Vrouwelijke patiënten in 1981: naar leeftijd en soort zorg gekombineerd met de gemiddelde leeftijdsverdeling (naar soort zorg en per 1000 inwoners)

Figuur 4. Mannelijke patiënten in 1981: naar leeftijd en soort zorg gekombineerd met de gemiddelde leeftijdsverdeling (naar soort zorg en per 1000 inwoners)

te komen.

Tot nu toe hebben wij enkele categorieën de revue laten passeren, zoals die voor de gehele regio in behandeling komen. Echter binnen de regio kent de stad Maastricht een hoger incidentiecijfer dan het overige deel, grotendeels bestaand uit ruraal en gesuburbaniseerd gebied. Bovendien blijkt de stad Maastricht, indien deze naar buurten wordt opgedeeld, een grote variatie te kennen in het incidentiecijfer. Het valt buiten het kader hier over deze resultaten uitgebreid te rapporteren. Wel is ons gebleken dat er ongeacht de gekozen geografische eenheid (te weten de buurten van Maastricht en het meer ruraal deel van de registerregio) met name de categorie gescheidenen zeer geprononceerd als risicogroep naar voren kwam. Anders gezegd: een geografische eenheid met een hoog incidentiecijfer kent een (zeer) hoog incidentiecijfer voor de gescheiden populatie, maar datzelfde geldt ook voor een geografische eenheid met een laag incidentiecijfer.

Samenvattend bleek dat het incidentiecijfer - 12.61 per 1000 inwoners - een zeer globaal cijfer is en dat er een grote variatie bestaat als gekeken wordt naar categorieën gevormd door leeftijd, geslacht en burgerlijke staat. Ook bleek dat een opdeling van de gehele registerregio naar diverse geografische eenheden verschillen te zien gaf met betrekking tot het incidentiecijfer.

Daarnaast is het duidelijk, dat sommige categorieën in sterke mate op de intramurale zorg aangewezen zijn, terwijl andere categorieën vrijwel alleen maar - zij het enkele in sterke mate - gebruik maken van extramurale GGZ-voorzieningen.

Als niet naar soort zorg gespecificeerd wordt, dan blijken de categorieën ongehuwde mannen en vrouwen tot 20 jaar weinig in behandeling te komen (resp. 3.44 en 4.21 per 1000); ook gehuwde zestigers blijken per 1000 inwoners in de leeftijdscategorie maar weinig met de GGZ in aanraking te komen (mannen en vrouwen resp. 4.71 en 6.10).

De gescheidenen scoren over alle leeftijden hoge aantallen per 1000. Het is opvallend dat de dertigers in vrijwel alle categorieën (geslacht en burgerlijke staat) grote aantallen nieuwe patiënten leveren: dit geldt in sterke mate voor de ongehuwden (mannen en vrouwen resp. 23.49 en 29.17 per 1000) en voor de gescheidenen (mannen en vrouwen resp. 42.62 en 82.29). Voor wat betreft de gehuwde dertigers bestaat de zorg maar voor een klein deel uit intramurale zorg (mannen en vrouwen resp. 0.68 en 1.97), terwijl dit voor de ongehuwden en de gescheidenen duidelijk anders ligt (ongehuwde mannen en vrouwen resp. 6.78 en 4.02; gescheiden mannen en vrouwen resp. 7.61 en 20.92 per 1000).

Tenslotte bleek dat er weliswaar grote geografische verschillen met betrekking tot de hoogte van het incidentiecijfer bestaan, maar dat telkens dezelfde risicogroepen naar voren komen.

DISKUSSIE

Enige voorzichtigheid bij het interpreteren van de resultaten is geboden, omdat de informatie gebaseerd is op de incidentiegevallen van een jaar en omdat enkele categorieën (in de regiopopulatie en in de patiëntenpopulatie) klein zijn en er zodoende toevalstrekkers in het materiaal kunnen zitten. Dit laatste zou bijv. kunnen gelden voor de gescheiden vrouwen boven de 80 jaar. Desondanks wijkt de hier gepresenteerde informatie niet af van de resultaten van andere onderzoeken; telkens blijken er in grote lijnen dezelfde categorieën als 'geval' oververtegenwoordigd, waarbij het er kennelijk weinig toe doet of de informatie verkregen wordt middels bevolkingsonderzoek dan wel met behulp van zogenaamd loketonderzoek. Een van de verschillen tussen beide vormen van onderzoek vormt de

gevalsdefinitie; in het loketonderzoek is de aangemelde patiënt een geval, terwijl in het bevolkingsonderzoek van een persoon informatie omtrent het al dan niet geval zijn wordt verkregen met behulp van inmiddels verijnd ogende meetinstrumenten en onderzoeksdesigns. Daarbij lijkt het goed in herinnering te brengen dat het instrument dat in het bevolkingsonderzoek het criterium inzake caseness geeft (PSE: zie Verhey 1981) afkomstig is vanuit de (intramurale) GGZ en daarin zijn validiteit vindt.

Onlangs verscheen er vanuit het zgn. regioprojekt in Nijmegen (Hodiamont e.a. 1986) interessante informatie betreffende de overeenkomsten en de verschillen tussen psychosociale en psychiatrische gevallen. Een dergelijk onderscheid naar soort gevallen is met behulp van een psychiatrisch case register niet te maken. Dat is dan ook de reden waarom er door ons een onderscheid gemaakt is naar soort zorg die in 1981 ontvangen werd: wij veronderstellen daarbij dat de intramurale zorg vrijwel exclusief bestemd is voor die patiënten die als een psychiatrische case aan te merken zijn en dat in de extramurale zorg een menging aanwezig zal zijn van psychosociale en psychiatrische gevallen. En dan blijkt in het algemeen, dat indien een categorie intramuraal als risicogroep naar voren komt, dit ook extramuraal het geval is. Uitzonderingen in dit patroon komen zeker voor: met name voor de - vooral de jongere - mensen in de weduwstaats, die veel extramuraal en weinig intramuraal in behandeling verschijnen en voor de ongehuwde mannen waarvoor het tegenovergestelde patroon geldt. Hodiamont e.a. (1986) vonden dat van alle psychiatrische gevallen bijna driekwart ook een psychosociaal geval was: wij constateren dat extramuraal (psychiatrische en psychosociale gevallen) en intramuraal (psychiatrische gevallen) dezelfde bevolkingsgroepen als risicogroepen naar voren komen. Vanuit een momentopname, zoals die hier gepresenteerd is, kan uiteraard geen causale interpretatie gedestilleerd worden. Desondanks blijkt wel dat de gekonstateerde risikovolte momenten (en/of situaties) in een mensenleven korresponderen met enkele theoriefragmenten. Enerzijds zijn er in een mensenleven periodes met verhoogde risico's, zoals aan het begin van de volwassen levensfase en tijdens het senium. Anderzijds zou een analoog model aan dat van Brown en Harris (1978) gehanteerd kunnen worden: personen die geen bevredigende en langdurige relatie met een ander opgebouwd hebben - en deze zullen oververtegenwoordigd zijn in de niet-gehuwden categorieën - missen een beschermde faktor. Bovendien zullen in deze zelfde categorieën de personen oververtegenwoordigd zijn die (recent) een belangrijke gebeurtenis als 'provokatie-agent' meegemaakt hebben. Beide theoriefragmenten vullen elkaar aan en verschaffen zodoende een interpretatiekader aan het hier gepresenteerde materiaal.

Het nadeel van loketonderzoek is dat mogelijk causale relaties niet rechtstreeks te leggen zijn: de vraag in hoeverre sociale factoren een bijdrage leveren aan het ontstaan van psychische stoornissen zal middels andersoortig onderzoek opgelost moeten worden. De pogingen daartoe (o.a. Henderson 1981) zijn prijzenswaardig, maar de resultaten daarvan kunnen vertekend zijn: dit omdat het individu in een dergelijk onderzoek van zijn sociaal-kulturele maar vooral van zijn historische context geïsoleerd bezien wordt.

Tenslotte kan de vraag gesteld worden of, indien zo consistent telkens dezelfde risicogroepen naar voren komen - bepaald als 'administratieve cases' of als 'true-cases' - niet gekonkludeerd mag worden, dat de administratief bepaalde incidentie een goede verhoudingsmaat is voor de geestelijke gezondheid van (sub)populaties onder voorwaarde dat het hulpaanbod vanuit de GGZ t.b.v. de (sub)populaties dezelfde is (De Vries en Hamers 1984; De Vries e.a. 1986). Echter alleen al door de faktor afstand is het hulpaanbod -

vooral geconcentreerd in de stad Maastricht – niet gelijk voor de gehele regio-populatie. Er mag vanuit de gepresenteerde informatie niet gekonkludeerd worden dat in de populatie van een (grotere) stad meer psychische stoornissen aanwezig zijn dan in de populatie van meer rurale gebieden (alhoewel dit op andere gronden wel waarschijnlijk is).

Voor de afzonderlijke buurten van Maastricht kan aan de voorwaarde van een gelijk hulpaanbod voldaan worden, omdat zodoende voor afstand gecontroleerd wordt. Ondanks dat blijkt dan dat de administratieve incidentiecijfers grote verschillen te zien geven tussen de buurten en komen er telkens – of de buurt nu een hoog of een laag incidentiecijfer kent – dezelfde risicogroepen naar voren.

NOOT

1. De registratie t.b.v. het register is op 1 januari 1981 gestart; daarbij is in iedere instelling drie maanden teruggekeken om vast te stellen welke patiënten 'nieuw' in 1981 verschenen.

SUMMARY

We have established a psychiatric case register in an area with a population of approximately 200,000 inhabitants (Hamers et al. 1986); the incidence-rate in 1981 was 12.61 per 1000 inhabitants. Earlier studies showed for different Dutch areas compatible prevalence- and incidence-rates (Brook, Hamers 1985, Hamers, Brook 1986, Giel, Ten Horn 1981).

In this study we show that some categories have a greater chance to contact the mental health services. Especially (very) old people and divorced people are considered to be high risk groups. In the discussion we gave some theoretical considerations about possible causal explanations.

LITERATUUR

- Baldwin, J. A., Linked medical information systems. *Proc. R. Soc. Lond.* 184 (1973) 403-420.
Bavo-rapport, Van probleem tot psychiatrie, 3e rapport visie commissie 1978

Brown, G. W. & T. Harris, Social origins of depression. Tavistock Publications, Londen 1978

Brook, F. G. & H. J. F. R. Hamers, GGZ gepeild. Een vergelijkend onderzoek met behulp van twee registers voor de geestelijke volksgezondheid. *T. Psychiatrie* 27 (1985) 115-127

De Vries, M. W. & H. J. F. R. Hamers, Mental health care and morbidity. The use of the case register in refining epidemiological research. *T. Soc. Gezondheidszorg* 62 (1984) 504-506

De Vries, M. W., H. J. F. R. Hamers & F. Sturmans, The use of the case register in economizing epidemiological research. Te verschijnen in Ten Horn, Giel & Cumblinatt (eds), *Psychiatric Case Registers 1960-1985* Elsevier 1986

Giel, R. & G. H. M. M. ten Horn, Een psychiatrisch register als basis voor planning. *T. Soc. Geneesk.* 54 (1976) 148-153

Giel, R., The truth about psychiatric morbidity. *Acta Psychiat. Scand. suppl.* 285, vol. 62 (1980) 30-40

Giel, R. & G. H. M. M. ten Horn, De verhouding tussen hulp-vraag en -aanbod; risicogroepen in de GGZ. *T. Psychiatrie* 23 (1981) 504-521

Goldberg, D. & P. Huxley, Mental illness in the community. Londen 1981

Hamers, H. J. F. R., M. A. J. Romme & C. A. M. Driessen, Het (on)bedeelde gebruik van meer geestelijke gezondheidszorgvoorzieningen. *T. Soc. Gezondheidszorg* 63 (1985) 506-511

Hamers, H. J. F. R. & F. G. Brook, De GGZ in het noorden en zuiden des lands in 1981. *T. Psychiatrie* 28 (1986) 254-266

Hamers, H. J. F. R., M. A. J. Romme & M. W. De Vries, Resistance, privacy and technology: comments on the negotiations of the case register in Maastricht. In: Ten Horn, Giel & Cumblinatt (eds), *Psychiatric Case Registers 1960-1985* Elsevier 1986

Henderson, S., D. G. Byrne & P. Duncan-Jones, Neurosis and the social environment. Canberra 1981

Hodiamont, P., E. ter Heine, P. Heyendaal, J. Furer & P. Peer, Psychiatrische en psychosociale problematiek: overeenkomst en verschil. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* (1986) nr. 2, 128-144

Offerhaus, R., Nadere analyses van de St. Bavo bevolkingsenquête, 1984 Verhey, F. H. M., Langzame hersenpotentialen en gemeten gedrag. *Leiter-Nypels*, Maastricht 1981

Woerden-Dijkstra J. R. van & R. Giel, Risicogroepen voor psychiatrische opname. *T. Psychiatrie* 17 (1975) 41-47

CORRESPONDENTIEADRES

Drs. H. J. F. R. Hamers, Capaciteitsgroep Sociale Psychiatrie, RU Limburg, postbus 616, 6200 MD Maastricht, tel. 043-882229

7.3. Samenvatting

In dit hoofdstuk is de GGZ in een zuidelijke regio (ongeveer 200.000 inwoners) vergeleken met die in een noordelijke regio, bestaand uit een gemeente (ongeveer 45.000 inwoners). Globaal genomen bleken er in het zuiden meer patiënten per 1000 inwoners in behandeling dan in het noorden: zeker indien wij bedenken dat de zuidelijke cijfers met 12% (de 'weigerars'; zie ook hoofdstuk 6) vermeerderd dient te worden. Het blijkt dat met name de extramurale GGZ in het zuiden meer patiënten heeft dan de noordelijke GGZ, terwijl de intramurale zorg in beide regio's ongeveer evenveel patiënten (per 1000 van de bevolking) in behandeling heeft. De semimurale zorg, die in beide regio's klein is, blijkt in het zuiden ongeveer twee keer zo groot als in het noorden. Wat het totaal aantal patiënten in zorg betreft moet nog opgemerkt worden, dat de zuidelijke regio voor de helft uit ruraal en suburbaan gebied bestaat (waar in het algemeen de in behandeling zijnde populatie kleiner blijkt) en de noordelijke regio uit één (zij het tamelijk kleine) stad bestaat. In het algemeen kan voorzichtig geconcludeerd worden, dat de consumptie aan (algemene) gezondheidszorg in de zuidelijke regio hoog is, terwijl ook de gezondheidstoestand van de zuidelijke populatie slechter dan elders lijkt.

De resultaten beziend, mag geconcludeerd worden dat er in het zuiden meer personen bij de GGZ in behandeling zijn dan in het noorden: deze constatering wordt onderbouwd door de aanwezigheid van een relatief groot aanbod aan extramurale GGZ (zie Ypema & de Haen, 1983). Bekijken wij de verdeling over de voorzieningen, dan blijkt -indien onze blik globaal blijft- een grote mate van gelijkenis tussen beide GGZ-systemen: echter een meer gedetailleerde blik leert dat er kennelijk ook functies in de GGZ aanwezig zijn die door verschillende voorzieningen vervuld kunnen worden. Daarbij is o.a. te denken aan de relatief grote zuidelijke PAAZ-polikliniek en de relatief kleine zuidelijke APZ-poli, maar ook aan een verschuiving tussen de zuidelijke bedden in APZ en PAAZ naar bedden in het crisiscentrum (een voorziening die in het noorden niet aanwezig is) en in de psycho-geriatrische verpleegkliniek.

Ook werd geconstateerd dat categorieën -samengesteld op grond van demografische kenmerken- in beide regio's een even grote (of even kleine) kans hebben met de GGZ in contact te komen. Dit bleek, indien vergelijkingen tussen beide registergebieden gemaakt werden n.a.v. de punt- en de jaarprevalentietelling; soortgelijke bevindingen werden gevonden tijdens een studie (paragraaf 7.2.3.), die ten dele als een replicatiestudie te beschouwen is en waarin incidentiegevallen onderwerp van studie waren. Hoewel langzaamaan duidelijk werd dat generalisaties in globale zin meer mogelijk waren dan men aanvankelijk dacht, moet ervoor gewaarschuwd worden, dat de gepresenteerde informatie in sterke mate afhankelijk is van de GGZ zelf en de daarin vastliggende methodieken, opvattingen en administratieve gewoonten.

Relateren wij onze bevindingen aan de hypothesen zoals die in hoofdstuk 5 geformuleerd zijn, dan moet geconcludeerd worden dat de verschillen in de ruimte niet zo groot zijn en waar aanwezig of terug te voeren zijn tot een verschil in aanbod, of van doen hebben met een wisseling tussen voorzieningen wat betreft vergelijkbare functies of een uitdrukking zijn van de omvang van het aanbod. Een mogelijk punt van verschil heb ik in hoofdstuk 5 niet voorspeld: namelijk een verschil wat betreft het punt waarop een GGZ-systeem zich in haar ontwikkeling bevindt. Bijvoorbeeld: al geruime tijd is men in Nederland doende tot een 24-uurs bereikbaarheid in de GGZ te komen met al dan niet daaraan gekoppeld een crisisvoorziening waar mensen kortdurend opgenomen kunnen worden. Het (toevallige) feit dat dergelijke voorzieningen in het zuiden (in 1981) reeds aanwezig waren en in het noorden niet, had enkele opmerkelijke verschillen tot gevolg.

Concreet betekent dit dat de hypothese 1 t/m 4 zoals die in hoofdstuk 5 geformuleerd werden niet zonder de nodige aanvullingen en nuanceringen geaccepteerd kunnen worden. Hieronder zal ik dit meer in detail beargumenteren.

De eerste te toetsen hypothese werd als volgt geformuleerd: "de GGZ in twee regio's zal hetzelfde aantal personen (op één tijdstip, gedurende één jaar en als nieuwe patiënten per jaar) in behandeling hebben." Daarbij zij er nogmaals op gewezen dat het hier twee specifieke regio's -namelijk een middelgrote gemeente in het noorden van Nederland en de regio zuidelijk Zuid-Limburg- betreft. Op één tijdstip bleken er in het Noorden 7.59 per 1000 inwoners als patiënt bij de GGZ in behandeling en in het zuiden 8.13 per 1000 inwoners. Op jaarbasis -d.w.z. als jaarprevalentiecijfer- bleken er in het noorden 24.25 per 1000 in behandeling en in het zuiden 25.27. Het zuidelijk incidentiecijfer (1981) bleek 12.61 per 1000 inwoners en is daarmee hoger dan het eerder gepubliceerde noordelijke incidentiecijfer (Giel & ten Horn, 1981; zij geven aan, dat gemiddeld per jaar van iedere 1000 inwoners van de noordelijke registerregio er in de periode 1974-1978 10.5 patiënt in de GGZ wordt).

Echter het zuiden heeft een 'weigerpercentage' (zie ook 6.2.2), het noorden niet. Wat betreft de prevalentiecijfers ontstaan dan voor het zuiden respectievelijk het noorden de volgende waarden: 9.11 (puntprevalentie) en 28.30 (jaarprevalentie) en 7.59 en 24.29 per 1000 inwoners. Het blijkt dan dat in het zuiden meer patiënten bij de GGZ in behandeling zijn en komen (met een incidentiecijfer van 14.1 tegenover 10.5 per 1000 inwoners).

De eerste hypothese in de hierboven geformuleerde vorm dient verworpen te worden; toetsing van de tweede kan ons leren hoe de eerste hypothese geherformuleerd dient te worden. Deze tweede hypothese luidt als volgt: "de verdeling per regio van patiënten over de echelons zal eenzelfde beeld tonen."

Uit de punt- en jaarprevalentietelling blijkt dat deze hypothese niet te verwerpen is, alhoewel er kleine verschuivingen te zien zijn,

waarbij de zuidelijke semimurale sector iets omvangrijker is dan de noordelijke. Ook uit de aantallen per 1000 is af te leiden dat voor alle echelons in het zuiden geldt (zeker indien de 'weigeraars' meegerekend worden) dat zij meer patiënten zien dan in het noorden: dit gaat echter vooral op voor de extramurale GGZ.

Uit de bespreking tot nu toe kan geconcludeerd worden, dat de bevinding dat het zuiden meer patiënten (per 1000) in behandeling heeft, vooral is toe te schrijven aan een groter aantal patiënten ambulant in behandeling en in wat mindere mate aan patiënten die semimuraal met de zuidelijke GGZ in aanraking kwamen.

De derde hypothese "de verdeling per regio van de patiënten over de afzonderlijke GGZ-voorzieningen zal eenzelfde beeld tonen", kan maar zeer ten dele geaccepteerd worden. Immers er blijken een aantal verschuivingen te constateren: zo is de noordelijke APZ-poli groot en de zuidelijke klein, terwijl dit voor de PAAZ-poli's juist andersom ligt. Intramuraal zijn er verschillen te constateren, waarbij het zuidelijk crisiscentrum (in het noorden afwezig) en de zuidelijke verpleegkliniek veel patiënten in verhouding tot die voorzieningen in het noorden hebben, terwijl dit voor APZ-en en PAAZ-en weer precies andersom geldt. Het lijkt er sterk op dat het zinnig is te denken in termen van noodzakelijke functies in plaats van noodzakelijke voorzieningen: zo lijkt het uit de vergelijkingen noodzakelijk dat er bijvoorbeeld (kortdurende) opnames plaatsvinden, maar dat die niet persé allemaal in een APZ of PAAZ gerealiseerd behoeven te worden. Ook blijkt er behoefte aan een meer medisch (-psychiatrisch) georiënteerde ambulante voorziening, maar die kan in wisselende verhoudingen vervuld worden door GGZ-voorzieningen als APZ- en PAAZ-polikliniek en door vrijgevestigde zenuwartsen.

Tenslotte kan hypothese 4, "de verdeling per regio van de patiënten naar demografische kenmerken zal eenzelfde beeld tonen" als geaccepteerd beschouwd worden onder aantekening dat er in het zuiden minder jongeren in de GGZ geregistreerd zijn dan in het noorden. Daaruit mag niet zonder meer geconcludeerd worden, dat er in het zuiden lacunes op het punt van de jeugdzorg zouden zijn, omdat ook therapeutische uitgangspunten en daaruit voortkomende administratieve gewoonten (met name in de zuidelijke RIAGG) een rol blijken te spelen.

HOOFDSTUK 8

DE GGZ ALS ORGANISATIE

8.1. Inleiding

Als een organisatie -of een groep nauw verbonden organisaties- pretenteert goed te functioneren, dan is het minimaal noodzakelijk dat geconstateerd kan worden dat zij doet wat zij voorgeeft te doen. Zo acht men het opportuun om tot een optimale afstemming te komen tussen de GGZ-voorzieningen: m.a.w. men tracht de voorzieningen dusdanig te doen functioneren dat voor de verwijzer en de (potentiële) patiënt duidelijk is voor welke kwaal en welke daarbij in aanmerking komende behandeling men waar terecht kan. Danwel men formuleert tussen de voorzieningen zodanige afspraken, samenwerkingsverbanden en overlegstructuren dat de juiste patiënt op de juiste plek terecht komt en dat deze daarbij zo min mogelijk stations dient te passeren.

8.2. De mate van afstemming in de GGZ

In deze paragraaf zal ik enkele concrete probleemstellingen formuleren welke in dit hoofdstuk vervolgens behandeld zullen worden. De GGZ in Nederland wordt nogal eens vergeleken met een lappendeken en men verwijt haar daarbij een onoverzichtelijke structuur te hebben: in hoofdstuk 4 heb ik laten zien dat deze situatie goeddeels historisch zo tot stand is gekomen, maar van de andere kant van doen heeft met de wens GGZ-behandelingen, voldoende gedifferentieerd aan te bieden. Echter ook heb ik al aangegeven dat het overheidsbeleid sturend aanwezig wil zijn en verwacht moet worden dat deze sturing -en de anticipatie daarop door de regionale GGZ- gevolgen zal hebben.

In hoofdstuk 7 constateerden wij dat het aantal patiënten in contact met meer dan één GGZ-voorziening groot is: dit bleek bovendien in twee regio's en er is geen reden te veronderstellen dat dit 'multiple-service-use' in de rest van Nederland minder zal zijn. De vraag hier is dan ook hoe de GGZ beleidsmatig omgaat met dit gebruik van meer voorzieningen. Daarover handelt paragraaf 8.2.1., een reeds eerder gepubliceerd artikel met als titel "het (on)bedoelde gebruik van meer GGZ-voorzieningen".

De tweede vraagstelling in dit hoofdstuk komt voort uit de navolgende constatering. Gedurende de laatste decennia blijkt het aantal eerste psychiatrische opnamen en in nog sterkere mate het aantal heropnamen in het APZ sterk te zijn toegenomen: daarbij is de gemiddelde opnameduur sterk bekort. Door de stijging van het aantal kortdurende opnamen in het APZ -en daar de opnamen in de PAAZ bijna per definitie kortdurend zijn- lijken beide voorzieningen eenzelfde functie te

verzorgen. De vraag is dan: waarin verschilt de kortopgenomen patiënt in de PAAZ van die in het APZ?

Bij beide vraagstellingen is het van belang om aan te geven in hoeverre er zich t.a.v. deze punten veranderingen in de tijd hebben voorgedaan.

HET (ON)BEDOELDE GEBRUIK VAN MEER GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORGVOORZIENINGEN

H. J. F. R. Hamers, M. A. J. Romme, G. Driessen

Rijksuniversiteit Limburg, capaciteitsgroep Sociale Psychiatrie

Van de patiënten, die bij de geestelijke gezondheidszorg (GGZorg) in behandeling zijn, blijkt een grote groep gedurende een relatief korte periode met meer GGZorg-voorzieningen in aanraking te komen. Ten aanzien van dit gegeven kunnen twee vragen gesteld worden. Namelijk in hoeverre:

1. bestaan er samenwerkingsverbanden of overlegvormen tussen die GGZorg-voorzieningen waar dit soort overlap aanwezig is en

2. is het terecht dat dit gebruik van meer GGZorg-voorzieningen plaatsvindt?

Het onderzoek in de regio Maastricht – uitgevoerd met behulp van een register voor de GGZorg – bracht aan het licht, dat het overgrote deel van de overlap tussen de voorzieningen gedekt werd door samenwerkingsverbanden. Dit in tegenstelling tot de resultaten van een eerder registeronderzoek (ten Horn en Giel, 1978) in een andere regio; in die publikatie werd gepleit voor meer overleg ook tussen die GGZorg-voorzieningen welke geen organisatorische eenheden vormen.

Ook ten aanzien van de patronen tussen de voorzieningen werden op enkele onderdelen afwijkingen gekonstateerd in vergelijking met het eerder onderzoek. Dit kon verklaard worden uit het gegeven, dat de regio Maastricht in 1981 een krisiscircuit kende; een dergelijke voorziening was in het andere registergebied niet aanwezig.

INLEIDING

Zoals de titel suggereert zal in dit artikel worden ingegaan op de vraag, wanneer – uitgaande van een optimale afstemming van de zorg op de noden van patiënten – het gebruik van meer geestelijke gezondheidszorg (GGZorg) voorzieningen functioneel dan wel dysfunctioneel is. Aan de hand van gegevens uit het Register voor de Geestelijke Gezondheidszorg in Maastricht e.o. (de regio zuidelijk Zuid-Limburg) wordt nagegaan welke vormen van multiple-service-use¹ zoal voorkomen en daarbij wordt ter discussie gesteld wat hiervan als waarschijnlijk juist gebruik en wat als mogelijk onjuist gebruik kan worden aangemerkt.

De geestelijke gezondheidszorg in Nederland wordt nogal eens vergeleken met een lappendeken en men verwijt haar daarbij een onoverzichtelijke structuur te hebben. Ten dele is deze kritiek terecht en mede daarom lijkt het verstandig (overheids)beleid enige structuur en samenhang aan te brengen. Daartoe werden Regionale Instellingen voor de Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (Riagg's) tot stand gebracht, waardoor een groot deel van het ambulante veld samengevoegd werd. Momenteel zijn er in vele regio's ook Regionale Instellingen voor de Geestelijke Gezondheidszorg (Rigg's) opgezet of in voorbereiding, waarin het ambulante veld en de belangrijkste intramurale voorzieningen onder een bestuurlijke noemer worden gebracht.

Ondanks deze positieve ontwikkelingen moet gekonstateerd worden dat de hulpverlening (zeer) gedecentraliseerd en autonoom plaatsvindt, waarbij bovendien door iedere hulpverleningsvorm min of meer specifieke behandelingsvormen ten behoeve van min of meer omschreven doelgroepen worden geboden.

Brook en Hamers konstateerden voor twee gebieden – het noordelijk en het zuidelijk registergebied met respectieve-

lijk 45.000 en 200.000 inwoners – dat een groot deel van de patiënten, die op één peildatum met de GGZorg in contact stonden, rond die peildatum (gedurende zes maanden) bij meer voorzieningen in behandeling was; n.l. rond de 15% (Brook en Hamers 1985). Van alle patiënten die gedurende één jaar met ten minste een GGZorg-voorziening in contact kwamen, bleek de groep multiple-service-users nog groter (Hamers en Brook 1985). Deze resultaten sporen met de uitkomsten van vroegere onderzoeken, die met behulp van een register werden uitgevoerd (zie b.v. ten Horn en Giel 1978).

In de literatuur wordt vaak gesuggereerd dat multiple-service-use gedurende een korte periode als negatief beschouwd dient te worden: een suggestie die door vele werkers in de GGZorg onderschreven lijkt te worden. Deze suggestie wordt bovendien vaak gekoppeld aan de onoverzichtelijke structuur van de GGZorg. En zeker kan niet ontkend worden dat met name chronische patiënten – vaak langdurig ambulante in behandeling met daartussendoor klinische behandelingen – soms op een zeer willekeurige manier GGZorg consumeren: het z.g. shopping-around van deze groep wordt zelfs als een van de kenmerken van chroniciteit genoemd (zie b.v. Rotteveel 1984).

Toch is er in de literatuur ook een positieve opvatting aanwezig ten aanzien van het multiple-service-use; een opvatting die onder het begrip continuïteit van zorg te vangen is. Continuïteit van zorg ontstaat als probleem op het moment, dat de hulpverlening om welke reden dan ook niet meer door één hulpverlener (of team/afdeling) geboden wordt. Om de continuïteit van zorg te waarborgen ontstaat het in de tijd opeenvolgend of het gelijktijdig gebruik maken van meer GGZorg-voorzieningen. Voor de Nederlandse GGZorg zijn beide situaties realiteit. Bijvoorbeeld: in de tijd opeenvolgend bij nazorg na ontslag van een psychiatisch bed. Deze nazorg wordt als belangrijk beschouwd en

wel juist vanwege de continuïteit van zorg (ten Horn, 1982), maar omdat nazorg meestal niet de taak van klinisch werkende hulpverleners is, ontstaat het gebruik van meer GGZorg-voorzieningen. Iets dergelijks treedt ook op, indien er ambulante contacten als voorzorg plaatsvinden om een opname te voorkomen en er alsnog een opname geïndiceerd is.

Voorbeelden van gelijktijdig gebruik komen in de praktijk voor, wanneer een GGZorg-voorziening wel de ene service kan bieden (bijv. psychotherapie of gezinsondersteuning), maar niet de andere (bijv. een voor de patiënt zinvolle dagbesteding). Indien hulpverleners op een dergelijke wijze gebruik maken van de diensten van andere voorzieningen - uitgerust met als bedoeling de behandeling van de patiënt zo goed mogelijk, binnen en zo natuurlijk mogelijk dagelijks leven te doen verlopen - is er sprake van het gebruik van meer GGZorg-voorzieningen zonder dat iemand zich daarover in negatieve zin zou kunnen uitlaten (zie ook Romme 1982). Wij zouden deze vorm van gelijktijdig gebruik van meer voorzieningen zelfs als een vorm van maatwerk kunnen beschouwen, waarbij de zorg door verschillende GGZorg-voorzieningen met verschillende functies in gezamenlijkheid aangemeten wordt (zie ook Rottevel 1984).

VRAAGSTELLING

Om te bezien in hoeverre het gebruik van meer GGZorg-voorzieningen als functioneel dan wel als dysfunctioneel opgevat kan worden, zullen we eerst voor de regio Maastricht e.o. moeten vaststellen met welke GGZorg-voorzieningen de groep multiple-service-users in aanraking kwam gedurende het onderzoekjaar.

Het onderscheiden van combinaties van GGZorg-voorzieningen waarvan groepen patiënten gedurende één jaar gebruik maken heeft tot doel na te gaan:

- 1) of er een relatie is tussen dit gebruik van meer voorzieningen en de afgesproken samenwerkingsverbanden of overlegvormen in de regio;
- 2) of er gebruik van meer voorzieningen voorkomt tussen instellingen waarbij sprake is van het bieden van eenzelfde soort zorg, terwijl er geen sprake is van taakverdelingsafspraken.

In het eerste geval wijst multiple-service-use op functioneel gebruik, in het tweede geval op dysfunctioneel gebruik.

Voor de beantwoording van deze vraagstelling wordt allereerst de methode beschreven waarmee het gebruik van meer GGZorg-voorzieningen door een patiënt is vastgesteld. Vervolgens zullen de belangrijkste samenwerkingsafspraken in de regio tussen de verschillende voorzieningen worden weergegeven. Daarna zal grafisch de omvang van de zorg in de diverse voorzieningen worden weergegeven en het percentage aandeel van de patiënten die in het onderzoekjaar (1981) nog met andere voorzieningen in contact stonden. Voor de groep multiple-service-users wordt tenslotte per voorziening aangegeven of dit eenvoudig verklaard kan worden met behulp van de gemaakte samenwerkingsafspraken, of dat dit niet het geval is.

METHODE

Daar wij geïnteresseerd zijn in het gebruik van meer GGZorg-voorzieningen zijn wij voor onze informatie aangewezen op een psychiatrisch case register. Een dergelijk register, opgezet naar analogie van het register in het noorden van Nederland (Giel en ten Horn 1976, zie ook Wing 1972), bestaat sinds 1 januari 1981 voor de regio Maastricht e.o. Immers met behulp van een dergelijk instrument is het mogelijk (op grote schaal) patiëntkarrières te reconstrueren en patiëntenstromen tussen de GGZorg-

voorzieningen te bepalen. Dat is mogelijk omdat de gegevens van alle contacten tussen de GGZorg en de leden van de populatie in een omschreven gebied op een centraal punt bijeengebracht zijn en middels een waarschijnlijkheidskoppeling per patiënt aaneengeschakeld worden. Deze waarschijnlijkheidskoppeling geschiedt met behulp van een beperkte set identificatiegegevens (de woongemeente bij geboorte, de eerste letter van de geboorte-achternaam en de geboortedatum) waardoor de privacy gewaarborgd is (zie ook Baldwin 1973).

Met behulp van dit register voor de GGZorg is voor de regio Maastricht de jaarprevalentie vastgesteld voor 1981; d.w.z. de groep patiënten is bepaald die in de loop van 1981 met tenminste één GGZorg-voorziening contact hadden (Hamers en Brook, 1985). Van deze groep van 4821 patiënten, woonachtig in de regio, bleek een groot gedeelte bij meer dan één voorziening in één jaar tijd in behandeling te zijn (19,7%). Alvorens het gebruik van meer voorzieningen weer te geven zullen wij eerst de regionale GGZorg in de regio Maastricht e.o. bespreken.

DE REGIONALE SITUATIE

Er is een breed spectrum aan intramurale, semimurale en extramurale GGZorg in de regio aanwezig (zie ook Brook en Hamers, 1985). De belangrijkste samenwerkingsverbanden worden vanuit de in de regio aanwezige behandelingsfuncties beschreven. Op die manier kan dan worden aangegeven in hoeverre multiple-service-use als functioneel of dysfunctioneel gezien moet worden.

Ambulante behandeling

Voor deze vorm van behandeling zijn een groot aantal GGZorg-voorzieningen aanwezig: de poliklinieken (APZ en PAAZ), enkele vrijgevestigde zenuwartsen en de Riagg. De Riagg heeft t.b.v. de interne organisatie met haar rayonteams afgesproken dat deze voor alle soorten GGZ-problematiek een eerste onderzoek en behandeling bieden, echter niet langer dan gedurende een periode van 6 maanden. Indien een langere behandeling geïndiceerd is, verwijzen zij door naar de zogenaamde centrale teams van de Riagg (de SPD-afdeling, de psychotherapie-afdeling, de afdeling Jeugdzorg en de afdeling Sociale Geriatrie). Dit betekent dat er tussen rayonteams en centrale teams in de tijd opeenvolgend multiple-service-use te verwachten is.

De poliklinieken van een instelling (APZ en PAAZ) werken uiteraard samen met andere afdelingen/functies van de desbetreffende instelling; ook daar zal dus multiple-service-use voorkomen. Multiple-service-use tussen de poliklinieken onderling en tussen de poliklinieken, de vrijgevestigde zenuwartsen en de Riagg-teams is, zeker als het gelijktijdig plaatsvindt, dysfunctioneel te noemen. Dit temeer omdat deze GGZorg-voorzieningen in grote mate eenzelfde type behandeling bieden.

Semimurale behandeling

Bij deze hulpverleningsvorm zijn een drietal belangrijke onderscheidingen te maken.

De eerste is krisisinterventie. Dit geschiedt in nauwe samenwerking tussen het Krisiscentrum - als semimurale voorziening waar mensen tijdelijk worden opgevangen en ook kunnen overnachten - en de 24-uurs Opvangpost. Deze laatste voorziening werkt extramural en is georganiseerd om buiten de kantooruren service te bieden bij acute psychiatrische en psychosociale problemen m.b.v. mobiele hulpverleners die de persoon in de krisissituatie ook in zijn eigen milieu kunnen bezoeken. Het is de bedoeling om dan acute hulpverlening te bieden en zodanig door te verwijzen

naar de meest aangewezen (GGZorg- of anderszorg) voorziening in de regio. Deze service is eveneens bestemd voor patiënten die reeds met de GGZorg in contact staan, doch die bij akute crises moeten worden opgevangen (zie ook Hamers, 1983). Tussen Krisiscentrum en 24-uurs Opvangpost is multiple-service-use met alle andere voorzieningen te verwachten.

De tweede semimurale GGZorg-voorziening hebben wij in de presentatie van de gegevens samengenomen onder de categorie dagziekenhuis; hieronder vallen een aantal dagbehandelings plaatsen (o.a. dagklinik) en dagstrukturende activiteiten (aktiveringsafdelingen). Organisatorisch is deze voorziening in het APZ ondergebracht.

Ten slotte zijn er nog de beschermende woonvormen. Deze behandelingsvorm is voor een deel organisatorisch ondergebracht binnen het APZ en voor een deel binnen de Riagg. Het gebruik van de semimurale voorzieningen én van andere voorzieningen hangt samen met verwijzingen vanuit de extramurale en de intramurale zorg en bovendien met het aanwezig zijn van lokale samenwerkingsverbanden: deze zullen nog apart besproken worden.

Intramurale behandeling

De intramurale behandeling kan in de regio naar een drietal vormen onderscheiden worden; het APZ, de PAAZ en de psycho-geriatrie afdelingen van de Verpleegkliniek. Zoals overal in Nederland wordt naar deze behandelingsvormen verwezen door de gehele extramurale sektor en de crisisvoorzieningen, terwijl de PAAZ en het APZ zullen verwijzen naar semimurale voorzieningen en de Verpleegkliniek.

Dit betekent dat multiple-service-use van de intramurale voorzieningen met alle andere voorzieningen verwacht mag worden. Ook tussen de intramurale voorzieningen verwachten wij multiple-service-use mede door aanwezige samenwerkingsverbanden waaraan de intramurale GGZorg participeert.

Bovenstaande beschrijving van de GGZorg in de regio Maastricht behoeft nog een belangrijke aanvulling, omdat er een aantal afspraken bestaan binnen enkele lokale samenwerkingsverbanden, waardoor voorzieningen onderling aan elkaar gelieerd zijn. Dit brengt nog vormen van multiple-service-use met zich die als functioneel aan te merken zijn. De samenwerkingsverbanden kunnen onder de volgende nummers gebracht worden:

a. Het krisiscircuit: hiervoor verwachten wij multiple-service-use met alle GGZorg-voorzieningen: dit komt rechtstreeks voort uit de regionale organisatie van de krisishulp als service buiten de kantooruren.

b. Het psycho-geriatrie circuit: binnen dit circuit werken een aantal voorzieningen (APZ, PAAZ, Verpleegkliniek en de Sociaal Geriatrie Dienst van de Riagg) samen om tot een gezamenlijk beleid ten aanzien van de doelgroep te komen. Multiple-service-use in deze sector moet zeker als functioneel gezien worden, maar gezien de specifieke populatie verwachten wij niet dat het om grote aantallen gaat.

c. Het sociaal-psihiatrisch circuit behelst een samenwerking tussen een van de centrale teams van de Riagg (de SPD-functie), de beschermende woonvormen, het dagziekenhuis (met name de dagaktivering), de APZ- en de PAAZ-beddenafdelingen. Multiple-service-use, waarbij deze voorzieningen zowel in de tijd opeenvolgend alsook gelijktijdig betrokken zijn, is vanuit dit samenwerkingsverband als functioneel aan te merken.

d. De PAAZ als service-instelling ten behoeve van het APZ betreffende de patiënten, verdacht van organische afwijkingen, waarvoor nader somatisch onderscheid geïndiceerd is. Hiervoor leent zich een Algemeen Ziekenhuis

meer; de overgang van APZ naar de PAAZ (en omgekeerd) mag dan ook zeker verwacht worden.

e. Ten slotte hebben wij ook eerder aangegeven dat er binnen een instelling tussen de verschillende functies - verschillende voorzieningen - samengewerkt wordt. Deze samenwerking wordt door ons als functioneel gezien.

RESULTATEN

In figuur 1 is het gebruik van de intramurale en semimurale voorzieningen weergegeven, onderverdeeld naar het percentage 'alleen gebruik' (niet gearceerd) en gebruik van andere voorzieningen (gearceerd), d.w.z. het aandeel van mensen die in het jaar van onderzoek tevens contact met andere voorzieningen hebben gehad.

Figuur 1. Het aantal personen in zorg bij intra- en semimurale GGZorg-voorzieningen naar (kombinatie van) zorg die in 1981 ontvangen wordt (in percentages)

Het gebruik van meer voorzieningen voor de patiëntenpopulatie van het APZ is 35%, van de PAAZ 86%, van de verpleegkliniek 10%, van het dagziekenhuis 75%, van de beschermende woonvormen 35% en van het Krisiscentrum 85%. Naarmate de gemiddelde verblijfsduur (in de desbetreffende voorziening) korter is, ligt het percentage patiënten dat tevens van een andere voorziening gebruik maakt hoger. Dit is te verwachten, gezien het feit dat iemand zelden in een intra- of semimurale voorziening opgenomen of ontslagen wordt, zonder dat er voor de opname of na het ontslag ambulante contacten met een GGZorgvoorziening plaatsvinden.

In figuur 2 wordt hetzelfde weergegeven, maar dan voor de extramurale voorzieningen.

De percentages multiple-service-use liggen, met uitzondering van de 24-uurs Opvangpost, bij de extramurale voorzieningen aanzienlijk lager dan bij de intra- en semimurale zorg. Het hoogste percentage multiple-service-users zien wij bij de 24-uurs Opvangpost (77%). Vervolgens bij de polikliniek van het APZ (40%), de polikliniek van de PAAZ en de centrale teams van de Riagg (beide 29%) en tenslotte de vrijgevestigde zenuwartsen (17%) en de rayonteam van de Riagg (14%).

Deze relatief lage percentages zijn ook te verwachten voor de extramurale GGZorg-voorzieningen (uitgezonderd voor de 24-uurs Opvangpost). Wel moet bedacht worden dat het in absolute aantallen om grote groepen cliënten gaat. De rayonteam van de Riagg leveren in absolute aantallen

Figuur 2. Het aantal personen in zorg bij extramurale GGZ-voorzieningen naar (kombinatie van) zorg die in 1981 ontvangen wordt (in percentages).

meer multiple-service-users op dan de polikliniek van het APZ (250 tegenover 216). Datzelfde geldt voor de centrale teams van de Riagg in vergelijking met de polikliniek van het APZ (243 tegenover 216).

Figuur 3 geeft voor de multiple-service-users weer in welk percentage tevens van een van de andere met naam genoemde voorzieningen gebruik is gemaakt, daarbij uitgaande van het totaal aantal multiple-service-users per instelling. In iedere horizontale balk komen dubbelteilingen voor van diegenen die met meer dan twee voorzieningen (3 en meer) in contact komen. De lengte van iedere balk als overschrijding van de 100% grens is dus een indicatie voor de mate van driedubbel (en meer) gebruik van de GGZ-voorzieningen.

In figuur 3 is aangegeven welk deel van het multiple-service-use vanuit de eerder beschreven samenwerkingsverbanden door ons als functioneel wordt gezien. Daarbij is telkens voor ieder blokje multiple-service-use aangegeven met welke regionale afspraken wij te maken hebben. Het is opvallend dat er voor de intra-/semimurale sektor nauwelijks vormen van dysfunctioneel multiple-service-use te

Figuur 4. Voor de extramurale GGZ-voorzieningen het aantal dubbelcontacten dat met iedere andere voorziening afzonderlijk heeft plaats gevonden: per voorziening als percentage van het aantal personen dat met andere voorzieningen in contact is geweest

konstateren zijn. Tevens is het opvallend dat de 24-uurs Opvangpost met alle voorzieningen in deze sektor een duidelijke overlap te zien geeft; met name geldt dit voor de combinatie van APZ en 24-uurs Opvangpost.

In figuur 4 is hetzelfde weergegeven als in figuur 3, maar nu voor de extramurale GGZ-voorzieningen. Redenerend vanuit onze opzet is er nogal wat dysfunctioneel multiple-service-use in de extramurale sektor te onderscheiden. Vooral de overlap tussen de poliklinieken onderling en tussen de poliklinieken en de Riagg-teams springt in het oog; ook al gezien de grote aantallen cliënten waar het om gaat.

Uiteraard is een deel van de overlap tussen de poliklinieken en de vrijevestigde zenuwartsen enerzijds en de Riagg-teams anderzijds wel te verklaren, indien verwijzingen vanuit de eersten naar de laatsten plaatsvinden.

Het blijkt echter moeilijk om te bepalen wanneer een patiënt overgaat van de ene instelling naar de andere, omdat een grote variëteit in patiëntenkarrières aanwezig is. Soms heeft een patiënt enkele contacten met een andere GGZ-voorziening, waarna de behandeling weer wordt

Figuur 3. Voor de intra- en semimurale GGZ-voorzieningen het aantal dubbelcontacten dat met iedere andere voorziening afzonderlijk heeft plaats gevonden: per voorziening als percentage van het aantal personen dat met andere voorzieningen in contact is geweest

voortgezet bij de oorspronkelijke voorziening. Soms komt de verandering van de ene extramurale voorziening naar de andere tot stand, nadat er een intra- of een semimurale behandeling plaats heeft gevonden. Tenslotte komen er ook gelijktijdige behandelingen voor waarbij in het algemeen de contactfrequentie bij de ene voorziening hoog en bij de andere voorziening laag is. Het zou in dit kader te ver voeren deze zorgpatronen gedetailleerd te bespreken; wel willen wij hierover binnenkort rapporteren waarbij de zorg zoals die door de patiënten gekonsumeerd wordt centraal zal staan.

In de laatste figuur zijn voor de grootste GGZorg-voorzieningen de onderlinge patiëntenstromen weergegeven. Daartoe is van alle patiënten, die gedurende 1981 met meer dan een voorziening in contact kwamen, de voorziening bepaald waarbij men in 1981 het eerst in behandeling was. Zo vertrokken er bij voorbeeld 89 patiënten vanuit de rayon-teams naar de centrale teams (dit is dus een patiëntenstroom binnen een instelling, maar tussen verschillende GGZorg-voorzieningen); omgekeerd hadden 13 patiënten met een van de centrale teams het eerste contact in 1981 en vertrokken vervolgens richting rayonteam.

	APZ	PAAZ	Centr. Krisispoli	Riagg	poli rayon
aantal vertrokken	129	48	133	218	136
% in kaart gebracht	79.8	91.7	85.0	96.8	71.3
aantal gearriveerd	168	86	154	244	121
% in kaart gebracht	85.1	90.7	96.7	90.6	81.8

Figuur 5. De patiëntenstromen tussen de grootste GGZorg-voorzieningen in de regio Maastricht gedurende 1981

De dikte van de verbindingsbalken in de figuur geeft het totaal aantal patiënten weer die bij het onderling verkeer tussen twee voorzieningen betrokken zijn. De meest omvangrijke patiëntenstromen komen en gaan vanuit het zogenaamde krisiscircuit (het Krisiscentrum en de 24-uurs Opvangpost zijn daarin samen genomen), waarbij vooral het verkeer met het APZ omvangrijk blijkt.

Een andere omvangrijke stroom loopt tussen de rayon-teams en de centrale teams van de Riagg. De patiëntenstro-

men tussen de extramurale en de intramurale GGZorg-voorzieningen lopen vanuit de poliklinieken van de PAAZ en het APZ én de centrale teams van de Riagg. Daarbij vormen zowel het APZ alsook de PAAZ ieder een duidelijk organisatorisch blok, terwijl de patiënten van de centrale teams van de Riagg verdeeld worden over het APZ en de PAAZ. Vanuit de intramurale sektor gaan weinig patiënten richting centrale teams van de Riagg in verhouding tot het aantal dat richting poliklinieken gaat. Vergelijken wij deze figuur 5 met enkele resultaten zoals die naar aanleiding van vroeger registeronderzoek gepubliceerd werden (Ten Horn en Giel 1978), dan valt het voor de regio Maastricht op dat het krisiscircuit een belangrijke functie vervult; en dat zowel voordat een opname plaatsvindt alsook nadat een opname beëindigd is. Deze voorziening was in het door Ten Horn en Giel onderzocht GGZorg-systeem niet aanwezig. Ten Horn en Giel konden vaststellen, dat PAAZ en APZ ieder voor zich samen met de eigen polikliniek duidelijk organisatorische eenheden vormen. Eenzelfde konklusie kan ook nu getrokken worden, zij het dat patiëntenstromen binnen deze eenheden kleiner zijn; daarvoor in de plaats zijn de patiëntenstromen vanuit de extramurale voorzieningen naar het krisiscircuit én vanuit het krisiscircuit naar het APZ en de PAAZ gekomen.

Wij zagen juist dat de Riagg maar weinig patiënten (te rug)ontvangt vanuit de intramurale sektor; Ten Horn en Giel kwamen tot eenzelfde bevinding, althans ten aanzien van de relatie tussen het APZ en de Riagg (toen in die regio de Stichting Geestelijke Volksgezondheid, afdelingen SPD en SGD).

DISKUSSIE

In 1978 konkludeerden Ten Horn en Giel het volgende: 'Om continuïteit van de geestelijke gezondheidszorg te waarborgen zal overleg binnen één bepaald blok van voorzieningen niet voldoende zijn. Samenwerking is ook nodig tussen instanties die organisatorisch niet duidelijk bij elkaar horen' (Ten Horn en Giel, 1978, p.24).

Enkele jaren later blijkt er, althans in de regio Maastricht, tussen diverse GGZorg-voorzieningen samengewerkt te worden. Het grootste deel van het multiple-service-use past dan ook in de beschreven regionale samenwerkingsverbanden of geïnstitutionaliseerde overlegvormen. Daarnaast is er in deze regio een krisiscircuit operationeel, waaraan een belangrijke rol is toegekend met name ten aanzien van de continuïteit van zorg.

Al met al geven de gerepresenteerde resultaten met betrekking tot het multiple-service-use een gedifferentieerd beeld van samenwerkingspatronen waarbinnen een groot deel van dit gebruik heel functioneel is. Dit geldt met name voor het multiple-service-use waarbij (ook) de intra- en/of semimurale sektor betrokken is. Dit geldt in mindere mate voor de extramurale sektor waarbij het vermoeden rijst, dat er mede van dysfunctioneel multiple-service-use sprake is zoals shopping around of kostenverhogend gebruik door inschrijving bij twee voorzieningen met min of meer gelijke mogelijkheden.

Multiple-service-use tussen de poliklinieken onderling lijkt weinig op afspraken te berusten. Multiple-service-use tussen poliklinieken en de vrijgevestigde zenuwartsen enerzijds en de Riagg-teams anderzijds kan, indien het in de tijd opvolgend plaatsvindt, wel passen binnen de afspraken betreffende de out-reaching functie van de Riagg-teams. Een deel van deze vorm van multiple-service-use vindt echter gelijktijdig plaats en is zeker als dysfunctioneel aan te merken. Ook de overgang van een Riagg-team naar een polikliniek kan toch nauwelijks als functioneel gezien worden.

Wij constateerden dat er verhoudingsgewijs veel functio-

neel multiple-service-use optreedt tussen de klinische en de poliklinische afdelingen van een en dezelfde instelling. Daarentegen blijkt er verhoudingsgewijs betrekkelijk weinig overlap te bestaan tussen de centrale teams van de Riagg en de klinische functies in de regio. Alhoewel beide vormen van gebruik functioneel zijn, kan men zich afvragen of de centrale teams van de Riagg niet sterker in de ambulante (outreaching) hulpverlening ingeschakeld dienen te worden. Dit gebeurt nu al voorafgaande aan een opname. Echter nadat een opname beëindigd is, en er nazorg gegeven dient te worden geschiedt dit relatief zelden door de Riagg. Wij zagen immers dat de Riagg veel cliënten 'verliest' aan de intramurale sektor (APZ en PAAZ) en maar betrekkelijk weinig patiënten vanuit deze GGZorg-voorzieningen 'ontvangt'.

Opvallend is het dat de samenwerkingsvormen plaatsvinden rond enkele thema's die om specialisatie vragen zoals de behandeling van chronische patiënten en de opvang bij acute crises. Het betreft dan veelal samenwerking tussen gespecialiseerde GGZorg-voorzieningen die elkaar onderling sterk nodig hebben om in gezamenlijkheid GGZorg te leveren. Daarbij zijn vrijwel altijd intra- of semimurale voorzieningen betrokken en meestal enkele gespecialiseerde extramurale voorzieningen. Tussen de meer algemene functies -rayonteam van de Riagg, de poliklinieken en de vrijgevestigde zenuwartsen- zijn er in de regio geen expliciete samenwerkingsverbanden of afspraken tot stand gekomen. Tegelijkertijd blijkt er ook tussen deze voorzieningen multiple-service-use op te treden, waarvan een deel als negatief gezien moet worden.

Wij willen afsluiten met een drietal overwegingen. Op de eerste plaats zou de GGZorg moeten overwegen of de taakverdeling tussen de extramurale voorzieningen op het gebied van onderzoek en behandeling een (beter) afsprakenstelsel behoeft om het multiple-service-use te reduceren.

Op de tweede plaats is het de vraag of bij de opname-indicaties, gesteld door de 24-uurs Opvangpost en de poliklinieken voldoende aandacht is besteed aan de ambulante out-reaching mogelijkheden, bijvoorbeeld door eerst te verwijzen naar een van de (centrale) teams van de Riagg. Tenslotte ware het te overwegen om de nazorg te laten verrichten door die GGZorg-voorziening die vóór de klinische behandeling de extramurale GGZorg verzorgd heeft. Dit zou grote voordelen hebben, omdat in die situatie de continuïteit van zorg door minder hulpverleners dan nu gerealiseerd kan worden.

NOOT

1. Met multiple-service-use bedoelen wij hier: het gebruik maken van tenminste twee GGZorg-voorzieningen door één patiënt gedurende 1 jaar tijd.

SUMMARY

A great deal of the persons who are in care by the mental health care services, can be considered as multiple-service-users. In regard of this phenomenon two questions are important:

1. in how far are there some kinds of institutionalized communications between the services where a great deal of multiple-service-use is found and

2. in how far is overlap and between what kind of services justifiable?

This research - done with a psychiatric case register - in the region Maastricht (population 200,000) in the south of the Netherlands showed that most of the overlap was covered with some form of collaboration. These findings are in contrast with those of an earlier case-register study in another part of the Netherlands (Ten Horn and Giel 1978).

We found also somewhat different patterns between the services. This could be explained by the fact that the two health care systems have different structures. Especially the role of the service for mental health crises in the southern region was a very important one.

LITERATUUR

- Baldwin, J. A., Linked medical information systems. *Proc. R. Soc. Lond.* 184 (1973) 403-420.
- Brook, F. G. & H. J. F. R. Hamers, GGZorg gespreid. Een vergelijkend onderzoek met behulp van twee registers voor de geestelijke volksgezondheid. *T. Psychiatrie* (85) 2, 115-127.
- Giel, R. & G. H. M. M. ten Horn, Een psychiatrisch register als basis voor planning. *T. Soc. Geneesk.* 54 (1976) 148-153.
- Hamers, H. J. F. R. & F. G. Brook, De GGZorg in het noorden en het zuiden des lands in 1981 (in voorbereiding).
- Hamers, H. J. F. R., De 24-uurs opvangpost van acute psycho-sociale en psychiatrische crisis in de regio Maastricht. *T. Soc. Gezondheidsz.* 61 (1983) 802-805.
- Horn, G. H. M. M. ten & R. Giel, Patronen in het netwerk van de geestelijke gezondheidszorg. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 1 (1978) 23-34.
- Horn, G. H. M. M. ten, Nazorg geeft kopzorg. Een onderzoek met een register voor de geestelijke volksgezondheid. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 12 (1982) 1279-1294.
- Romme, M. A. J., Samenwerken in de Geestelijke Gezondheidszorg: een pleidooi tegen kategoriaal psychiatrische zorg. *Samenwerking in de Geestelijke Gezondheidszorg Gent* (1982) 25-42.
- Rotteveel, R., H. Uffing & N. de Vries, Resocialisatie in de GGZ in de Westelijke Mijnstreek een samenwerkingsproject. *Rapport voor het Preventiefonds* (mei 1984).
- Wing, J. K. & A. Hales, *Evaluating a community psychiatric service: Cumberwell Register 1961-1971*. Oxford Press, Oxford 1972.

CORRESPONDENTIEADRES

Drs. H. J. F. R. Hamers, RU Limburg, capaciteitsgroep Sociale Psychiatrie, postbus 616, 6200 MD Maastricht, tel. 043-616100, tst 234/229.

8.2.2. KORTDURENDE OPNAMEN IN PAAZ EN APZ: WIE NAAR WAAR?

H.J.F.R.Hamers, G.A.M.Driessen en J.M.G.Lasker*

Inleiding

Zo'n tien jaar geleden is onder alle destijds actieve PAAZ-en (Psychiatrische Afdeling Algemeen Ziekenhuis) en APZ-en (Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis) een onderzoek gehouden naar de taken van deze instellingen (Abraham & Gunning, 1976). Daarbij werd geconstateerd, dat de eerste hulp en de opname van patiënten met ernstige desintegratietoestanden zowel in de PAAZ als in het APZ kon plaatsvinden. De PAAZ is daarnaast geschikt voor patiënten die behalve een intensieve psychosociale begeleiding ook een somatische behandeling behoeven, en het APZ voor patiënten die aansluitend behoefte hebben aan klinische psychotherapie of langdurige verzorging.

Gedurende de laatste decennia blijkt het aantal eerste opnamen en in nog sterkere mate het aantal heropnamen in het APZ sterk te zijn toegenomen. Dit geldt niet alleen voor de Nederlandse situatie (Brook, 1984; Haveman, 1980): ook elders werd dit fenomeen vastgesteld (Häfner & Klug, 1982).

Door de stijging van het aantal kortdurende opnamen in het APZ en het bijna per definitie kortdurend zijn van de opnamen in de PAAZ, verzorgen beide voorzieningen eenzelfde functie.

Het overheids- en het regionale beleid is gericht op het bevorderen van een betere samenwerking tussen voorzieningen in het gehele veld van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Mede daartoe werden en worden er in Nederland Regionale Instituten voor de Geestelijke Gezondheidszorg (Rigg) opgericht, nadat al een groot deel van het ambulante veld onder één paraplu kwam (Riagg). Juist om deze Rigg-vorming optimaal te laten verlopen, is het van van groot belang om zowel de functies als de daaruit voortvloeiende taken van de voorzieningen zo duidelijk mogelijk te beschrijven. Dit alles om helder te krijgen in hoeverre er sprake is van afstemming of van overlap.

Terwijl er zowel in de PAAZ alsook in het APZ kortdurende opnamen voorkomen, is het niet duidelijk of beide voorzieningen in deze te onderscheiden taken vervullen. Kortom: waarin verschilt de kortopgenomen patiënt in de PAAZ met die in het APZ?

* Allen verbonden aan de vakgroep Sociale Psychiatrie van de Rijksuniversiteit Limburg.

Met behulp van een regionaal register voor de geestelijke volksgezondheid gesitueerd in een gemeente in het noorden van het land (met een populatie van ca. 45.000 inwoners) heeft men geprobeerd meer inzicht te krijgen in de specifieke taken van PAAZ en APZ (ten Horn, 1982). Het onderzoek heeft betrekking op de ontslagen van patiënten van 15 tot 65 jaar, in de periode 1974 tot en met 1978. Om iets meer te weten te komen over de acute opname-functie worden opnamen van minder dan twaalf weken bekeken, een periode die -hoewel ook gehanteerd door het COZ¹⁾- tamelijk willekeurig is gekozen. Uit het onderzoek blijkt, dat PAAZ en APZ een vergelijkbaar aandeel in de korte opnamen hebben, maar dat er in het soort patiënten verschillen zijn. Zo komen patiënten met psychosen of persoonlijkheidsstoornissen vaker terecht in het APZ en die met neurosen of neurotische depressies vaker in de PAAZ. Ook konden APZ- en PAAZ-patiënten verder getypeerd worden wat betreft de verdeling naar leeftijd en geslacht. Zo wordt van de groep patiënten met een psychose bijna driekwart uit het APZ ontslagen, maar voor psychotische vrouwen beneden de 25 jaar en psychotische patiënten vanaf 55 jaar vervult de PAAZ weer een belangrijke rol. Met behulp van het item burgerlijke staat konden geen verdere nuanceringen worden aangebracht. Omdat de onderzoeksresultaten op één regio betrekking hebben, kan de vraag worden gesteld in hoeverre de bevindingen gegeneraliseerd kunnen worden.

Zonder het probleem van de generaliseerbaarheid hier geheel op te lossen, presenteren wij onze bevindingen met betrekking tot de kortdurende opnamen in het APZ en de PAAZ. Onze bevindingen gelden voor de₂₎ regio zuidelijk Zuid-Limburg (populatie ca. 195.000 inwoners).

Voor onze vraagstelling sluiten wij (in tegenstelling tot ten Horn) de leeftijdscategorie van 65 jaar en ouder in, omdat ons gebleken is, dat beide voorzieningen een belangrijke functie vervullen voor de bejaarde populatie en de vraag naar voren komt in hoeverre APZ en PAAZ ook voor deze categorie te onderscheiden taken hebben.

De regionale situatie

Naast een APZ en een PAAZ is er in de regio een breed spectrum aan GGZ-voorzieningen aanwezig (Brook & Hamers, 1985; Hamers e.a., 1985; Hamers & Brook, 1986). Uit eerdere prevalentietellingen - en vergelijkingen met de noordelijke regio - bleek dat het aantal patiënten in behandeling bij de GGZ in de regio zuidelijk Zuid-Limburg hoog is. Daaruit kan vooralsnog slechts geconcludeerd worden, dat het aanbod aan GGZ groot is. Enkele verschillen tussen de prevalentiecijfers voor twee regio's dienen vermeld te worden, omdat wij verwachten dat de toen getrokken conclusies ook hier relevant zullen blijken. Uit de tellingen bleek dat er in beide regio's, zowel op één tijdstip alsook gedurende een geheel jaar, ongeveer evenveel

bedden bezet waren. Echter, het bleek ook dat de opbouw van de intramurale sector naar soort bed verschillend was. Zo werden in de regio zuidelijk Zuid-Limburg meer patiënten verpleegd op een verpleeghuisbed, terwijl in het noordelijke gebied meer patiënten werden opgenomen in het APZ of de PAAZ. Bovendien bleek in zuidelijk Zuid-Limburg een grote groep patiënten kortdurend in het Crisiscentrum te worden opgenomen. Een dergelijke voorziening was in het andere registergebied niet aanwezig. Uit deze eerdere bevindingen blijkt dat er in het zuidelijk registergebied naar verhouding minder kortdurende opnamen in het APZ zullen plaatsvinden dan in het noordelijk registergebied; voor de zuidelijke PAAZ geldt dit in nog sterkere mate.

Afgezien van bovenstaande bemerkingen verwachten wij niet alleen de resultaten van ten Horn te kunnen bevestigen, maar verwachten wij ook dat de taken van het APZ en de PAAZ nu (1981-1984) meer complementair zijn in de regio zuidelijk Zuid-Limburg, dan toen (1974-1978) in het noordelijk registergebied. Immers Rigg-vorming en overleg tussen APZ en PAAZ zijn - in ieder geval in zuidelijk Zuid-Limburg - al geruime tijd realiteit.

Methode

Voor onze vraagstelling is een onderzoeksinstrument vereist, waarin de opnamen in het APZ en de PAAZ van bewoners woonachtig in één regio worden vastgelegd, en waarbij de informatie die per patiënt en per (her)opname aanwezig is, volgens dezelfde regels verzameld wordt en dus vergelijkbaar is. Aan deze voorwaarden voldoet het register voor de GGZ in de regio zuidelijk Zuid-Limburg. In dit register - opgezet analoog aan andere registers (Wing & Hailey, 1972; Giel & ten Horn, 1976) - worden de gegevens van een patiënt niet op naam, maar door middel van een waarschijnlijkheidskoppeling (Baldwin, 1973) bijeengebracht. Op deze wijze kunnen de gegevens per patiënt aaneengekoppeld en naar heropnamen geanalyseerd worden zonder dat de privacy van de patiënt in het geding komt (Hamers e.a., 1986). Overigens heeft de discussie over privacy ertoe geleid dat gedurende de onderzoeksperiode met name in het APZ fluctuaties optraden in het aantal personen dat weigerde zijn gegevens in het register te laten opnemen. De variabelen die bij de analyses worden gebruikt zijn gecontroleerd op systematische vertekening als gevolg van deze weigeringen. Het blijkt, dat over een tweetal jaren het aantal jongere patiënten (15 tot 25 jaar) ondervertegenwoordigd is. Wat betreft de verdeling naar diagnose, geslacht, burgerlijke staat en opnameduur werden geen verschillen in de tijd aangetroffen.

In het navolgende worden - analoog aan het onderzoek van ten Horn - ontslagen ten gevolge van overlijden en ontslagen resulterend in directe overplaatsing naar een andere intramurale voorziening buiten beschouwing gelaten. De informatie heeft betrekking op de jaren 1981 tot en met 1984.

Om de verschillen tussen APZ en PAAZ weer te geven zullen voor de analyses en de presentatie van de resultaten naast de gebruikelijke kruistabellen enkele minder vaak gehanteerde methodieken gebruikt worden, namelijk enkele zogenoemde snorredozen (Tukey, 1977) en loglineaire modellen (Haberman, 1979; Everitt, 1977). Bovendien is met behulp van laatstgenoemde techniek een deel van de gepubliceerde gegevens van de noordelijke registerstudie opnieuw geanalyseerd en vergeleken met enkele van onze bevindingen.

Resultaten

In tabel 1 wordt het percentage ontslagen patiënten uit PAAZ en APZ per opnameduur gepresenteerd. De opnameduur is gesplitst in kort (tot 85 dagen) en lang (85 dagen en langer). In de tabel zijn de gegevens opgenomen van twee leeftijdscategorieën: van 15 tot 65 jaar en van 65 jaar en ouder.

Tabel 1.
Het aandeel van PAAZ en APZ in de ontslagen na kort- en langdurende opnamen (in een regio gedurende 1981-1984) voor twee leeftijdscategorieën.

opnameduur	15-64 jaar			65 jaar en ouder		
	APZ	PAAZ	N=	APZ	PAAZ	N=
tot 85 dagen	65.0	35.0	766	48.6	51.3	177
85 en meer	88.8	11.2	251	71.4	28.6	77
totaal	70.9	29.1	1017	55.5	44.5	254
van 15 patiënten is de leeftijd onbekend						

Tabel 1 laat zien dat de kortdurende opnamen van patiënten tot 65 jaar voor meer dan de helft (65.0%) in het APZ plaatsvinden. De PAAZ neemt iets meer dan de helft (51.3%) van de bejaarde patiënten voor zijn rekening.

De PAAZ is voor de langer opgenomen bejaarde patiënt - in vergelijking met de populatie tot 65 jaar - belangrijk: van opnamen van 12 weken en langer wordt 11.2% van de patiënten tot 65 jaar vanuit de PAAZ ontslagen, bij de bejaarden is dit percentage 28.6%. In het vervolg van dit artikel zullen wij ons beperken tot de kortdurende opnamen.

In figuur 1 wordt de opnameduur van patiënten - ontslagen binnen 84 dagen - weergegeven in een viertal snorredoen.

Figuur 1.
Opnameduur van ontslagen patiënten na kortdurend (tot 85 dagen) in APZ en PAAZ opgenomen te zijn, voor twee leeftijdscategorieën.

Een snorredoos deelt het aantal waarnemingen in vier gelijke delen; maar laat daarbij extreme waarden die de figuur onrealistisch zouden beïnvloeden, buiten beschouwing (in de eerste snorredoos aangegeven met de cirkeltjes boven lijn A). Het eerste kwartiel vinden we bij de horizontale lijn D. Op de Y-as wordt de bijbehorende opnameduur afgelezen. Een kwart van de patiënten van 15-65 jaar wordt na een opnameperiode variërend van 1 tot 8 dagen ontslagen uit het APZ.

Het tweede kwartiel (de mediaan) is met de horizontale lijn C gemarkeerd. Nog eens 25% wordt ontslagen na een opnameduur variërend van 9 dagen (D) tot 18 dagen (C): de helft van de (kortdurend) opgenomen patiënten wordt dus binnen 18 dagen uit het APZ ontslagen. De inkepingen bij C (taille) geven het 95% betrouwbaarheidsinterval van de mediaan weer. Overlappen deze intervallen van twee snorredoen elkaar niet (b.v. de eerste twee snorredoen uit figuur 1), dan verschillen de medianen significant van elkaar. De breedte van de snorredoen wordt bepaald door de wortel uit het aantal waarnemingen (Does, e.a., 1983). Zo blijkt uit de eerste twee snorredoen dat uit het APZ meer mensen - in de leeftijdscategorie 15 tot 65 jaar - worden ontslagen dan uit de PAAZ.

De opnameduur van patiënten tot 65 jaar is in de PAAZ langer dan in het APZ: de helft van de patiënten van de PAAZ is na 30 dagen ontslagen, bij het APZ is dit na 18 dagen het geval. Dit verschil is significant. Voor de 65+ groep treffen we de omgekeerde situatie aan: de opnameduur in het APZ is langer. De helft van de APZ patiënten is na 41 dagen ontslagen; van de PAAZ patiënten na 38 dagen. Dit verschil is echter niet significant.

Worden de ouderen en de jongeren binnen een instelling met elkaar vergeleken, dan blijkt dat de 65+ groep in het APZ significant langer verblijft dan de groep tot 65 jaar. De oudere patiënt in de PAAZ verblijft gemiddeld ook iets langer, maar dit verschil is niet significant.

In het navolgende willen wij de patiëntenpopulaties in beide voorzieningen analyseren naar gestelde diagnose, leeftijd en geslacht. In tabel 2 is een overzicht gegeven van patiënten die in de periode 1981-1984 binnen 85 dagen uit APZ en PAAZ ontslagen worden, uitgesplitst naar leeftijd (15-64 jaar en 65 jaar en ouder), le en heropname, voorziening en diagnose.

Tabel 2. Diagnostiek bij APZ en PAAZ-ontslagen binnen 85 dagen voor twee leeftijdscategorieën: voor alle, de eerste en de heropnamen.

15-64 jaar									
diagnose	totaal			le opn.			heropname		
	APZ	PAAZ	N=	APZ	PAAZ	N=	APZ	PAAZ	N=
dementie	50.0	50.0	8	50.0	50.0	8	-	-	0
psychose	85.6	14.4	278	64.9	35.1	74	93.1	6.9	204
pers.st.	100.0	0.0	33	100.0	0.0	7	100.0	0.0	26
verslaving	85.7	14.3	77	72.2	27.8	36	97.6	2.4	41
neur.dep.	2.5	97.5	40	0.0	100.0	24	6.3	93.7	16
neurose	56.4	43.6	140	37.3	62.7	75	78.5	21.5	65
divers	42.1	57.9	114	28.6	71.4	56	55.2	44.8	58
totaal	68.0	32.0	690	46.1	53.9	280	82.9	17.1	410
65 jaar en ouder									
diagnose	totaal			le opn.			heropname		
	APZ	PAAZ	N=	APZ	PAAZ	N=	APZ	PAAZ	N=
dementie	76.9	23.1	39	68.2	31.8	22	88.2	11.8	17
psychose	69.2	30.8	39	58.2	41.2	17	77.3	22.7	22
pers.st.	100.0	0.0	3	-	-	0	100.0	0.0	3
verslaving	25.0	75.0	4	25.0	75.0	4	-	-	0
neur.dep.	11.1	88.9	27	10.0	90.0	20	14.3	85.7	7
neurose	33.3	66.7	27	13.3	86.7	15	58.3	41.7	12
divers	33.3	66.7	18	11.1	88.9	9	55.6	44.4	9
totaal	50.3	49.7	157	35.6	64.4	87	68.6	31.4	70
onbekend: 104									

Voor de leeftijdscategorie 15-64 jaar zien wij dat het APZ de meeste psychosen (85.6%), alle persoonlijkheidsstoornissen en de meeste verslavingen (85.7%) voor zijn rekening neemt. De PAAZ daarentegen ziet vrijwel alle neurotische depressies (97.5%) en wat betreft de neurosen heeft de PAAZ een iets kleiner aandeel (43.6%) dan het APZ. Voor de leeftijdscategorie van 65 jaar en ouder zien wij ten dele eenzelfde verdeling. Zo heeft ook nu het APZ het grootste aandeel in de psychosen (69.2%). Van de neurotische depressies worden de meeste binnen de PAAZ behandeld (88.9%); datzelfde geldt voor de categorie neurosen (66.7%). Het APZ neemt ongeveer driekwart van de dementieën (76.9%) voor zijn rekening.

Van de hier gepresenteerde informatie betreffende kortdurende opnamen heeft een deel betrekking op heropnamen. De diagnostiek bezien voor de eerste en de heropnamen, levert geen wezenlijk ander beeld. Bij de heropnamen (voor jongere en oudere patiënten) zijn de eerdere constateringën nog wat uitgesprokener (psychosen en verslavingen), terwijl de categorie neurosen richting APZ verschuift.

Ten slotte is uit deze tabel af te lezen dat de PAAZ een belangrijke voorziening voor eerste opnamen is voor de 15-64 jarigen (53.9%), maar in nog sterkere mate voor de bejaarde populatie (64.4%). Wat betreft de heropnamen: deze vinden vooral in het APZ plaats (82.9% voor de 15-64 jarigen en 68.6% voor de 65 jarigen en ouder).

Bij 132 patiënten (ongeveer 16%) werd de diagnose in de categorie 'divers' ondergebracht (het betreft 114 15-64 jarigen en 18 65-plussers). Een groot deel van deze categorie 'divers' omvat tentamen-suicide (33%), terwijl verder een aantal patiënten gediagnostiseerd blijken onder de term aanpassingsreacties (20%). Verder zien wij enkele keren misbruik drugs, gedragsstoornissen e.d.. Suicides treffen wij voornamelijk in de PAAZ aan; de andere categorieën in beide voorzieningen.

In het navolgende zullen wij de patiënten van 15-64 jaar wat betreft de verdeling over de voorzieningen per leeftijdscategorie beschouwen, uitgesplitst naar diagnose en geslacht. Uit tabel 3 blijkt dat per diagnostische categorie de verdeling over de voorzieningen tamelijk constant is voor de drie onderscheiden leeftijdscategorieën.

Tabel 3. Diagnostiek bij patiënten (tot 65 jaar) ontslagen binnen 85 dagen uit APZ en PAAZ uitgesplitst naar enkele leeftijdscategorieën.

diagnose	15-24 jr			25-44 jr			45-64 jr		
	APZ	PAAZ	N=	APZ	PAAZ	N=	APZ	PAAZ	N=
dementie	-	-	0	50.0	50.0	2	50.0	50.0	6
psychose	89.7	10.3	29	89.4	10.6	141	79.6	20.4	108
pers.st.	100.0	0.0	6	100.0	0.0	14	100.0	0.0	13
verslaving	100.0	0.0	9	81.3	18.7	32	86.1	13.9	36
neur.dep.	0.0	100.0	2	0.0	100.0	13	4.0	96.0	25
neurose	70.0	30.0	10	58.6	41.4	70	51.7	48.3	60
divers	36.4	63.6	11	50.9	49.1	55	33.3	66.7	48
totaal	77.6	22.4	67	72.2	27.8	327	61.1	38.9	296
onbekend: 76									

De neurosen, die in de leeftijdsgroep 25-64 jaar gelijkelijk over beide voorzieningen verdeeld zijn, worden in de leeftijdscategorie 15-24 jaar meer in het APZ opgenomen. De categorie 'divers' wordt voornamelijk in de PAAZ aangetroffen bij de jongeren en de ouderen (respectievelijk 15-24 jaar 63.6% en 45-64 jaar 66.7%), terwijl de categorie 'divers' bij de middengroep (25-44 jaar) gelijkelijk is verdeeld over PAAZ en APZ (resp. 50.9 en 49.1%). De verdeling naar leeftijd en geslacht wordt in tabel 4 weergegeven.

Tabel 4. Verdeling naar geslacht van patiënten (tot 65 jaar) ontslagen binnen 85 dagen uit APZ en PAAZ uitgesplitst naar enkele leeftijdscategorieën.

geslacht	15-24 jr			25-44 jr			45-65 jr		
	APZ	PAAZ	N=	APZ	PAAZ	N=	APZ	PAAZ	N=
man	77.8	22.2	45	75.3	24.7	198	63.3	36.7	147
vrouw	66.7	33.3	27	62.8	37.2	164	54.1	45.9	185
totaal	73.6	26.4	72	71.6	28.4	362	58.2	41.8	332
onbekend : 0									

In de leeftijdscategorie tot 45 jaar wordt ongeveer driekwart van de mannen in het APZ opgenomen. Worden de mannelijke patiënten ouder, dan neemt de PAAZ iets meer mensen op. Eenzelfde beeld treffen we ook bij de vrouwelijke patiënt aan. Tot 45 jaar verblijft circa tweederde in het APZ. Van de 45+ groep gaat bijna de helft van de vrouwen naar de PAAZ. Voor ieder van de drie leeftijdscategorieën geldt dat de PAAZ relatief meer vrouwen opneemt.

De resultaten nader vergeleken

Hier worden onze resultaten met die van ten Horn nader vergeleken, waarbij wij ons beperken tot de ontslagen van patiënten in de leeftijdscategorie van 15 tot 65 jaar.

Daartoe zijn de resultaten op een andere wijze geanalyseerd; namelijk door middel van een loglineaire analyse (Norusis, 1985). Een dergelijke methode beoogt o.a. relaties vast te stellen tussen een gedichotomiseerde afhankelijke variabele en een set onafhankelijke variabelen van een laag meetniveau.

Allereerst hebben wij gezocht naar een loglineair model dat goed paste op de eerder gepubliceerde data met betrekking tot de afhankelijke variabele (soort ziekenhuis, APZ of PAAZ) en een tweetal onafhankelijke variabelen, te weten: de gestelde diagnose en een eerste of een heropname (zie ook tabel 4 in ten Horn, 1982).

Het uiteindelijke model -en de belangrijkste resultaten- zijn in tabel 5 gepresenteerd. Dit model heeft een perfecte 'goodness of fit' omdat het een verzadigd model betreft waarin dus alle mogelijke interacties zijn opgenomen. (Voor dit model is gekozen, omdat een eenvoudiger - zonder de drieweg-interactie - significant van de geobserveerde waarden afweek en dus niet als een weerspiegeling daarvan opgevat kon worden.)

Tabel 5. De resultaten van een heranalyse van ten Horn's data (ten Horn, 1982, p.601): een loglineair model waarin ziekenhuis als afhankelijke en diagnose (excl. dementie, divers en onbekend) en (her)opname als onafhankelijke variabelen zijn opgenomen (voor de leeftijdscategorie 15 tot 65 jaar).

<u>Model</u>	<u>Geschatte coëfficiënt</u>
<u>ziekenhuis</u>	
1. APZ	- 0.074
<u>ziekenhuis tegen (her)opname</u>	
2. 1e. opname	- 0.145
<u>ziekenhuis tegen diagnose</u>	
3. psychose	0.493
4. pers.st.	0.254
5. verslaving	0.103
6. neur.dep.	- 0.349
<u>ziekenhuis tegen (her)opname tegen diagnose</u>	
7. psychose	0.125
8. pers.st.	- 0.098
9. verslaving	0.303
10. neur.dep.	- 0.134

Associatiematen: concentration= 0.189 / entropy= 0.146

Goodness of fit statistics: likelihood ratio chi square=0 df=0 p=1.00
pearson chi square =0 df=0 p=1.00

De analyse heeft betrekking op 443 gevallen: 48 gevallen zijn niet in de analyse opgenomen.

De coëfficiënt voor de heropname is +0.145 en voor neurose -0.501, omdat de coëfficiënten behorend bij een variabele in dit model te zamen nul zijn. De coëfficiënten leren ons, dat de kans op een eerste opname in het APZ kleiner is dan in de PAAZ en dat een psychotische patiënt een grotere kans heeft in het APZ te belanden.

Uit de associatiematen is af te lezen hoe groot de reductie is ten aanzien van de fout-classificaties op de variabele soort ziekenhuis; de reductie m.b.v. dit model en deze variabelen is ongeveer 17%. Een soortgelijk model is voor onze eigen data bepaald. Daarin is echter de interactie tussen (her)opname en diagnose ten opzichte van het

soort ziekenhuis weggelaten, omdat dit geen substantiële bijdrage opleverde. (Dit omdat gekozen dient te worden voor het meest eenvoudige model, tenminste indien de 'goodness of fit statistics' het toelaten.)

De resultaten van beide loglineaire modellen lopen in grote lijnen parallel zij het dat er een belangrijk verschil ontstaat door het sterkere contrast tussen de voorzieningen in het zuidelijk registergebied: een verschil tot uiting komend in hogere associatiematen. (De foutreductie is voor onze data ongeveer 30% met behulp van de variabelen (her)opname en diagnose).

Vervolgens hebben wij enkele modellen, waarin ook andere variabelen opgenomen werden met behulp van onze data getest. De modellen waarin leeftijd en geslacht opgenomen werden voldeden niet; deze variabelen leverden nauwelijks een bijdrage ter verklaring van de scores op de onafhankelijke variabele. Hier presenteren wij een model, waarin (her)opname, diagnose en burgerlijke staat (teruggebracht tot twee categorieën) als onafhankelijke variabelen zijn opgenomen.

Tabel 6. De resultaten van een analyse over de kortdurende APZ en PAAZ opnamen in zuidelijk Zuid-Limburg: een loglineair model, waarin ziekenhuis als afhankelijke en diagnose (excl. dementie, persoonlijkheidsstoornis, divers en onbekend), (her)opname en burgerlijke staat (alleen of gehuwd) als onafhankelijke variabelen zijn opgenomen (voor de leeftijdscategorie 15 tot 65 jaar).

<u>Model</u>	<u>Geschatte coëfficiënten</u>
<u>ziekenhuis</u>	
1. APZ	0.040
<u>ziekenhuis tegen (her)opname</u>	
2. le. opname	- 0.483
<u>ziekenhuis tegen diagnose</u>	
3. psychose	0.717
4. verslaving	0.858
5. neur.dep.	- 1.759
<u>ziekenhuis tegen burgerlijke staat</u>	
6. alleen	0.245

Associatiematen: concentration= 0.404 \ entropy= 0.349

Goodness of fit statistics: likelihood ratio chi square= 2.21 df= 10
p= 0.994
person chi square = 2.87 df= 10
p= 0.953

De analyse heeft betrekking op 521 gevallen: 243 zijn niet in de analyse meegenomen (hiervan blijken 93 onbekend).

In dit model (tabel 6) zijn de diagnostische categorieën dementie, persoonlijkheidsstoornis (omdat deze alleen in het APZ voorkomen) en divers uitgesloten; het item burgerlijke staat is gecodeerd in gehuwd en alleenstaand (ongehuwd, gescheiden of weduwstaat). Vanuit dit model kan per cel worden bepaald, hoe groot de kans is, dat een bepaalde combinatie (als voorspelde waarde) voorkomt. Bijvoorbeeld: de kans dat een psychotische alleenstaande patiënt bij zijn eerste opname in het APZ terecht komt is 0.65 (en 0.35 voor de PAAZ). In het noorden zijn deze waarden (niet gedifferentieerd naar burgerlijke staat) 0.55 (APZ) en 0.45 (PAAZ).

Bij heropnamen van psychotische gehuwden is in het zuiden de kans 0.86 om in het APZ terecht te komen; voor alleenstaanden is die kans bij een heropname 0.95. In het noorden is de kans 0.75 voor psychotici (ongeacht de burgerlijke staat) om bij een heropname in het APZ terecht te komen. Gehuwde patiënten met een neurotische depressie hebben in het zuiden een zeer grote kans bij een eerste opname in de PAAZ terecht te komen (praktisch 1.0); voor de alleenstaande is die kans 0.98 (in het noorden is die kans 0.75).

Neurotici hebben in het zuiden een grotere kans dan in het noorden om bij een heropname in het APZ terecht te komen (namelijk 0.85 -alleenstaanden- en 0.60 -gehuwden- in het zuiden tegenover 0.29 in het noorden).

In het algemeen zijn in het zuiden de waarden wat betreft de 'kansen' extremer dan in het noorden. Ook geven de analyses aan dat de kans voor de verschillende categorieën om of in het APZ of in de PAAZ te worden opgenomen in dezelfde richting wijzen. M.a.w. neurotisch depressieve patiënten hebben -bij eerste en vervolgonamen- in beide regio's de meeste kans in de PAAZ terecht te komen. Datzelfde geldt voor neurotische patiënten bij een eerste opname; voor de heropnamen in het zuiden gaat dit niet meer en in het noorden wel op.

Ten slotte is het van belang erop te wijzen dat weliswaar de specificiteit voor beide voorzieningen in beide regio's op een vergelijkbare wijze aanwezig is, maar dat deze in het zuiden groter blijkt.

Discussie

Uit onze resultaten blijkt, dat bij patiënten jonger dan 65 jaar de opnameduur van kortdurende opnamen (tot 85 dagen) in de PAAZ langer is dan die in het APZ. Een vergelijking met de noordelijke regio leert, dat de opnameduur in de zuidelijke PAAZ niet langer is dan in de noordelijke PAAZ. Daarentegen ontslaat het zuidelijk APZ zijn patiënten sneller dan het noordelijk APZ.

Bezien we de diagnostische verdeling in beide regio's dan blijkt in het zuiden de categorie psychose vaker in het APZ voor te komen. Neurotische depressies komen in het zuiden bijna geheel voor rekening van de PAAZ, in de noordelijke regio treffen we deze diagnose meer (dan in de zuidelijke regio) aan binnen het APZ.

Er blijken in het zuiden naar verhouding meer heropnamen in het APZ plaats te vinden, terwijl de opnameduur in deze zuidelijke voorziening kort te noemen is. Om daaraan een negatieve konklusie te verbinden (Brook, 1984), lijkt ons mede gezien andere onderzoeksresultaten (Mattes, 1982) voorbarig.

Wat betreft de heropnamen zien wij in beide regio's dezelfde accenten met die restrictie, dat in het zuiden de heropnamen van neurotische patiënten voornamelijk in het APZ en in het noorden in de PAAZ plaatsvinden. De diagnose neurotische depressie treffen we in het zuiden bij een eerste opname uitsluitend bij de PAAZ aan, bij heropnamen komt deze categorie in geringe mate ook voor bij het APZ. Gelden de door ten Horn getrokken conclusies ook voor zuidelijk Zuid-Limburg ondanks enkele gesignaleerde verschillen?

De diagnostische verdelingen leiden niet tot afwijkende profielen voor overeenkomstige voorzieningen in beide regio's. In beide regio's zijn dezelfde accenten gesignaleerd. Uiteraard is het mogelijk, dat er diagnostische voorkeuren - per regio of per voorziening - bestaan die de resultaten beïnvloed kunnen hebben. Echter de geconstateerde verschillen tussen beide voorzieningen en overeenkomsten tussen beide regio's zijn groot.

Hoewel het aantal kortdurende opnamen in APZ en PAAZ in verhouding tot die in het noordelijk registergebied klein is en met name de PAAZ een klein aandeel in het aantal opnamen heeft, konden wij de bevindingen van ten Horn bevestigen. Zelfs blijkt onze verwachting, dat APZ en PAAZ in het zuiden in sterkere mate complementair zouden zijn dan in de door ten Horn onderzochte regio, uit te komen. Rigg-vorming lijkt ook positieve aspecten te hebben, zeker daar waar dit daadwerkelijk leidt tot afstemming van de GGZ-voorzieningen op elkaar. In dit licht bezien zou het interessant zijn om na te gaan in hoeverre de situatie in de noordelijke regio momenteel is veranderd. In ten Horn's en ons onderzoek is gebruik gemaakt van de grens van twaalf weken om kortdurende opnamen vast te stellen. Deze grens is - als reeds gezegd - tamelijk willekeurig te noemen. Wij pleiten ervoor de te onderzoeken opnamen op statistische gronden te selecteren. Dit zou kunnen gebeuren door de opnameduur van de PAAZ als criterium te stellen. We hebben een maat voor de beneden- en bovengrens van de opnameduur als we het 95% betrouwbaarheidsniveau uit de verdeling van de totale opnameduur in de PAAZ nemen. Bovendien zijn de PAAZ en het APZ niet de enige voorzieningen waar kortdurende opnamen plaatsvinden; om functies en taken binnen de totale GGZ vast te stellen zullen ook andere voorzieningen (zoals b.v. het Crisiscentrum in het zuiden waar tijdens de onderzoeksperiode meer dan 1000 kortdurende opnamen plaatsvonden) bij vervolgonderzoek betrokken moeten worden.

Vervolgens doet de vraag zich voor hoe de opnamen en de daarbij betrokken patiënten met elkaar vergeleken kunnen worden. In eerste instantie kunnen verschillende kruistabellen gemaakt worden. Het nadeel hierbij is dat, gezien de vele variabelen, al snel door de

bomen het bos niet meer wordt gezien. Een multi-variate techniek, zoals de boven gehanteerde loglineaire modellen, blijkt daartoe een oplossing aan te reiken.

noot 1: nu C.O.T.G. ofwel Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg.

noot 2: in eerdere publikaties is een inwoneraantal van ongeveer 200.000 gemeld. T.g.v. gemeentelijke herindelingen omvat de huidige registerregio iets minder inwoners.

noot 3: de kans wordt als volgt berekend: de van toepassing zijnde coëfficiënten worden opgeteld en met twee vermenigvuldigd; de antilog van dit getal geeft de kans aan. Dus de kans dat een psychotische alleenstaande patiënt bij een eerste opname in de PAAZ terecht komt, is als volgt berekend:

$$2 * (-0.040 + 0.483 - 0.717 - 0.245) = -1.038$$

de antilog van dit getal is 0.35.

Literatuur

- Abraham, R.E. & W.B. Gunning: De regionale psychiatrische kliniek en de psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis. Medisch Contact, 1976; 17: 513-520.
- Baldwin, J.A.: Linked record medical informationsystems. Proceedings of the Royal Society of London, series B, 1973; 184: 403-420.
- Brook, O.H.: Heropnemingen in de Algemene Psychiatrische Ziekenhuizen in de periode 1970 tot en met 1980. Tijdschrift voor Psychiatrie, 1984; 26: 500-525.
- Brook, F.G. & H.J.F.R. Hamers: GGZ gepeild. Een vergelijkend onderzoek met behulp van twee registers voor de geestelijke volksgezondheid. Tijdschrift voor Psychiatrie, 1985; 27: 115-127.
- Does, R., A. Koning, L. Strijbosch & L. Volovics: Syllabus. Data Analyse: exploratie en evaluatie. Capaciteitsgroep Medische Informatica en Statistiek, september 1983.
- Everitt, B.S.: The analysis of contingency tables. London, 1977.
- Giel, R. & G.H.M.M. ten Horn: Een psychiatrisch register als basis voor planning. Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde, 1976; 54: 148-153.
- Haberman, S.J.: Analysis of qualitative data. Vol. 2. Academic Press, New York, 1979.
- Häfner, H. & J. Klug: The impact of an expanding community mental health service on patterns of bed usage: evaluation of a four-year period of implementation. Psychological Medicine, 1982; 12: 177-190.
- Hamers, H.J.F.R., M.A.J. Romme & G.A.M. Driessen: Het (on)bedoelde gebruik van meer geestelijke gezondheidszorg voorzieningen. Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg, 1985; 13: 506-511.
- Hamers, H.J.F.R. & F.G. Brook: De GGZ in het noorden en zuiden des

- lands in 1981. Tijdschrift voor Psychiatrie, 1986; 28: 254-266.
- Hamers, H.J.F.R., M.A.J. Romme & M.W. deVries: Resistance, Privacy and Technology: comments on the negotiations of the case register in Maastricht. In: G.H.M.M. ten Horn, R. Giel, W.H. Gulbinat & J.H. Henderson (eds), Psychiatric Case Registers in Public Health, 1960-1985. Elsevier Science Publishers BV, 1986.
- Haveman, M.J.: De frequent opgenomen psychiatrische patiënt-draait de draaideur selectief (II). Tijdschrift voor Psychiatrie, 1980; 22: 267-277.
- Horn, G.M.H.H. ten: Kortdurende opnamen: eigen taken voor de PAAZ en het psychiatrisch ziekenhuis. Het Ziekenhuis, 1982; 11, vol.12: 601-603.
- Mattes, J.A.: The optimal Length of Hospitalization for Psychiatric Patients: A review of the Literature. Hospital and Community Psychiatry, 1982; 33 (10): 824-828.
- Norusis, M.J.: SPSS-X Advanced statistics guide. New York, 1985
- Tukey, J.W.: Exploratory Data Analyses. Reading, Massachusetts, 1977.
- Wing, J.K. & A.M. Hailey: Evaluating a community psychiatric service: Camberwell register 1961-1971. University Oxford Press, 1972.

8.3. Samenvatting

In dit hoofdstuk is gekeken naar het functioneren van de GGZ als regionale organisatie: uiteraard dienden op dit punt beperkingen aangebracht te worden. Een van de belangrijkste constatering hier is, dat het mogelijk blijkt de GGZ op zijn functioneren te beoordelen. En hoewel hierover (ook onderzoekstechnisch) veel meer te zeggen is (zie b.v. Beenackers, 1986), is deze constatering op zich al positief en uitnodigend voor verder onderzoek.

Hier werden een tweetal concrete vraagstellingen aan de orde gesteld: de eerste vraagstelling is erop gericht aan te geven hoe de (regionale) GGZ beleidsmatig omgaat met patiënten die of in de tijd opeenvolgend of op één moment gebruik van meer GGZ-voorzieningen maken. De hypothese -zoals die in hoofdstuk 5 geformuleerd is en hier ter toetsing voorligt- luidt als volgt: "de overlap tussen GGZ-voorzieningen is in vergelijking met het verleden in sterke mate 'gedekt' door samenwerkingsverbanden tussen die GGZ-instellingen." De achtergrond van deze hypothese is gelegen in de veronderstelling dat een deel van het z.g. dubbelgebruik functioneel te noemen zal zijn, maar dat er dan ook sprake dient te zijn van samenwerkingsverbanden, overlegstructuren, e.d. waardoor dit potentiëel functioneel gebruik van de zorg ook daadwerkelijk functioneel wordt, en de geboden (GG)zorg verbetert.

In het verleden bleek er -althans in een andere regio (ten Horn & Giel, 1978)- onvoldoende sprake van samenwerking tussen instanties die organisatorisch niet duidelijk bij elkaar behoorden, terwijl patiënten zich van deze grenzen maar weinig bleken (en nog blijken) aan te trekken. Paragraaf 8.2.1. bevat een beschrijving van de regionale GGZ die ik hier onderzocht, waarbij ook de aanwezige samenwerkingsverbanden en overlegstructuren geïnventariseerd werden. Daarnaast werd bekeken hoe het dubbelgebruik aanwezig was en in welke mate dit correspondeerde met de beschreven samenwerkingsverbanden en overlegstructuren.

Te concluderen is, dat 1) een groot deel van het dubbelgebruik correspondeert met de aangebrachte dwarsverbanden in de GGZ en dit dubbelgebruik functioneel te noemen is, 2) het dubbelgebruik in de regio zuidelijk Zuid-Limburg in vergelijking met dat in de noordelijke registerregio qua omvang zeker niet gering is en 3) de verschijningsvorm van het dubbelgebruik in deze regio ten dele anders is dan in de noordelijke regio ten gevolge van een andere GGZ-structuur (b.v. voor 1978 het ontbreken van een RIAGG in het noorden en de aanwezigheid van een 24-uurs bereikbaarheidsdienst sinds 1980 in het zuiden).

De hypothese als gesteld in hoofdstuk 5 dient geaccepteerd te worden: wel behoort daarbij de opmerking dat de toetsing plaats vindt door een vergelijking in de tijd en in de ruimte, immers de GGZ in de regio zuidelijk Zuid-Limburg nu (1981) tegenover die in een middelgrote gemeente in het noorden van Nederland toen (1974).

De volgende hypothese wordt langs dezelfde weg getoetst. Om deze hypothese "in vergelijking met het verleden is er een duidelijker taakafbakening wat betreft kortdurende opnamen in het APZ en de PAAZ" te toetsen werden vooreerst de kortdurende opnamen in die GGZ-voorzieningen in het zuiden (1981-1984) besproken. De bevindingen werden vervolgens vergeleken met die van ten Horn (1982) betrekking hebbend op kortdurende opnamen in APZ en PAAZ vanuit de noordelijke register-regio gedurende de periode 1974-1978.

Kort gesteld kan geconcludeerd worden, dat de bevindingen van ten Horn in het zuiden gerepliceerd konden worden; echter ook bleek dat de functies van APZ en PAAZ in het zuiden beter t.o.v. elkaar te onderscheiden zijn met behulp van de in die GGZ-voorzieningen plaatsvindende kortdurende opnamen.

Gesteld kan worden, dat de vermoede onduidelijkheid (inzake de functieafbakening van APZ en PAAZ t.a.v. kortdurende opnamen) in de zeventig jaren al niet zo groot was, maar ook dat de afbakening in het zuiden -wellicht t.g.v. RIGG-vorming en een beleidsmatige onderlinge afstemming tussen de GGZ-voorzieningen- nu groter is dan toen in het noorden.

Het is in die zin -door het kunnen accepteren van beide hypothesen betreffende de GGZ als organisatie- dat de rationaliteit waaraan de GGZ immers ook getoetst dient te worden, in de tijd lijkt te zijn toegenomen: overigens wil dat niet zeggen dat er in dit opzicht geen wensen meer te formuleren zouden zijn, integendeel. Wel blijkt dat dergelijke wensen vertaald kunnen worden in te beantwoorden vragen, waarbij deze antwoorden in praktisch handelen omgezet kunnen worden. Definitieve conclusies t.a.v. het functioneren van de gehele GGZ mogen n.a.v. de hier gepresenteerde deelstudies niet getrokken worden. Wel zouden wij iets meer zekerheid verkrijgen, indien b.v. in die middelgrote gemeente in het noorden van Nederland soortgelijke ontwikkelingen als in het zuiden te constateren zouden zijn. Toch moet gewaarschuwd worden tegen het al te gemakkelijk, te snel generaliseren n.a.v. regionale deelstudies: uiteindelijk kan alleen het verrichten van analoge studies in meer delen van Nederland daartoe een gerechtvaardigde aanleiding zijn. Wat dat betreft moeten we wachten op de resultaten van nieuwe registers en/of op resultaten van anderssoortige onderzoeken elders in Nederland.

HOOFDSTUK 9

BEHOEFTE AAN GGZ EN SAMENGESTELDE GELIJKHEID

9.1. Inleiding

In dit hoofdstuk wordt een uitwerking gegeven vanuit de in hoofdstuk 7 gedane constatering dat niet iedere categorie in de samenleving eenzelfde kans heeft met de GGZ in aanraking te komen.

Dit hoofdstuk is opgebouwd uit twee onderdelen. In het eerste wordt op een drietal wijzen per buurt van een stad van ongeveer 110.000 inwoners het incidentiecijfer bepaald. Bovendien worden de aldus verkregen cijfers voor o.a. de leeftijdsopbouw per buurt gecorrigeerd.

In de tweede paragraaf worden deze gecorrigeerde cijfers (SMR's) vergeleken met een aantal andere zaken gemeten op buurtniveau, die op hun beurt ook iets vertellen -als indicator- over de kwaliteit van het bestaan (c.q. over pogingen samengestelde gelijkheid te realiseren).

9.2. Maatschappelijke kwetsbaarheid en aangemelde morbiditeit

In deel I heb ik beredeneerd dat die groepen in de samenleving die op een punt -wat betreft een 'sociaal goed'- compensatie nodig hebben, ook een meer dan toevallige kans lopen voor andere 'sociale goederen' compensatie te behoeven.

De sociale en ruimtelijke spreiding van psychiatrische morbiditeit

H.J.F.R. Hamers^{*}

Inleiding

Geluk en ongeluk - wisselend uitgedrukt in termen als welzijn, gezondheid, het ontbreken van allerhand problemen, etc. - blijken niet met behulp van een dobbelsteen over de bevolking verdeeld te zijn.

Zo blijkt de Amsterdamse populatie opgesplitst naar buurten een grote variatie te kennen wat betreft een drietal gezondheidsindicatoren, te weten sterfte, ziekenhuisopname en langdurige arbeidsongeschiktheid (Habbema e.a., 1980 en van den Bos e.a., 1981): een relatie tussen sociaal-economische status (SES) en gezondheid blijkt aanwezig. Voor Rotterdam (Verdonk, 1979) werd op een soortgelijke wijze een verband geconstateerd tussen SES en geestelijke gezondheid (beide indicatoren werden ook weer op buurniveau gemeten). Hoewel Bosma (1975) voor Nijmegen -een stad aanzienlijk minder grootsteeds als Rotterdam en Amsterdam- aantoonde, dat daar een a-typisch patroon wat betreft de psychiatrische opnamen voorkwam, was er voor ons de nodige twijfel of wij voor een provincie stad als Maastricht (met ongeveer 110.000 inwoners) grote (en stabiele) verschillen tussen geografische eenheden wat betreft de aangemelde psychiatrische morbiditeit zouden aantreffen. Immers, Maastricht kent niet alle vormen van de rand-(groot)stedelijke problemen en hoewel de populatie in zijn geheel relatief achtergesteld is, zijn de sociaal-economische tegenstellingen niet zo groot (zie ook Sociaal Cultureel Planburo, 1980 en van Wagenberg, 1982).

Omdat de hierboven aangehaalde literatuur grotendeels gebaseerd is op administratief bepaalde aantallen -d.w.z. dat op indirecte manier uitspraken omtrent de (geestelijke) gezondheidstoestand van subpopulaties gedaan worden-, is voorzichtigheid geboden. Zo werd onlangs geconstateerd dat juist die categorieën die het meest geplaagd worden door een slechte geestelijke gezondheid het minste met de psycho-sociale hulpverlening in aanraking komen (Raats e.a., 1987). Naar aanleiding hiervan zijn twee opmerkingen te maken. De eerste is inhoudelijk van aard: als de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) de categorieën met de slechtste geestelijke gezondheid het minst bereikt, dan is zij kennelijk slecht op haar taak berekend.

^{*} als socioloog verbonden aan de vakgroep Sociale Psychiatrie van de Rijksuniversiteit Limburg.

De tweede opmerking is methodisch van aard: indien de uitspraak van Raats en de zijnen algemeen geldig is, dan leert het administratief bepaalde (incidentie- en prevalentie-) cijfer ons 'als indicator' niets omtrent de verdeling van de werkelijke morbiditeit in de populatie. Ook het filtermodel van Goldberg (Goldberg & Huxley, 1981) geeft steun aan de uitspraak dat de aangemelde morbiditeit geen goede weergave behoeft te zijn van de spreiding van de werkelijke morbiditeit. Immers vanuit dit model mag verondersteld worden, dat niet iedereen in de populatie -bij overeenkomstige pathologie- eenzelfde kans heeft met de GGZ in contact te komen. Achtereenvolgens kan er een discrepantie tussen pathologie en 'gerealiseerde behoefte' 1) ontstaan door 1.) hulpzoekgedrag (o.a. richting 1e lijn en GGZ-sector) 2.) (verwijs)gedrag van 1e lijns functionarissen en 3.) GGZ-factoren (zoals afstand tot de populatie, GGZ-omvang, veronderstelde effectiviteit, image, p.r.-activiteiten, etc.). Toch zijn er redenen te over ons vooralsnog te beperken tot de aangemelde morbiditeit (o.a. vanwege de beschikbaarheid van deze en niet van andere data, andere data die bovendien slechts op een kostbare wijze te vergaren zouden zijn).

De interesse in administratieve incidentiecijfers ontstond uit twee overwegingen. In de eerste plaats omdat daarin de (gerealiseerde) behoefte aan GGZ tot uitdrukking komt en zodoende tot uiting komt voor wie de GGZ feitelijk werkt. Bovendien -in de tweede plaats- als blijkt dat de (gerealiseerde) behoefte in sterke mate aanwezig is in categorieën die in bevolkingsonderzoeken als risicogroepen gesignaleerd worden, dan mogen wij veronderstellen dat er een samenhang bestaat tussen behoefte aan GGZ en de mate waarin er in subpopulaties psychiatrische pathologie aanwezig is. Indien deze laatste veronderstelling onderbouwd kan worden, dan zijn wellicht de (sociale) determinanten inzake geestelijke ongezondheid te achterhalen en kunnen wij nieuwe hypothesen genereren, c.q. ter toetsing van oudere hypothesen materiaal verschaffen.

De vraagstelling "hoe is de sociale en ruimtelijke spreiding van de aangemelde psychiatrische morbiditeit" zal hier aan de orde komen: over hoe deze aangemelde spreiding zich verhoudt tot de ware morbiditeit zal hier beslist niet het laatste woord gezegd worden.

Methode

In feite is onze werkwijze erop gericht om de top van de ijsberg te beschrijven -het gedeelte van de psychiatrische morbiditeit dat boven water, bij de GGZ, komt- en daarmee uitspraken te doen over de totale ijsberg. Hoewel wij geen informatie hebben over datgene aan morbiditeit dat niet bij de GGZ verschijnt, hebben wij de mogelijkheid te bezien hoe de verdeling over de echelons in de GGZ zelf uitvalt: m.a.w. wij hebben de mogelijkheid tot op zekere hoogte de stand van de waterspiegel te manipuleren. Immers als top van de ijsberg kunnen wij het incidentiecijfer nemen welke samenhangt met

1.) alleen de intramurale GGZ, 2.) alleen de semi- en de intramurale GGZ en 3.) alle GGZ-voorzieningen, dus de extra-, de semi- en de intramurale GGZ. In figuur 1 ziet de metafoor er als volgt uit:

Figuur 1.

Omtrent 'waterspiegel' 4 en 5 hebben wij geen informatie, maar de veronderstelling is dat indien er een rechte lijn gaat door de punten 0, 1, 2 en 3 die lijn zijn weg recht zal vervolgen door de punten 4 en 5. Anders gezegd, indien de incidentiecijfers gemeten voor diverse subpopulaties op de punten 1, 2 en 3 met elkaar samenhangen gaan wij er voorsnag van uit dat zij -in relatieve zin- goede uitspraken doen inzake de werkelijke morbiditeit in die subpopulatie. Deze benadering is elders (DeVries e.a., 1986) uitgebreider verantwoord.

Vooreerst hebben wij besloten ons onderzoek te beperken tot de stad Maastricht (ongeveer 110.000 inwoners), omdat zodoende de afstand tussen de populatie en de GGZ -vrijwel geheel in Maastricht aanwezig- constant gehouden wordt. Welliswaar kost het vanuit enkele buurten iets meer tijd dan gemiddeld om de GGZ -of een onderdeel daarvan- te bereiken, maar in een stad die op een willekeurig moment van de dag in een willekeurige richting in ongeveer tien minuten per auto te 'doorkruisen' is, mogen wij aannemen dat afstand geen rol zal spelen voor de populatie om al dan niet gebruik van de GGZ te maken.

Bekend is dat een aantal categorieën -gevormd met behulp van eenvoudige demografische variabelen als leeftijd en burgerlijke staat- meer dan anderen gebruik van de GGZ maken (Giel & ten Horn, 1981; Hamers & Driessen, 1986): wellicht kennen deze categorieën ook meer pathologie, althans daarvoor is in diverse bevolkingsonderzoeken steun te vinden (Henderson e.a., 1981; Offerhaus, 1984 en Hodiament e.a., 1986).

Binnen onze onderzoekspopulatie zullen vooreerst de aantallen (per 1000 inwoners in de verschillende categorieën) berekend en

weergegeven worden: vervolgens kan verwacht worden dat vanwege een specifieke demografische opbouw van een subpopulatie de (gerealiseerde) behoefte aan GGZ vanuit een aantal ruimtelijke eenheden groot zal zijn. Wij wensen subpopulaties met elkaar te vergelijken waarbij wij niet zozeer geïnteresseerd zijn in de invloed van een specifieke populatieopbouw, maar waarbij deze invloed uiteraard niet ontkend mag worden. Daarom hebben wij ons incidentiecijfer omgewerkt naar een SMR (standardised morbidity ratio) ofwel indirect gestandaardiseerd voor leeftijd en burgerlijke staat waarbij de totale populatie van Maastricht en het daarbij per burgerlijke staat en per leeftijdscategorie behorend incidentiecijfer als referentie heeft gediend (zie o.a. Sturmans, 1983 en v.d.Maas & Habbema, 1981).

De administratieve incidentiecijfers als hierboven bedoeld zijn met behulp van een gevalsregister voor de GGZ bepaald. De mogelijkheden van een dergelijk register zijn breed en liggen op het vlak van zowel gezondheidszorgonderzoek alsook epidemiologisch onderzoek (Giel & ten Horn, 1976). In het register zijn de gegevens opgeslagen van personen woonachtig in een omschreven gebied en in contact met de GGZ; deze gegevens worden zodanig opgeslagen dat patiëntstromen en patiëntcarrières gereconstrueerd kunnen worden. Ook administratieve incidentie- en prevalentiecijfers zijn alleen m.b.v. deze onderzoeksmethode vast te stellen.

Het register is gestart op 1 januari 1981 en keek daarbij drie maanden in de tijd terug. Onze incidentietelling hebben wij op 1 januari 1982 laten starten en loopt door t/m 31 december 1985. Dat wil zeggen dat iedereen (woonachtig in Maastricht), die gedurende de laatste drie maanden van 1980 en 1981 niet en in de periode van 1 januari 1982 tot 1 januari 1986 wel met de GGZ in contact kwam, in het incidentiecijfer werd opgenomen. Vervolgens hebben wij drie soorten incidentiecijfers bepaald. Het eerste incidentiecijfer is gebaseerd op een definitie van de GGZ waarbij alle GGZ-voorzieningen betrokken zijn (voor een overzicht van de bij het register betrokken voorzieningen zie Hamers e.a., 1986), het tweede incidentiecijfer is gekoppeld aan een definitie van de GGZ waarbij alle semi- en intramurale GGZ-voorzieningen als GGZ zijn geoormerkt. Tenslotte het derde incidentiecijfer dat -alleen intramurale GGZ-voorzieningen- in feite staat voor alle eerste psychiatrische opnamen. Deze drie incidentiecijfers zijn gestandaardiseerd en geïndexeerd en worden per buurt weergegeven. Hierbij is gebruik gemaakt van de gegevens per buurt zoals die verkregen konden worden van de afdeling Onderzoek en Statistiek van de gemeente Maastricht. De werkwijze aangaande het standaardiseren is als volgt in zijn werk gegaan: per leeftijds- en per burgerlijke staat categorie is voor geheel Maastricht bekend hoeveel incidentiegevallen er zijn. Per buurt -vanuit het werkelijk aantal inwoners per categorie in de buurtpopulatie- is dus te berekenen hoeveel incidentiegevallen er (per categorie) op basis van het stedelijk getal verwacht mogen worden en het geobserveerd aantal

(per categorie) is uiteraard bekend: uit die verhouding komt de (indirect) gestandaardiseerde morbiditeitsratio naar voren.

Resultaten

Het feitelijk gemiddeld incidentiecijfer (6738 incidentiegevallen gedurende 4 jaren) voor Maastricht bedraagt 14.77 per 1000 inwoners per jaar: enkele kleinere buurten (kleine populatie, een industrie-terrein, e.d.) zijn buiten beschouwing gelaten, zodat onze data betrekking hebben op 34 buurten. Van 4.8% van de maastrichtse incidentiegevallen was de buurt onbekend of betrof het een van de kleinere verder buiten beschouwing blijvende buurten (netto blijkt dan 3.5% onbekend): het incidentiecijfer over de 34 buurten (gemiddeld 113.893 inwoners) bedraagt 14.08 per 1000 inwoners per jaar (6414 incidentiegevallen).

Alvorens onze data nader te analyseren was onze eerste zorg gericht op de mate waarin onze gegevens per buurt stabiel in de tijd zouden zijn. Uiteraard zullen over langere perioden -b.v. een buurt die verpaupert of waar zich juist stadsvernieuingsprocessen afspelen- veranderingen kunnen plaatsvinden: echter gedurende kortere perioden moet vooreerst verwacht worden dat er ieder jaar uit een buurt ongeveer evenveel nieuwe gevallen zullen optreden.

In tabel 1 is afleesbaar dat de stabiliteit over die periode van vier jaren groot is: m.a.w. per buurt per jaar ziet de GGZ ongeveer evenveel nieuwe patiënten (in de zin van incidentiegevallen).

Tabel 1. De correlatiecoëfficiënten tussen de absolute aantallen incidentiegevallen (alle GGZ-voorzieningen) per buurt (N=34) en per jaar.

	1983	1984	1985
1982	0.92*	0.90*	0.91*
1983	-	0.96*	0.95*
1984	-	-	0.96*

* significant < 0.01

Zoals al gezegd heeft niet iedere categorie in de populatie evenveel kans om met de GGZ in aanraking te komen: indien wij de incidentiecijfers per buurt willen bezien dan zal hiermee rekening gehouden moeten worden. In tabel 2 is aangegeven dat controleren op leeftijd en burgerlijke staat noodzakelijk is; opvallend is overigens dat de getallen per 1000 inwoners in de onderscheiden categorieën voor de drie incidentiecijfers parallel lopen. Zo hebben gescheiden personen

een grote kans met alle voorzieningen in aanraking te komen, maar is ook het incidentiecijfer van de gescheidenen wat betreft intramurale voorzieningen hoog. Buurten waar b.v. veel gescheidenen en bejaarden wonen zullen om die reden hogere incidentiecijfers hebben: standaardiseren voor leeftijd en burgerlijke staat is dus noodzakelijk.

Tabel 2. Voor geheel Maastricht de aantallen per 1000 inwoners voor drie incidentiecijfers (1982-1985) voor de gehele populatie, naar leeftijd en naar burgerlijke staat weergegeven als gemiddeld cijfer per jaar.

categorie	incidentiecijfer per 1000 inwoners		
	gehele GGZ	semi/intra GGZ	intra GGZ
ongehuwden	12.136	2.594	1.127
gehuwden	12.740	2.900	1.466
gescheiden	32.672	8.914	4.780
weduwstaat	18.248	5.047	4.807
0-19 jr.	9.673	2.271	0.085
20-39 jr.	17.471	3.020	1.274
40-69 jr.	10.749	2.698	1.751
70 jr. e.o.	23.197	7.433	6.477

FIGUUR 2.

TOTALE INCIDENTIE IN MAASTRICHT
1982 - 1985.

signifikaant meer incidentiegevallen
signifikaant minder incidentiegevallen

Tabel 3 geeft de gestandaardiseerde morbiditeits ratio's (alle voorzieningen SMRe; semi- en intramurale voorzieningen SMRs en intramurale voorzieningen SMRi) voor de afzonderlijke buurten. Op het eerste gezicht blijkt al dat de drie SMR's onderling samenhangen, terwijl uit de tabel -zie ook figuur 2- duidelijk blijkt welke buurten significant meer incidentiegevallen dan verwacht kennen, danwel juist significant minder: het toetsen is geschied op een wijze als door v.d.Maas & Habbema (1981) aangegeven.

Tabel 3. De drie gestandaardiseerde morbiditeitsratio's en de absolute aantallen incidentiegevallen.

BUURT	SMRe (N)	SMRs (N)	SMRi (N)
city	120.91 (113)	98.88 (21)	100.92 (11)
jekerkwartier	166.58*(153)	137.33 (31)	165.32 (22)
kommelkwartier	106.64 (131)	135.76 (43)	162.80 (33)
statenkwartier	160.46*(152)	135.01 (30)	139.64 (17)
boschstraatkwartier	114.41 (76)	94.98 (14)	148.69 (11)
maartenspoort	120.78 (115)	140.03 (32)	148.79 (19)
wijck	138.20*(164)	231.21 (62)	224.15 (31)
villapark	62.06*(109)	45.62 (19)	52.85 (12)
jekerdal	60.28*(48)	63.60 (12)	68.89 (7)
biesland	68.89*(69)	61.21 (15)	85.09 (12)
campagne	86.36 (74)	119.66 (26)	144.24 (19)
wolder	56.89*(56)	45.41 (10)	29.61 (3)
brusselse poort	87.13*(224)	61.31 (38)	55.87 (20)
mariaberg	114.40*(321)	143.03 (97)	131.19 (50)
belfort	88.95 (163)	61.20 (26)	72.81 (16)
pottenberg	96.70 (179)	117.24 (50)	125.05 (27)
malpertuis	93.98 (161)	109.71 (44)	85.99 (18)
caberg	110.37 (246)	130.20 (68)	121.30 (33)
oud caberg	72.87*(75)	29.43 (7)	42.75 (5)
malberg	132.26*(528)	159.52 (147)	112.21 (51)
daalhof	117.29*(548)	87.51 (92)	79.35 (39)
boschpoort	58.25*(47)	50.05 (10)	69.06 (8)
wijckerpoort	103.82 (223)	110.30 (57)	120.01 (35)
akerpoort	110.83 (165)	111.66 (39)	91.59 (17)
oostermaas	127.56*(393)	149.29*(109)	109.85 (43)
nazareth	96.23 (212)	104.83 (54)	91.16 (25)
limmel	97.77 (123)	76.65 (22)	48.10 (7)
scharn	64.48*(184)	65.29 (44)	76.88 (28)
amby	85.35*(211)	89.95 (51)	95.93 (27)
borgharen	96.18 (114)	74.87 (20)	70.46 (9)
itteren	68.86 (54)	54.88 (10)	51.44 (5)
heugem	100.23 (158)	114.31 (41)	125.85 (22)
heer	71.42*(299)	71.15 (68)	77.84 (37)
de heeg	142.61*(526)	118.92 (95)	74.45 (24)
MAASTRICHT	100.00 (6414)	100.00 (1504)	100.00 (743)
S.D.	28.69	41.86	42.27

* significant van het gemiddeld afwijkend

De toetsing is sterk afhankelijk van het aantal gevallen per buurt, waardoor de SMRs en de SMRi nergens, een enkele keer uitgezonderd, significant blijken af te wijken.

In tabel 4 zijn de correlatiecoëfficiënten tussen de drie SMR's weergegeven; hieruit blijkt dat zij sterk samenhangen en dat dit -zeker wat betreft de correlatie tussen SMRe en de andere twee SMR's- niet toe te schrijven is aan het aantal 'gezamenlijke' incidentiegevallen. Anders gezegd de drie SMR's lijken in sterke mate hetzelfde op buurniveau te meten.

Tabel 4. De correlatiecoëfficiënten tussen de drie SMR's.

	SMRs	SMRi	gebaseerd op aantal incidentiegevallen
SMRe	0.78*	0.66*	6414
SMRs	-	0.88*	1504
SMRi	-	-	743
* significantie < 0.01			

Tabel 5. De correlatiecoëfficiënten: de SMR's en de geobserveerde aantallen per 1000 inwoners (leeftijd en burgerlijke staat).

	ongeh.	gehuwd	gesch.	weduwst.	0-19j	20-39j	40-69j	70j eo
SMRe	0.78*	0.76*	0.26	0.43*	0.72*	0.89*	0.67*	0.57*
SMRs	0.53*	0.45*	0.20	0.55*	0.49*	0.79*	0.44*	0.57*
SMRi	0.55*	0.26	0.03	0.52*	0.48*	0.64*	0.25	0.48*
* significant < 0.01								

In tabel 5 zijn de correlaties tussen de SMR's enerzijds en de geobserveerde aantallen per 1000 voor enkele onderscheiden subpopulaties anderzijds opgenomen. Hieruit mag geconcludeerd worden -gezien de hoge correlaties, uitgezonderd voor de gescheiden populatie- dat ongeacht de hoogte van de SMR op buurnivo telkens dezelfde categorieën in relatieve zin onder- danwel oververtegenwoordigd zijn. Ofwel er blijkt een algemene buurfactor aanwezig die de drie SMR's hoog danwel laag doen zijn.

Discussie

Gebleden is dat 1.) het aantal incidentiegevallen per buurt over een periode van vier jaar stabiel is, 2.) de drie gestandaardiseerde morbiditeitsratio's nauw met elkaar samenhangen c.q. hetzelfde lijken te meten en er mogelijk een onafhankelijke buurfactor aanwezig is die 3.) ervoor verantwoordelijk geacht kan worden dat geestelijke gezondheid -uitgedrukt als gerealiseerde behoefte- niet toevallig over de populatie van Maastricht verdeeld is. Ten slotte 4) bleken een aantal categorieën oververtegenwoordigd: daarmee konden eerdere

bevindingen gerepliceerd worden.

Uit een reeks opeenvolgende onderzoeken (Brook & Hamers, 1985; Hamers & Brook, 1986; Hamers & Driessen, 1986) groeit bij ons een steeds toenemend vertrouwen in de geldigheid van administratieve incidentie-cijfers als indicatoren voor de psychische morbiditeit in subpopulaties. Deze geldigheid is echter alleen aanwezig onder aanname van een gelijk (quantitatief en kwalitatief) hulpaanbod voor de (sub)populaties.

De verdeling van de aangemelde psychiatrische morbiditeit blijkt niet volgens de concentrische zone-theorie aanwezig. Wel blijkt dat de centrumbuurtten een hoge morbiditeit kennen; dat geldt echter ook voor een aantal buurten die verder van het centrum of zelfs aan de rand van de stad gelegen zijn. Over de gehele linie lijkt een duidelijk verband met de sociaal-economische status van de buurten aanwezig: dit verband zal in een volgend artikel uitgewerkt worden.

noot 1.

Onder gerealiseerde behoefte verstaan wij dat deel van de 'psychische ellende' dat door de omgeving, de 1e. lijns voorzieningen en de patiënt als zwaar genoeg beleefd wordt om door de GGZ behandeld te worden en waarbij aan de beoogde behandeling kennelijk op voorhand enig vertrouwen is gegeven.

Literatuur

- Bos, T. van den, A. Lau-IJzerman, J.D.F. Habbema & P.J. van der Maas: Ongezondheid in de grote stad (I & II). Medisch Contact, 1981; 12 & 13: 335-340, 385-89.
- Bosma A.: De ruimtelijke spreiding van klinisch psychiatrische patiënten in Nijmegen. Tijdschrift voor Psychiatrie, 1975; 17 (4): 273-282.
- Brook F.G. & H.J.F.R. Hamers: GGZorg gepeild. Een vergelijkend onderzoek met behulp van twee Registers voor de Geestelijke Volksgezondheid. Tijdschrift voor Psychiatrie, 1985; 27 (2): 115-127.
- DeVries M.W., H.J.F.R. Hamers & F. Sturmans: The use of the case register in making epidemiological research more cost-efficient. In: G.H.M.M. ten Horn, R. Giel, W.H. Gulbinat & J.H. Henderson (Eds). Psychiatric Case Registers in Public Health, 1960-1985. Elsevier Science Publishers BV, 1986.
- Giel, R & G.H.M.M. ten Horn: Een psychiatrisch register als basis voor planning. Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde, 1976; 54: 148-153.
- Giel R. & G.H.M.M. ten Horn: De verhouding tussen hulp-vraag en -aanbod: risicogroepen in de GGZ. Tijdschrift voor Psychiatrie, 1981; 23: 504-521.
- Goldberg, D. & P. Huxley: Mental illness in the community. London, 1981.
- Habbema, J.D.F., T. van den Bos, A. Lau-IJzerman & P.J. van der Maas: Onderzoek naar verschillen in sterfte, ziekenhuisopname en langdurige arbeidsongeschiktheid tussen buurten in Amsterdam. Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde, 1980; 58: 101-106.

- Hamers H.J.F.R. & G.A.M. Driessen:** De geestelijke gezondheidszorg en haar risikogroepen. Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg, 1986; 64, nr. 17: 562-567.
- Hamers H.J.F.R., M.A.J. Romme & M.W. deVries:** Resistance, Privacy and technology: Comments on the negotiations to establish the case register in Maastricht. In: G.H.M.M. ten Horn, R. Giel, W.H. Gulbinat & J.H. Henderson (Eds). Psychiatric Case Registers in Public Health, 1960-1985. Elsevier Science Publishers BV, 1986.
- Hamers H.J.F.R. & F.G.Brook:** De GGZorg in het noorden en zuiden des lands in 1981. Tijdschrift voor Psychiatrie, 1986; 28: 254-266.
- Henderson, S., D.G. Byrne & P. Duncan-Jones:** Neurosis and the social environment. Canberra, 1981.
- Hodiamont, P., E. ter Heine, P. Heyendaal, J. Furer & P. Peer:** Psychiatrische en psychosociale problematiek: overeenkomst en verschil. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid, 1986; nr.2: 128-144.
- Maas, P.J. van der & J.D. Habbema:** Standaardiseren van ziekte- en sterftcijfers: mogelijkheden en beperkingen. Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde, 1981; 59, nr.8: 259-270.
- Raats G., R.Sanderma & J.Ormel:** Ongelijke kansen op geestelijke gezondheid(szorg). Verslag naar het voorkomen van risicogroepen ten aanzien van de geestelijke gezondheid in Nederland. Vakgroep Medische Sociologie, Groningen, 1987.
- Sociaal Cultureel Planburo:** S.C.P. cahier no. 14, 1980.
- Sturmans F.:** Epidemiologie. Theorie, methoden en toepassing. Dekker & v.d.Vegt, Nijmegen, 1983.
- Wagenberg H. van:** Rangorde van sociale achterstand in de buurten van de gemeente Maastricht en van de gemeente Maastricht in vergelijking met een aantal Limburgse en Nederlandse gemeenten, Dienst Welzijnszaken Maastricht, 1982.

Behoeftte aan GGZ in relatie tot samengestelde gelijkheid

H.J.F.R.Hamers^{*}

Inleiding

Het bepalen van de behoefte aan (A)GGZ blijkt geen eenvoudige zaak. Bijl en Mastboom (1986) concluderen, dat bevolkingsonderzoekingen -het vaststellen in objectieve of in subjectieve zin van psychische ellende- ons op dit punt niet verder brengen. Ook wij (o.a. DeVries e.a., 1986; Hamers & Driessen, 1986) zijn van mening dat aan het loket -de geestelijke gezondheidszorgvoorzieningen (GGZ)- voorlopig de beste indicatoren te vinden zijn, omdat daar blijkt wat de gerealiseerde behoefte is: d.w.z. dat deel van de 'psychische ellende' dat door de omgeving, de le lijnsvoorzieningen en de patiënt zelf als zwaar genoeg beleefd wordt om door de GGZ behandeld te worden en waarbij aan de beoogde behandeling kennelijk enig vertrouwen wordt gegeven. Dat er tussen mogelijke behoefte en gerealiseerde behoefte een grote discrepantie aanwezig is, mede ten gevolge van de werking van filters tussen populatie en GGZ en ten gevolge van de omvang van de GGZ (zie b.v. Goldberg & Huxley, 1981) behoeft hier nauwelijks vermeld te worden. De centrale vraag is echter of sommige groepen in de GGZ relatief oververtegenwoordigd zijn, omdat de filters op de een of andere wijze selectief werken of omdat zij daadwerkelijk meer behoefte aan GGZ hebben.

De invalshoek die hier gekozen wordt om de behoefte aan GGZ te bespreken, komt voort uit het begrip 'samengestelde gelijkheid'. Met dit begrip wordt weergegeven dat in onze samenleving ongelijkheid ten aanzien van sociale goederen weliswaar aanwezig is, maar dat diegenen die wat betreft een sociaal goed tekort komen, daarvoor gecompenseerd worden. Een dergelijke compensatie kan echter niet zonder meer als een onverdeeld genoegen beschouwd worden, omdat zij als een inbreuk door het publieke in het privé domein ervaren wordt.

Op theoretische en empirische gronden is het zeer aanneemlijk dat individuen die wat betreft een sociaal goed compensatie behoeven -onder de heersende ideologie van samengestelde gelijkheid (zie Koot & Stegerhoek, 1986)- een grotere kans hebben ook wat betreft andere sociale goederen tekort te komen. Het is in deze zin dat verwacht mag worden dat categorieën die meer dan andere 'publiekelijk' gecompenseerd worden ook meer behoefte zullen hebben aan GGZ; of zij daadwerkelijk meer gebruik maken van die GGZ, hangt mede af van in hoeverre de GGZ haar maatschappelijke taak waarmaakt. Dat er wat betreft dit laatste de nodige twijfels zijn, blijkt uit een recente constate-

* verbonden aan de vakgroep Sociale Psychiatrie van de Rijksuniversiteit Limburg.

ring dat die categorieën die het meest geplaagd worden door een slechte geestelijke gezondheid het minst met de psycho-sociale hulpverlening in aanraking komen (Raats e.a., 1987).

De hypothese die hier ter toetsing voorligt, is de volgende: de (regionale) GGZ heeft tot taak (haar maatschappelijk aangedragen) samengestelde gelijkheid (op het terrein van de geestelijke volksgezondheid) te bewerkstelligen. Indien de categorieën die op andere terreinen (maatschappelijke) ongelijkheid ervaren, danwel daarvoor gecompenseerd worden, in de GGZ-populatie ondervertegenwoordigd of evenredig vertegenwoordigd zijn wordt deze hypothese geacht te zijn verworpen.

De hypothese wordt getoetst door middel van (geaggregeerde) data die op een regionale GGZ betrekking hebben; als de hypothese niet verworpen kan worden, wordt daarmee dus een uitspraak gedaan voor deze regionale GGZ en niet voor de GGZ in Nederland.

Methode

In de stad Maastricht hebben wij gedurende een viertal jaren de nieuwe, bij de GGZ in behandeling gekomen, gevallen bepaald met behulp van het register voor de geestelijke gezondheidszorg in de regio Maastricht en omgeving. Dit register -opgezet naar analogie van het register in het noorden van Nederland (Giel & ten Horn, 1976) -is sinds 1 januari 1981 operationeel en werd mede opgezet om replicatie- en vergelijkende studies van de GGZ in verschillende regio's mogelijk te maken (Brook & Hamers, 1985 en Hamers & Brook, 1986). Alleen m.b.v. een gevalsregister voor de GGZ is het praktisch mogelijk om patiëntcarrières, patiëntenstromen en (administratieve) incidentie- en prevalentiecijfers vast te stellen.

Wij beperken ons hier tot de populatie in de stad Maastricht, omdat zodoende gecontroleerd wordt voor de afstand van de populatie tot de GGZ. Immers reeds lang is bekend dat het gebruik door de populatie van voorzieningen sterk afhankelijk van de toegankelijkheid en bereikbaarheid van de voorzieningen: afstand is hierbij belangrijk.

Voor 34 buurten van Maastricht (enkele kleinere zijn buiten beschouwing gelaten) hebben wij over 4 jaren het gemiddelde incidentiecijfer per buurt berekend. Vervolgens hebben wij de SMR (gestandaardiseerde morbiditeits ratio) berekend, waardoor een specifieke demografische opbouw (naar leeftijd en burgerlijke staat) geen invloed meer had. Een sterk vergrijsde buurt b.v. heeft vanwege de grotere kans om op hoge leeftijd met de GGZ in contact te komen (Giel & ten Horn, 1981; Hamers & Driessen, 1986) grotere aantallen incidentiegevallen: deze invloed werd zo ondervangen. De invloed van dergelijk geaggregeerde factoren blijkt voor kleine eenheden als buurten groot.

Tenslotte moet vermeld worden dat wij drie wegen gevolgd hebben om het incidentiecijfer te bepalen (zie ook DeVries e.a., 1986). Het eerste incidentiecijfer omvat al diegenen die voor het eerst

(gedurende 1982 t/m 1985 na in 1981 en de laatste drie maanden van 1980 'vrij van GGZ' te zijn geweest) met een willekeurige GGZ-voorziening (extra- of semi- of intramuraal) in aanraking komen. Het tweede en derde incidentiecijfer is op eenzelfde wijze vastgesteld maar dan respectievelijk voor de semi- of de intramurale GGZ en de intramurale GGZ. (De drie SMR's -dus de incidentiecijfers als gestandaardiseerde morbiditeits ratio's- blijken onderling sterk te correleren: 0.66, 0.78 en 0.88. Zie ook Hamers, 1987.) In de resultaten sectie beperken wij ons hier tot de ratio's voor alle GGZ-voorzieningen (SMRe) en voor de combinatie semi-intramuraal (SMRs).

In samenwerking met de gemeente Maastricht, te weten de afdeling Onderzoek en Statistiek, de afdeling Onderwijs en de Sociale Dienst, het Gewestelijk Arbeidsbureau en het Medisch en Maatschappelijk Informatie Centrum (MEMIC) van de Rijksuniversiteit Limburg werden een aantal gegevens op buurtniveau bijeengebracht; en wel demografische gegevens, de doorstroomcijfers betreffende het vervolgonderwijs, gegevens betreffende het schoolverzuim, de aantallen uitkeringsgerechtigden (ABW, RWW en WWV) en de aantallen werkzoekenden. (Criminaliteits- en sterftecijfers bleken op dit moment nog niet voorhanden.)

Alle indicatoren zijn geïndexeerd, waarbij wij zijn uitgegaan van de absolute aantallen en deze gerelateerd hebben aan de relevante referentiepopulatie. Vooreerst worden de scores op de indicatoren per buurt gegeven. Vervolgens zullen de resultaten van een clusteranalyse gepresenteerd worden.

Resultaten

In tabel 1 zijn de belangrijkste resultaten per buurt gegroepeerd weergegeven: twee maten voor wat betreft de gerealiseerde behoefte aan GGZ (SMRe en SMRs), het aandeel in de populatie van onvolledige gezinnen en van gescheidenen, het schoolverzuim en de doorstroom naar HAVO-VWO, het aantal uitkeringsgerechtigden (ABW, RWW en WWV) en het aantal werkzoekenden. Bovendien staat in de tweede kolom het clusterlidmaatschap weergegeven, welke resulteerde na de nog te bespreken clusteranalyse. Alle genoemde indicatoren zijn geïndexeerd, waarbij 100 voor gemiddeld staat, een hogere waarde is ongunstiger dan gemiddeld -uitgezonderd de doorstroom naar HAVO-VWO- en een lagere waarde gunstiger dan gemiddeld.

Tabel 1. Een weergave per buurt van het cluster waartoe de buurt behoort, van de SMRe, de SMRs en de ratio's betreffende het aantal onvolledige gezinnen, gescheidenen, het schoolverzuim, de doorstroom naar HAVO-VWO, het aantal uitkeringsgerechtigden (ABW, RWW en WWV) en het aantal werkzoekenden.

BUURT	CLUSMEW?	SMRe	SMRr	% ONV GEZ	% GESCH.	%SCHOOLV	% HAVO	% ABW	% RWW	% WWV	% NW
city	1	120.91	98.88	117.14	166.75	56.61	173.59	55.91	143.14	109.25	120.56
jeherkw	1	166.58	137.33	101.92	189.43	.00	94.57	92.70	185.48	66.49	137.78
kommekw	2	106.64	135.76	116.43	72.17	64.89	120.02	78.32	126.08	46.91	121.01
statenk	1	160.46	135.01	117.91	176.42	50.52	95.96	111.80	201.86	79.39	152.98
boschekw	3	114.41	94.98	162.83	194.54	49.87	90.21	225.93	176.87	148.85	147.62
meertenk	3	120.78	140.03	132.30	145.81	24.86	86.65	205.27	221.33	116.94	187.79
wijk	4	138.20	231.21	161.88	183.39	74.13	114.18	75.21	185.59	82.60	151.84
villapark	5	62.06	45.62	84.77	81.10	.00	185.57	23.24	89.25	102.32	71.85
jeherdal	5	60.28	63.60	83.98	55.28	116.35	141.41	25.05	41.64	110.27	49.95
bieland	5	68.89	61.21	59.18	37.22	41.68	196.47	28.32	24.66	89.05	45.16
campagne	5	66.36	119.66	52.00	108.46	.00	186.27	60.24	34.77	78.93	46.07
wolder	5	56.89	45.41	48.32	48.81	25.56	102.89	27.61	38.26	90.97	60.94
brussels	2	87.13	61.31	78.61	94.08	84.91	121.90	52.75	103.22	101.94	163.53
marieber	6	114.40	143.03	132.81	102.59	164.11	64.17	143.23	112.62	119.18	100.40
belfort	5	88.95	61.20	85.33	77.02	30.16	137.05	65.03	43.25	84.07	64.27
pottenbe	6	96.70	117.24	116.19	114.35	80.52	92.89	183.00	131.36	149.08	101.96
malpertu	6	93.98	109.71	114.45	103.40	97.87	85.36	147.94	109.53	142.96	95.98
ceberg	6	110.37	130.20	129.53	113.17	169.30	71.60	141.61	123.68	142.80	97.31
oudcab	5	72.87	29.43	67.54	58.68	.00	182.70	62.89	59.45	89.80	63.66
malberg	6	132.26	159.52	130.79	129.26	229.84	71.60	206.25	133.91	120.81	129.77
deelhof	2	117.29	87.51	91.27	109.18	54.03	110.41	127.66	70.03	93.13	80.58
boschpr	2	58.25	50.05	89.75	86.16	91.04	51.69	98.35	69.37	89.03	97.70
wijkport	2	103.82	110.30	103.10	109.01	167.68	105.27	97.62	91.97	90.05	190.55
akerprt	6	110.83	111.66	102.74	102.59	289.48	46.52	123.96	138.89	124.29	119.69
oosterms	7	127.56	149.29	136.13	125.44	579.40	38.22	149.29	139.01	94.45	87.44
nazareth	6	96.23	104.83	99.71	113.37	204.40	40.60	101.64	83.12	128.10	85.51
limmel	2	97.77	76.85	113.33	73.60	75.16	85.16	89.23	87.42	110.24	79.16
scharn	5	64.48	65.29	83.77	93.48	42.87	151.81	61.51	53.51	76.47	83.87
emby	5	85.35	89.95	48.48	30.24	51.20	75.78	23.83	33.46	49.97	48.13
borghare	5	96.18	74.87	61.47	55.00	86.62	78.23	29.62	81.17	72.45	88.02
litaran	5	68.86	54.88	72.74	36.70	187.28	80.81	16.42	25.48	41.31	6.67
haugen	6	100.23	114.31	100.68	82.72	66.99	30.01	154.43	83.48	137.99	109.90
haar	2	71.42	71.15	68.95	63.07	69.17	107.44	92.78	80.80	112.14	95.57
deheeg	6	142.61	118.92	133.81	126.27	92.77	60.90	246.18	134.47	127.75	136.53
Maastricht	34	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Over de gehele linie blijkt globaal dat een ongunstige index op een indicator correspondeert met ongunstige waarden op de overige indicatoren en andersom: uiteraard zijn de samenhangen niet perfect. Over de tien indicatoren zoals die in tabel 1 zijn weergegeven is een clusteranalyse (SPSSX; methode Baverage; afstandsmaat kwadratische euclidische waarde; zie ook Norusis, 1986) uitgevoerd met als doel te bepalen welke buurten wat betreft deze indicatoren bij elkaar behoren. (De robuustheid van een methode als clusteranalyse blijkt niet altijd even goed: naar gelang de keuze van procedures en

afstandsmaten blijken de resultaten nogal eens te variëren. Dat was voor ons een reden verschillende wegen tijdens het clusteren te bewandelen. De resultaten bleken echter redelijk stabiel.) Hier worden zeven clusters weergegeven: uit figuur 1 is af te lezen dat de clusters redelijk homogeen zijn en snel tot stand zijn gekomen.

Figuur 1. Dendrogram weergevend de wijze waarop de buurten tot clusters bijeengevoegd zijn.

Tabel 2. De gemiddelden per cluster voor de indicatoren: betreffende de GGZ, de onvolledige gezinnen, de gescheidenen, het schoolverzuim, de doorstroom naar HAVO-VWO, de uitkeringsgerechtigden en de werkzoekenden.

clstr	N	SMRe	SMRs	onv.gez.	gesch.	schlvz.	doorstr.	ABW	RWW	WWV	WW
1	3	149	124	112	167	36	121	88	167	85	137
2	7	92	85	94	87	87	98	91	90	92	118
3	2	118	117	147	170	37	86	216	200	133	156
4	1	138	231	162	163	74	114	75	186	82	181
5	11	74	65	65	62	51	133	38	45	79	57
6	9	110	123	118	110	155	63	158	117	132	109
7	1	127	149	136	125	579	38	149	139	94	87

- cluster 1: city, jekerkwartier, statenkwartier.
cluster 2: kommelkwartier, brusselse poort, daalhof, boschpoort, wijckerpoort, limmel, heer.
cluster 3: boschstraatkwartier, maartenspoort.
cluster 4: wijck.
cluster 5: villapark, jekerdal, biesland, campagne, wolder, belfort, oud-caberg, scharn, amby, borgharen, itteren.
cluster 6: mariaberg, pottenberg, malpertuis, caberg, akerpoort, nazareth, heugem, de heeg.
cluster 7: oostermaas.

In tabel 2 is per cluster aangegeven hoe de gemiddelde score per indicator uitpakt en uit welke buurten ieder cluster is opgebouwd. Het eerste cluster -een drietal binnenstadsbuurten- scoort hoog op de SMRe, het aantal gescheidenen en het aantal werkzoekenden, maar laag wat betreft het schoolverzuim.

Het tweede cluster -een zevental buurten- kent over de gehele linie gemiddelde scores op de indicatoren, terwijl het derde cluster -twee binnenstadsbuurten- op de meeste indicatoren ongunstig scoort (uitgezonderd het schoolverzuim). Het vierde cluster bestaat uit één (binnenstads)buurt: de hoge score op de SMRe en de vooral hoge score op de SMRs vallen hier op. De scores op de overige indicatoren leveren een zeer gemêleerd beeld: enerzijds ongunstige indices voor wat betreft de onvolledige gezinnen, het aantal gescheidenen, het aantal personen met een RWW-uitkering en het aantal werkzoekenden, anderzijds weinig schoolverzuim, een hoge doorstroom naar HAVO-VWO en weinig uitkeringsgerechtigden wat betreft de ABW en de WWV.

Het grootste cluster -waarin alle 'betere' buurten (11) zijn terecht gekomen- scoort op alle indicatoren duidelijk gunstiger dan gemiddeld. Daarentegen geeft het daaropvolgende cluster -met een negental buurten- een volledig ander beeld: op alle indicatoren wordt ongunstig gescoord. Het laatste cluster -één buurt- heeft enkele extreem ongunstige scores (SMRs, het schoolverzuim en de doorstroom naar het HAVO-VWO), terwijl ook voor de overige indicatoren -uitgezonderd het aantal WWV-ers en het aantal werkzoekenden- ongunstige waarden te zien zijn.

Inspektie van figuur 1 levert ons nog saillante informatie. Teruglopend -d.w.z. van zeven clusters naar één cluster- zien wij, dat allereerst (bij zes clusters) enkele binnenstadsbuurten (cluster 1 en 4) bij elkaar gevoegd worden. Bij vijf clusters worden de twee 'arme' clusters (2 en 9) samengevoegd tot een groot cluster van

zestien buurten.

De volgende stap (vier clusters) levert een samenvoeging van alle binnenstadsbuurten (uitgezonderd het kommelkwartier) op, met over de gehele lijn ongunstige waarden, hoewel de 'onderwijsindicatoren' positief blijken. Het tweede cluster bestaat uit één buurt op vrijwel alle indicatoren (zeer) ongunstig scorend; een derde cluster omvat alle 'betere' buurten van Maastricht met dienovereenkomstig gunstige scores. Vervolgens is een vierde cluster te onderscheiden wat als 'gemiddeld arm' te typeren is.

Brengen wij het aantal clusters nog verder terug, dan ontstaat een cluster (één buurt) met extreem ongunstige scores, een tweede cluster bestaand uit alle 'betere' buurten en een derde -een gemiddeld 'arm'-cluster.

Wat betreft de zeven clusters dienen enkele bevindingen gememoreerd te worden. Het is opvallend dat de binnenstadsbuurten -met name in cluster 1 en 4, voor cluster 3 geldt dit in mindere mate- sterker gemêleerd blijken, althans zo scoren op de indicatoren. Zo scoren de binnenstadsbuurten beter wat betreft de 'onderwijsindicatoren' en wat betreft de ABW en de WWV. Daarentegen scoren twee clusters (6 en 7) op vrijwel alle indices (sterk) negatief en scoort cluster 5 op alle indicatoren (sterk) positief.

Discussie

Alvorens de discussie inhoudelijk aan te zetten is een waarschuwing op zijn plaats. Deze geldt de resultaten betreffende het schoolverzuim. Immers juist omdat er in enkele buurten problemen op dit terrein zijn, is er een vergrootte aandacht voor een aantal grotendeels buurtgebonden scholen. Met name het schoolverzuim in één buurt (Oostermaas) is, als hier weergegeven, in verhouding te hoog.

De hier gepresenteerde resultaten kunnen op verschillende wijzen gelezen worden. Vanuit de optiek van de (psychiatrisch geschoolde) epidemioloog kan de discussie over de spreiding van psychische aandoeningen en de invloed daarop van sociale factoren weer geopend worden. In grote lijn zijn dan twee verklaringen mogelijk: de eerste luidt dat mensen die (psychisch) ziek zijn ten gevolge daarvan afglijden naar een lagere sociale status (ofwel een premorbide persoonlijkheid hebben waardoor zij niet die sociale status bereiken die zij op grond van andere kenmerken normaliter bereikt hadden). Deze personen komen terecht in buurten met een lage sociale status en dit verklaart de ruimtelijke spreiding. Echter de processen van sociale teruggang hebben tijd nodig, terwijl wij hier uitgingen van incidentiegevallen: zij het dat het incidentiegevallen in de GGZ betreft, dus de aandoening kan van een eerder tijdstip zijn.

De tweede verklaring is nauw gelieerd aan de (algemene) stress-theorie en de onderzoeken rond de z.g. live-events. Lagere sociale klassen zouden al dan niet in samenhang met persoonskenmerken meer te lijden hebben onder stress en bedreigende gebeurtenissen en daardoor meer psychische problemen hebben; deze sociale verdeling uit

zich ook ruimtelijk ten gevolge van processen als aangegeven door Verdonk (1979) en verschijnt dan gespiegeld in de ruimtelijke spreiding van aangemelde psychiatrische morbiditeit. Voor beide benaderingen is zowel theoretische als ook empirische grond aanwezig (zie ook Dohrenwend, 1986).

Om deze kennelijk onvruchtbare polimiek te omzeilen, is hier voor een andere optiek gekozen. "In de context van de verzorgingsstaat (HH: waarbij de term 'zorgzame samenleving' wordt gezien als een amendement op de verzorgingsstaat) is samengestelde gelijkheid de concrete invulling geworden van het ideaal van een rechtvaardige samenleving." (Koot & Stegerhoek, 1986, p.54) De hier getoonde bevindingen zijn te interpreteren als pogingen van de samenleving om die samengestelde rechtvaardigheid te bewerkstelligen, zij het dat ons meetinstrumentarium vooral vanuit een negatief gezichtsveld geöperationaliseerd werd. Echter, het is alleszins aannemelijk dat bijvoorbeeld hoogte van het inkomen en wooncomfort negatief gecorreleerd zijn aan de hier gehanteerde indicatoren betreffende de behoefte aan GGZ.

De samenleving kent dus kennelijk mogelijkheden om ondervonden 'ellende', zoals die t.g.v. menselijke verhoudingen, geleden verliezen, een gebrekkig sociaal netwerk, aanwezige pathologie, etc. tot stand komen, te compenseren: voor een categorie waarbij op een punt gecompenseerd dient te worden, is de kans dat dit voor andere zaken nodig is, groot.

De bevolking van Maastricht -woonachtig in 34 buurten- is verdeeld over een groep 'betere' buurten waar weliswaar (GGZ-)problemen voorkomen, maar kennelijk is het leven er gemiddeld beter; over een tweede groep buurten waar de heterogeniteit groter blijkt en een mix aanwezig is van mensen met meer en van mensen met minder problemen dan elders. Resteren twee soorten buurten, populaties: een soort bestaand uit gemiddelde buurten met een gemiddeld aantal problemen en een ander soort waar zich op allerhand terreinen in het leven meer problemen dan elders voordoen. Overigens zijn het in globale zin ook deze vierde soort buurten waar het sociaal-kultureel werk, de basiseducatie en het onderwijsvoorrrangsbeleid -ook alle te bezien als instituties bedoeld om samengestelde gelijkheid te bewerkstelligen- zich op richten.

Tenslotte is er een bevinding die frappeert en aanleiding tot verder onderzoek geeft. Bekijken wij de SMR's dan blijkt dat de 'arme' clusters, de 'arme' buurten ongunstig scoren wat betreft de SMRe -dus wat betreft de ambulante GGZ-, maar nog ongunstiger wat betreft de SMRs (semi- en intramurale GGZ). De 'rijke' buurten geven een exact tegengesteld patroon te zien: dus naar verhouding nog minder intramurale zorg. Op dit punt is het trekken van conclusies voorbarig: nader onderzoek met name gericht op de 'patiëntcarrière' dient opgezet te worden, om te onderzoeken of de GGZ geneigd is om individuen uit lagere sociaal-economische klassen sneller intramuraal te behandelen en bij individuen uit hogere klassen dit juist langer uit of zelfs af te stellen.

Voorlopig kan voorzichtig geconcludeerd worden dat de regionale GGZ,

die hier onderzocht werd, aan haar maatschappelijke taak mede samengestelde gelijkheid te bewerkstelligen toekomt, maar ook dat het er op lijkt dat er tot op zekere hoogte sprake is van een kwaliteitsverschil in het aanbod naar verschillende sociaal economische klassen.

Literatuur

- Bijl, R. & J. Mastboom: Van behoefte naar vraag. NCGV-reeks 89, 1986.
- Brook, F.G. en H.J.F.R. Hamers: GGZorg gepeild. Een vergelijkend onderzoek met behulp van twee Registers voor de Geestelijke Volksgezondheid. Tijdschrift voor Psychiatrie, 1985; 27 (2): 115-127.
- DeVries, M.W., H.J.F.R. Hamers & F. Sturmans: The use of the case register in making epidemiological research more cost-efficient. In: G.H.M.M. ten Horn, R. Giel, W.H. Gulbinat & J.H. Henderson. Psychiatric Case Registers in Public Health, 1960-1985. Elsevier Science Publishers BV, 1986.
- Dohrenwend, B.P., Addendum: B.S. Dohrenwend, Social Status and Responsibility for Stressful Life Events. In: C.D. Spielberger & I.G. Arason (eds.), Stress and Anxiety. Washington, New York, London, 1986.
- Giel, R. & G.H.M.M. ten Horn: Een psychiatrisch register als basis voor planning. Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde, 1976; 54: 148-153.
- Giel, R. & G.H.M.M. ten Horn: De verhouding tussen hulp-vraag en -aanbod: risicogroepen in de GGZ. Tijdschrift voor Psychiatrie, 1981; 23: 504-521.
- Goldberg, D. & P. Huxley: Mental illness in the community. London, 1981.
- Hamers, H.J.F.R. & G.A.M. Driessen: De geestelijke gezondheidszorg en haar risicogroepen. Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg, 1986; 64, nr. 17: 562-567.
- Hamers, H.J.F.R. & F.G. Brook: De GGZorg in het noorden en zuiden des lands in 1981. Tijdschrift voor Psychiatrie, 1986; 28: 254-266.
- Hamers, H.J.F.R.: De sociale en ruimtelijke spreiding van psychiatrische morbiditeit. Te verschijnen (1987).
- Norusis, M.J.: SPSS-X Advanced Statistics Guide. New York, 1985.
- Koot, T & N. Stegerhoek: Zorgzame samenleving. Tussen recht en ruil. Harmonisatieraad welzijnsbeleid, Den Haag, 1986.
- Verdonk, A.: Stadsbuurten, de ene is de andere niet. Deventer, 1979.

9.3. Samenvatting

In hoofdstuk 7 stond de vraag centraal of en in hoeverre onze regionale GGZ vergelijkbaar is met een andere regionale GGZ, met als achtergrond de nog niet beantwoorde vraag in hoeverre te generaliseren uitspraken omtrent de nederlandse GGZ veroorloofd zijn. In hoofdstuk 8 waren wij erop gespitst te achterhalen hoe de GGZ als organisatie functioneert.

In hoofdstuk 9 had ik meer dan in de twee voorafgaande hoofdstukken oog voor de GGZ-consument. Om de kans met de GGZ in contact te komen voor alle leden van de onderzoekspopulatie gelijk te doen zijn (ten gevolge van de afstand tot de GGZ), heb ik mij in dit hoofdstuk beperkt tot de inwoners van de stad Maastricht. Van deze populatie is over een viertal jaren het incidentiecijfer voor de GGZ per jaar berekend; deze 'incidentiepopulatie' bestaand uit bijna 6500 individuen vormde in dit hoofdstuk mijn feitelijke onderzoeksgroep. De bevindingen kunnen kort als volgt gememoreerd worden. In de eerste plaats kon geconstateerd worden, dat er ieder jaar per buurt ongeveer evenveel patiënten bij de GGZ verschenen en dat er wat dit getal (per 1000 inwoners) betreft grote verschillen aanwezig waren tussen de buurten.

In de tweede plaats konden eerdere bevindingen, betrekking hebbend op 'kans op GGZ' en een indeling met behulp van demografische variabelen, gerepliceerd worden: zo bleken gescheidenen en ouderen een grotere kans te hebben met de GGZ in contact te geraken dan anderen.

Vervolgens heb ik enkele gestandaardiseerde morbiditeitsratio's (SMR's) per buurt berekend; de hoogte daarvan wordt niet beïnvloed door een specifieke opbouw van een buurtpopulatie (naar leeftijd en burgerlijke staat). Deze aldus ontstane ratio geeft een goed vergelijkingsgetal voor de buurten onderling; het bleek overigens dat voor buurten met lage, gemiddelde en hoge ratio's telkens dezelfde categorieën (zoals gescheidenen en ouderen) in de desbetreffende buurt de grootste kans hadden met de GGZ in aanraking te komen. Overigens zij eraan herinnerd dat het incidentiecijfer (en de daarbij behorende SMR) op drie wijzen vastgesteld werd: het eerste was een algemeen incidentiecijfer dat betrekking had op alle GGZ-voorzieningen, het tweede had betrekking op de semi- en de intramurale GGZ en ten slotte het derde dat in feite alle eerste psychiatrische opnamen omvat.

In dit hoofdstuk werd vastgesteld dat de sociale en ruimtelijke spreiding van de aangemelde psychiatrische morbiditeit verre van toevallig over de populatie van een stad van ruim 100.000 inwoners verdeeld is. Bovendien blijkt deze niet-toevallige spreiding stabiel gedurende de periode 1982-1985.

Tenslotte is getoond dat het patroon wat betreft aangemelde psychische problemen een grote overeenkomst heeft met patronen welke ontstaan met behulp van andere indicatoren, zoals die met betrekking

tot het onderwijs, de aantallen uitkeringsgerechtigden, e.d.. Daarmee zij vastgesteld, dat de hypothesen die in hoofdstuk 5 opgesteld werden, niet verworpen kunnen worden. Wat de GGZ betreft heb voorlopig geconcludeerd dat deze -althans voor de stad Maastricht- haar maatschappelijke taak 'samengestelde gelijkheid bewerkstelligen' lijkt waar te maken; wel is op dit punt twijfel aanwezig waar het de soort zorg betreft, daar het erop lijkt dat die subpopulaties die het meest geplaagd worden door een slechte geestelijke gezondheid naar verhouding minder extramurale en meer intramurale zorg ontvangen.

Toch blijft voorzichtigheid op zijn plaats en wel vanwege drie redenen. In de eerste plaats zij erop gewezen, dat hier gewerkt is met geaggregeerde data, en hoewel geen rechtstreekse relaties op een lager aggregatieniveau afgeleid werden, dient men hier voorzichtig te zijn; uiteindelijk dienen de data verbonden te worden met individuele data (b.v. in de vorm van een contextuele analyse) alvorens men op dit punt definitievere uitspraken wil doen.

In de tweede plaats is de invloed van de huisarts niet nagegaan; komen er vanuit sommige buurten meer patiënten naar de GGZ, omdat een huisarts met een hoog detectievermogen voor psychische stoornissen zijn praktijk daar gelocaliseerd heeft? Dit soort vragen zijn in principe te beantwoorden, indien de praktijken van de huisartsen wat betreft enkele simpele (demografische) data doorgelicht zouden kunnen worden.

In de derde plaats: in dit hoofdstuk werd gesproken over incidentiegevallen. Echter, de GGZ kan wat betreft haar maatschappelijke taak pas volledig beoordeeld worden, indien ook naar de (aangeboden) zorg gekeken wordt. Daarbij gaat de interesse uit naar de geboden GGZorg zoals die in de patiëntcarrières tot uitdrukking komt.

HOOFDSTUK 10

SLOTBESCHOUWING

10.1 Inleiding

"De GGZ in wankel evenwicht": het idee van deze titel werd geboren n.a.v. de voorgenomen afbouw van de RIAGG in de door mij onderzochte regio ten gevolge van de normering zoals die door het C.O.T.G. enkele jaren terug werd opgesteld. Immers, deze afbouw bedreigde (en bedreigt) niet alleen de RIAGG, maar brengt veranderingen teweeg in het gehele zorgsysteem.

Echter, de titel is op meer manieren te lezen. In de eerste plaats is getoond dat het ontstaan van de GGZ moeizaam ging, waarbij met name de uitbouw van diverse extra- en semimurale zorgvormen lang op zich lieten wachten en ten dele nog op zich laten wachten. Ook, in de tweede plaats, bleek nogal eens dat een zorgvorm bedoeld voor een categorie patiënten daarvoor juist niet geschikt bleek, terwijl andere -nog niet ontdekte doelgroepen- daarvoor wel gevoelig waren. Ook daarin bleek en blijkt de GGZ als een zorgsysteem dat zich vanuit het ene 'wankel' evenwicht naar een ander -even zeer 'wankel'- ontwikkelt.

Ten slotte, blijkt het onderwerp van de GGZ -'gekte'- geen voordeel om als institutie ingang te vinden: juist dit onderwerp levert vanwege zijn maatschappelijke geladenheid niet het crediet op dat de GGZ wellicht wel verdient. Dit wordt nog eens versterkt doordat de GGZ zich tracht te legitimeren door te wijzen op haar medische achtergrond, terwijl dit echter niet de enige is. De relatieve buitenstaander zal met recht op deze dubbelzinnigheid wijzen: diens oordeel over de GGZ kan hierdoor negatief beïnvloedt worden.

In dit hoofdstuk zal ik enkele conclusies naar aanleiding van de hier gepresenteerde deelstudies trekken. Na een korte inleiding worden deze conclusies weergegeven waarbij een verbinding wordt gelegd tussen de theoretische beschrijving van de GGZ als cultureel en als sociaal systeem en de empirische bevindingen. Ook wordt aangegeven op welke punten nader onderzoek gewenst is. Ten slotte wil ik niet nalaten enkele speculaties over de toekomst van de GGZ aan te dragen.

In het empirisch deel van deze studie is in de eerste plaats getoond, dat de GGZ in een regio veel lijkt op die in een andere, waarbij voorzichtig geconcludeerd werd, dat in grote lijn de regionale variatie qua GGZ-structuur niet zo groot is als op andere gronden vaak verondersteld wordt. Toch moet eraan herinnerd worden, dat er in hoofdstuk 7 de nodige verschillen tussen twee regionale GGZ-systemen geconstateerd werden. De belangrijkste hadden van doen met de omvang van met name de semi- en de extramurale GGZ in het zuiden: deze bleek immers op die punten groter. Ook bleek het mogelijk dat een functie door verschillende GGZ-voorzieningen ingevuld wordt. Voorlopig kan

uit de bevindingen geconcludeerd worden dat het landelijk beleid niet te zeer in detail kan plaats vinden zonder dat dit, ten dele onvoorzienbare, problemen in deze of gene regionale GGZ tot gevolg zal hebben. Anders gesteld, aan een regionale GGZ -als gezamenlijk bijeen in de RIGG- kan een belangrijke taak wat betreft monitoring, evaluatie en planning toegedacht worden.

Dat deze toebedeling richting regionale GGZ geen luchtspiegeling behoeft te zijn, bleek uit de bevindingen van hoofdstuk 8, waar geconcludeerd werd dat de functionele samenhang en differentiatie in de regionale GGZ in de tijd blijkt toe te nemen.

Ten slotte bleek (in hoofdstuk 9), dat de gerealiseerde behoefte aan GGZ verre van toevallig over de populatie verdeeld is; daarbij bleek behoefte aan GGZ samen te gaan met problemen in andere domeinen die iets leren over de kwaliteit van het bestaan. De vragen die op dit punt nu onbeantwoord blijven, komen voort uit methodologische beperkingen (samenhangend met het aggregatieniveau van de data en de invloed van de eerste lijn) of hebben van doen met inhoudelijke items (zoals de aard en de kwaliteit van de geboden zorg).

10.2. De huidige GGZ

In de eerste plaats kan gememoreerd worden dat in Nederland slechts een minderheid van diegenen die wat betreft hun geestelijke gezondheid onvoldoende scores, ook bij de GGZ in behandeling is. Echter, ook wat betreft lichamelijke klachten -zeker als zij niet een onmiddellijk en duidelijk gevaar in zich meedragen- zal er vaak geen sprake zijn van een zoeken van specialistische behandeling. Bovendien zij erop gewezen dat het aantal personen bij de huidige GGZ in behandeling hoog is in vergelijking tot het verleden en tot in de ons omringende landen.

In de tweede plaats zij er op gewezen, dat het merendeel van de GGZ zich ambulant afspeelt; d.w.z. dat de meeste patiënten die in contact met de GGZ komen een ambulante behandeling ontvangen.

In de derde plaats, blijkt het mogelijk de regionale GGZ te bezien als een organisatie, waarin gaandeweg de onderdelen meer op elkaar worden afgestemd: m.a.w. het lijkt mogelijk de regionale GGZ als een sociaal-subsysteem te beschrijven, waarin planmatig te werk gegaan wordt, waardoor ook in de GGZ min of meer gewerkt wordt volgens de principes van het instrumenteel rationalisme. Onderzoek kon en kan daartoe een bijdrage leveren.

In de vierde plaats blijkt niet iedere subpopulatie evenveel gebruik te maken van de GGZ; behoefte aan GGZ blijkt samen te hangen met andere factoren. Een regionale GGZ die juist ook die groepen bedient, die de meeste problemen aangaande hun geestelijke gezondheid hebben, zal gemakkelijker aanspraak kunnen maken maatschappelijk gelegitimeerd te worden. Voor de door mij onderzochte regionale GGZ lijkt dit tot op zekere hoogte op te gaan.

Tenslotte, is het vanuit de concrete beschrijving op indirecte wijze

mogelijk de GGZ als cultureel-subsysteem te bezien, waarbij enerzijds haar maatschappelijke legitimatie naar voren komt, en waaruit anderzijds haar moeilijke positie als institutie opererend op de grens van het maatschappelijk systeem zichtbaar wordt: immers de GGZ kan wel compenseren, maar ongelijkheid als zodanig niet wegnemen.

10.2.1. Als cultureel systeem

Het culturele systeem is het geheel aan ideeën waarmee wij het menselijk (samen)leven zin geven: daarmee wordt ons sociaal handelen voorgestructureerd en weten wij globaal welk sociaal handelen wij van onze tegenspelers kunnen verwachten.

Zo kan de GGZ als cultureel-subsysteem bezien worden; met behulp van dit cultureel-subsysteem kunnen ondervonden problemen zoals die in het sociaal handelen tot uiting komen alsnog 'getackeld' worden. In die zin past de GGZ in een cultuur waarin rationaliteit en het oplossen van problemen voorop staan. Maar ook is daaruit af te leiden dat personen die in het algemeen beter passen in, beter aangepast zijn aan het overheersende culturele systeem -vooropgezet dat de GGZ daar een onderdeel van uit maakt- ook beter met die denk- en handelwijze in de GGZ overweg kunnen: kortom, gevoeliger zijn om bepaalde problemen als een GGZ-probleem te benoemen. Dit zal zeer duidelijk opgaan voor diegenen, die een opleiding hebben genoten die kort tegen de GGZ aanzit, of die anderszins kennis van de GGZ als cultureel-subsysteem hebben.

Algemeen kan aangenomen worden dat deze relatief nieuwe vorm om het leven (en problemen daarin) vorm te geven aanvankelijk slechts bij kleine groepen -veelal de hogere en de middenklassen- bekend zal zijn: deze bekendheid zal zich slechts geleidelijk verbreiden onder de populatie. Dat kan onder meer gebeuren door de aanwezigheid van GGZ-voorzieningen waardoor de GGZ als cultuur een sociale verdichting krijgt.

Toch kan verwacht worden, dat juist diegenen die het meeste kans lopen problemen aangaande hun geestelijke gezondheid te krijgen, het minst bekend zijn met technieken zoals die in de GGZ ontwikkeld zijn. Ondanks deze opmerking lijkt het erop, dat de GGZ zich langzaam 'invecht' in het dagelijks leven van de gehele populatie inclusief diegenen die het verst afstaan van de GGZ als geheel aan verklarings- en behandelingsmodellen. Hoe deze constatering gewaardeerd dient te worden, hangt af van het te hanteren uitgangspunt. Vanuit het standpunt van de GGZ bezien zal deze constatering positief ingeschat worden: vanuit de (toch wel optimistische) ondertoon van deze bundel zal de GGZ-werker de toekomst hoopvoller tegemoet zien dan dat de dagelijkse realiteit daartoe voor hem/haar veelal aanleiding geeft. Ook vanuit een standpunt waarin rationaliteit, planmatigheid, e.d. voorop staan zal de constatering dat het instrumenteel rationalisme ook 'zegeviert' in een schemergebied van het menselijk bestaan -gekte geheten- positief gewaardeerd worden.

Echter er is een tegendraads standpunt in te nemen, van waaruit tot een negatieve beoordeling wordt gekomen en van waaruit een pessimistische visie op de samenleving blijkt. Hiertoe kom je wanneer je vanuit een cultuurfilosofisch standpunt vaststelt dat een van de laatste domeinen van het privé-leven -wellicht dan niet het meest plezierige deel- veroverd wordt door het instrumenteel rationalisme. De keuzen die ons als individu en als collectief resten, dienen binnen dat instrumenteel rationalisme te liggen: de toenemende suprematie van dit cultuurprincipe kan steeds moeilijker ter discussie gesteld worden.

10.2.2. Als sociaal systeem

Is de theorie een cultureel subsysteem, de praktijk van de GGZ is een sociaal subsysteem. Eenmaal ontstaan, beïnvloedt deze praktijk het culturele systeem en kan door wederzijdse aanpassing de inpassing van dit culturele subsysteem in de omvattende cultuur bewerkstellingen. De GGZ als sociaal systeem kan de context waarin zij zich bevindt beïnvloeden: een GGZ als (regionaal) sociaal systeem kan gaandeweg latente behoeften in de populatie manifest maken. Dit kan ten dele geschieden langs het kanaal 'huisarts' *1*. Echter, ook de output van de GGZ zal een zekere kwaliteit moeten hebben: de perceptie van de huisarts, van andere verwijzers en van de (behandelde) populatie zal positief moeten zijn, wil de GGZ als cultuur langs deze weg verspreid worden.

Laten wij eens een gedachtenconstructie opzetten, waarin de GGZ -als cultureel systeem- nog in het geheel niet is ingebed in de samenleving. Dan zal slechts een zeer klein deel van de psychiatrische morbiditeit boven water -bij de GGZ- komen: namelijk datgene wat vroeger als 'intramurale morbiditeit' verscheen. Bij de start van de extramurale GGZ -anders dan die welke rond de intramurale zorg georganiseerd is- zal deze nieuwigheid het eerst aanslaan bij die klassen die deze vorm van probleemhantering uitgevonden hebben. In de beginfase van de extramurale GGZ zal deze vooral een aantrekkingskracht hebben op de hogere en de midden klassen, terwijl deze vorm van behandeling voor de lagere sociale klassen minder voor de hand ligt. Een nog niet volledig ontwikkelde GGZ met een onvoldoende inpassing in de samenleving zal een beeld oproepen, waarbij juist voor diegenen die het meest latente behoefte aan GGZ hebben, het minste aanbod aanwezig zal zijn en waarbij het wel aanwezige aanbod intramuraal zal zijn.

In hoofdstuk 9 heb ik echter laten zien, dat in het algemeen er sprake is van een tamelijk gelijk opgaande consumptie van de verschillende zorgsoorten. Hieruit zou een nog nader te toetsen hypothese geformuleerd kunnen worden, die er op neer komt dat de regionale GGZ *2*, die hier onderzocht werd, redelijk is ingepast in de samenleving die zij bedient. Het is in die zin dat de GGZ werkzaam

lijkt te zijn als een institutie die een functie heeft om samengestelde gelijkheid te bewerkstelligen.

Toch bleek ook, dat vanuit buurten (subpopulaties) die positief scoorden wat betreft de gehanteerde indicatoren -wijzend op een 'hoge kwaliteit van het bestaan'- er naar verhouding nog minder gebruik gemaakt werd van de intramurale GGZ. Vanuit negatief scorende buurten bleek de populatie -hoewel veel van de GGZ gebruikmakend- daarentegen naar verhouding minder gebruik te maken van de extramurale zorg en meer van de intramurale zorg.

Een definitieve uitspraak betreffende de inbedding van de GGZ in mijn onderzoekspopulatie is nog niet te geven: nader onderzoek is noodzakelijk naar met name de soort GGZ die aangeboden/geconsumeerd wordt. Daarbij zal de factor tijd moeten worden betrokken: kort en goed, naast het 'in zorg komen' zal ook de patiëntcarrière bekeken moeten worden.

Tot slot is het hier van belang te constateren dat juist omdat GGZ-problematiek op geaggregeerd niveau samengaat met andere minder prettige zaken het van belang is te blijven zoeken naar de factoren die negatieve gevolgen voor de gezondheidstoestand tot gevolg hebben. Concreet zou dan gekeken moeten worden naar consequenties van allereerst sociale veranderingen, zoals van optredende werkloosheid, stadsvernieuwingprocessen, e.d..

10.2.3. Implicaties voor verder onderzoek

De constatering in de vorige paragraaf, behoeven bepaald niet als vaststaand aangenomen worden. In de eerste plaats omdat de conclusies op geaggregeerd niveau getrokken zijn; dus een verbinding met data op individueel niveau (o.a. in de vorm van contextuele analyses) is zeer gewenst. In de tweede plaats is ook nu al te zien, dat de correlaties weliswaar hoog zijn, maar ook dat enkele buurten, negatief scorend wat betreft een aantal indicatoren (zoals werkloosheid, aantal uitkeringsgerechtigden, etc.) in het geheel niet slecht scoren wat betreft de aangemelde morbiditeit: soms blijken met name de 'ambulante aanmeldingen' laag. Hieruit mag zeker niet zonder meer geconcludeerd worden, dat de aanwezige morbiditeit laag is. Immers het is ook mogelijk dat de GGZ als cultureel (en dus als sociaal) systeem bij de populaties van die buurten nog geen vaste grond onder de voeten heeft gekregen. Een mogelijke reden kan ook bij een 'typische' huisarts liggen; controle hierop is noodzakelijk. In de derde plaats zal ook de patiëntcarrière in vervolgonderzoek meegenomen moeten worden.

Verder onderzoek zal dus gericht moeten zijn op de populaties van enkele specifieke buurten en zal o.a. de morbiditeit en de attitude ten aanzien van de GGZ op individueel niveau meten. Deze data worden geanalyseerd tegen de achtergrond van de context, de buurt: deze analyses kunnen ons iets leren rond de eerste twee vragen. Daarbij hoort echter ook, dat voor de invloed van de huisarts gecontroleerd

wordt; daartoe zijn per huisartspraktijk enkele eenvoudig te verzamelen gegevens nodig (zoals het aantal patiënten en de verdelingen naar leeftijd, burgerlijke staat en buurt). Wat betreft de derde opmerking kan gemeld worden dat met behulp van de in het register opgeslagen data de patiëntcarrière te reconstrueren is. Het onderzoek hiernaar wordt inmiddels uitgevoerd.

Tot slot is het mogelijk -al dan niet m.b.v. de buurt als ingang- om te zoeken in de populatie naar grote sociale veranderingen en daarvan consequenties vast te stellen. Als voorbeeld: er kan een populatie worden samengesteld van diegenen die collectief ontslagen zijn ten gevolge van inkrimpingen. Daarnaast dient een 'controle-groep' samengesteld te worden. Vervolgens wordt gedurende een vervolgperiode bekeken welke groepen het meest met (en welke) instituties, bedoeld om samengestelde gelijkheid te realiseren, in aanraking komen.

10.3. De toekomst van de GGZ

De opkomst en de uitbreiding van de GGZ was mogelijk in een samenleving die in toenemende mate complex wordt: een samenleving die in toenemende mate bestaat dankzij zich steeds verder ontwikkelende afhankelijkheidsrelaties. Daarbij is het mogelijk in steeds toenemende mate complexiteit te reduceren, maar tegelijkertijd neemt ook de behoefte aan die reductie toe. Dat is de consequentie van zichzelf versterkende processen, die in het instrumenteel rationalisme hun vertrekpunt vinden. Toenemende arbeidsverdeling en specialisatie gaan dan hand in hand en vormen zo zichzelf autonoom voedende subsystemen, die weliswaar afhankelijk van anderen zijn -overheid, financiers en (potentiële) klanten-, maar die ook de anderen in sterke mate weten te beïnvloeden. Geldt dit voor verschillende instituties, o.a. voor de somatische gezondheidszorg, het gaat ook op voor de GGZ.

In hoofdstuk 4 -met name in de afsluitende concluderende opmerkingen- bespreek ik met optimisme de toekomst van de GGZ. Aan het eind van deze studie ben ik van mening dat ik de in hoofdstuk 4 geventileerde mening kan handhaven; uiteraard ben ik mij ervan bewust een globale kijk op de GGZ te hebben gepresenteerd. Daarbij ben ik mij er van bewust dat vele problemen in de hedendaagse GGZ hier niet genoemd zijn. Dat wil niet zeggen dat ik die problemen zou willen ontkennen of zou willen bagatelliseren; wel ben ik van mening dat deze problemen gaandeweg beter hanteerbaar gemaakt kunnen worden. Daartoe zullen de aanzetten tot een regionalisering van de zorg verder gevoerd moeten worden. Immers het terrein van de GGZ is zo breed, dat onderlinge afstemming alleen per regio nauwkeurig gepland en geëvalueerd kan worden. Dit geldt ook voor het kritisch volgen van reeds aanwezige functies. Bovendien is alleen zodoende te bewerkstelligen, dat er per regio een toegesneden aanbod ontstaat: d.w.z. een aanbod dat past bij de (problematiek in de) populatie die bediend moet worden. Dat kan dus ook inhouden dat per regio -zij het uiteraard binnen de marges van een totaalbudget- voor een andere opbouw van de zorg gekozen kan

worden. Dit heeft mede als voordeel dat historisch gegroeide situaties niet ontkend behoeven te worden, zoals nogal eens wil geschieden, indien gekozen wordt voor landelijk vast te stellen normen. Een hiermee samenhangend knelpunt dat de (regionale) GGZ momenteel in zijn ontwikkeling remt is het volgende. Als vele zaken gedecentraliseerd worden aangaande planning, e.d., dan lijkt het alleszins redelijk dat belangrijke delen van de financiële verantwoordelijkheden ook gedecentraliseerd worden. Het probleem ontstaat dan echter in de huidige situatie dat regionaal de budgetten krap gehouden worden, maar dat de globale kwaliteitseisen waaraan de GGZ dient te voldoen, grotendeels landelijk worden geformuleerd. Daarnaast kan gesteld worden, dat de verschillen in de wijze van financiering voor de te onderscheiden voorzieningen het tot stand komen van een stabiel zorgsysteem niet bevorderen.

In tegenstelling tot het zojuist uitgesproken optimisme is mijn cultuur-critiek pessimistisch van aard. Daarin komt tot uiting dat er voor individuen geen irrationele keuzen meer te maken zijn. Ofwel: onze vrijheid is dan relatief groot, over ons materiëel welzijn behoeven wij ons ook geen al te extreme zorgen te maken en zelfs aan ons geestelijk welzijn kan gesleuteld worden, maar wel alles volgens de principes van het instrumenteel rationalisme. Deze tendens blijkt in de tijd gezien sterker te worden; afhankelijkheid van vele anderen is daarbij ons 'lot'.

10.4. Samenvatting en conclusies

In deze slotbeschouwing is geconcludeerd dat de GGZ zeker enige regionale eigenheid heeft, maar toch ook dat deze verschillen kleiner zijn dan oorspronkelijk verwacht werd. Verder werd vastgesteld dat de globale rationaliteit in de GGZ toeneemt; plannen, evalueren en bijstellen heeft enerzijds kennelijk zin, maar anderzijds zal daar voorlopig geen einde aan komen, omdat een definitief eindprodukt in een zich veranderende omgeving nooit als een statisch evenwicht bereikt zal worden. Ook in de GGZ zal de rationaliteit hooguit globaal zijn. De situatie ook in de toekomst zal als een proces te bezien zijn waarbij van het ene 'wankel evenwicht' naar het volgende gegaan wordt.

Tenslotte werd gememoreerd dat de GGZ een kennelijke functie heeft in bewerkstelligen van samengestelde gelijkheid en dat 'onze GGZ' deze functie minstens ten dele lijkt waar te maken.

Verder leverde deze slotbeschouwing de verwachting op dat de GGZ als cultureel systeem zich verder zal verbreiden over de populatie. Dit betekent op termijn een uitbreiding van de GGZ als sociaal systeem onder de voorwaarde dat voor de toenemende vraag naar GGZ een aanbod geschapen zal worden. Echter, gezien de monetaire situatie wordt op de GGZ een zware wissel getrokken: dit betekent ook dat er een grote druk op het organisatorisch vermogen komt te liggen om zo efficiënt mogelijk gebruik te (blijven) maken van de aanwezige middelen.

Een verdere organisatorische ontwikkeling van de regionale GGZ kan voordelen opleveren; noodzakelijk is het dan dat werkelijke decentralisatie doorgevoerd wordt, waarbij landelijke criteria en normen niet bij voorbaat al teveel vastleggen. Tenslotte lijkt het verstandig om niet alleen op budgetbasis te financieren, maar ook een link te leggen tussen datgene wat geleverd wordt en de aanwezige ruimte in de budgetten.

HOOFDSTUK 11

SAMENVATTING

Dit boek is opgebouwd uit twee delen. Het eerste bestaat uit een vijftal speciaal voor dit boek geschreven hoofdstukken, waarin een aantal theoretische overwegingen gegeven worden, uitmondend in een negental hypothesen: deze worden vervolgens in het tweede deel getoetst.

Deel II is samengesteld uit een negental eerder verschenen (of nog te verschijnen) publicaties; van deze negen zijn er twee onder te brengen onder het hoofdje 'methoden en technieken', de overige zeven bevatten afzonderlijke deelstudies.

In het eerste deel heb ik de volgende onderwerpen aan de orde gesteld. Na een inleidend hoofdstuk volgt een beschouwing over de wijzen waarop 'gekte' bekeken en geoperationaliseerd wordt. Ook enkele verklaringsmodellen en de daaruit naar voren komende behandelingsstrategieën worden kort besproken. De stelling dat in onze cultuur met behulp van de GGZ de definitie van 'gekte' is opgeslagen, leidt tot de conclusie dat daarin ook de beperking van de psychiatrische epidemiologie schuilt. Daarom heb ik voorgesteld de resultaten van de psychiatrische epidemiologie te herinterpreteren in een macro-optiek: binnen deze optiek zou de plaats van de GGZ als sociaal en als cultureel subsysteem in de samenleving gezien moeten worden.

Het derde hoofdstuk is met recht een intermezzo, omdat daar bij het menselijk handelen in zijn algemeenheid wordt stilgestaan. In dit hoofdstuk wordt op theoretische gronden aangegeven hoe belangrijk het is 'cultuur' als zingevend en voorstructurend systeem voor dat menselijk handelen bij beschouwingen en bij concreet onderzoek te betrekken. Uit dit hoofdstuk konden een drietal conclusies getrokken worden.

In de eerste plaats bleek dat 'gekte' geïnterpreteerd kon worden in termen van (mislukte) sociale handelingen: dit heeft consequenties voor een theoretische onderbouwing inzake de relatie tussen het ontstaan van psychische stoornissen en de maatschappelijke positie.

In de tweede plaats -en deze notie speelt op macro-nivo- werd geconcludeerd dat onze samenleving gebouwd is op onderlinge afhankelijkheid en dat dit in combinatie met het heersende principe van instrumenteel rationalisme leidt tot een quasi gelijkheid van de leden van de populatie. Deze vorm van gelijkheid heb ik -in navolging van anderen- samengestelde gelijkheid genoemd. Aan het tot stand komen van deze samengestelde gelijkheid zal de GGZ een bijdrage moeten leveren. De GGZ doet dat door middel van technieken, die in het instrumenteel rationalisme hun achterland hebben. Het begrip instrumenteel rationalisme heb ik gekozen om te benadrukken dat de relatie tussen de middelen en de te bereiken doelen van belang is en

dat deze middelen voortkomen uit een positivistisch geöriënteerde wetenschapsbeoefening.

In de derde plaats kon ik beargumenteren dat wij het steeds minder accepteren als iets in het leven mis gaat; wij wensen mislukkingen op te heffen, te compenseren, een zodanige vorm te geven dat de 'pijn' verdwijnt. Bovendien blijken daar in toenemende mate technieken voor aanwezig. Diegenen die vertrouwd zijn met deze technieken zullen deze in toenemende mate toegepast willen zien.

Het vierde hoofdstuk behandelt de GGZ als maatschappelijk fenomeen. Juist omdat de GGZ getoond wordt als onze manier om met 'gekte' om te gaan, was het noodzakelijk kort aan te geven hoe men daar in vroeger tijden mee omging. Ook het ontstaan van de GGZ als sociale verdrinking werd geschetst. Daarbij bleek dat het particulier initiatief in een verzuilde samenleving de in tijd zichtbaar wordende expansie van de GGZ in de vorm van nieuwe voorzieningen mogelijk maakte. Het resultaat was een uitbreiding van met name het object van de GGZ 'gekte'. Het beleid van de overheid als een 'achteraf beleid' kwam in dit hoofdstuk eveneens aan de orde.

Tenslotte werden met behulp van een aantal afsluitende conclusies de lijnen in dit hoofdstuk verbonden met enkele eerder geformuleerde ideeën over het menselijk handelen. Toen kon de GGZ beschreven worden als een verspreider van het instrumenteel reationalisme in een schemergebied van het menselijk bestaan, 'gekte' geheten. De GGZ maakt het mogelijk -voorheen ongrijpbare- delen van het menselijk handelen in een beheersbare vorm te gieten. Bovendien blijkt de GGZ een van de instituties die er voor zorg dragen dat samengestelde gelijkheid tot stand komt. Hoewel ik -ondanks enkele zwakke kanten- optimistisch gestemd ben over de algemene toekomstige ontwikkeling van de GGZ, heb ik vanuit een cultuurfilosofisch standpunt een pessimistische visie geformuleerd. Immers kiezen voor een leefwijze buiten het instrumenteel-rationalisme is in steeds sterkere mate onmogelijk, met als consequentie een steeds verder doordringen van het publieke in het privé-bestaan.

Hoofdstuk 5 vormt een brug tussen het eerste en tweede deel van deze bundel; in dit hoofdstuk worden vanuit de theoretische overwegingen negen hypothesen geformuleerd, die in het tweede deel getoetst worden.

Het eerste hoofdstuk in deel II bevat enkele besprekingen van het gebruikte onderzoeksinstrument. Zowel de achtergrond van en de wensen rond de opzet van het MHCR (een psychiatrisch gevals-register voor de regio zuidelijk Zuid-Limburg), de opzet zelf alsook de mogelijkheden van een dergelijk instrument werden in dit hoofdstuk 6 besproken.

De hoofdstukken 7, 8 en 9 bevatten -in de vorm van een zevental afzonderlijke deelstudies- de resultaten waarmee de hypothesen als in hoofdstuk 5 geformuleerd, getoetst konden worden. Hoofdstuk 7 geeft de resultaten van enkele vergelijkingen, waarbij de GGZ in twee verschillende regio's gezien wordt. Het blijkt dat de omvang van het

hulpaanbod de bevindingen kleurt. Zo blijkt er in een regio meer patiënten in behandeling (te komen) dan in de andere; dit geldt vooral voor de extramurale GGZ. Ook blijkt dat dergelijke voorzieningen in de twee regio's verschillende functies in het GGZ-veld vervullen. Tenslotte blijkt in dit hoofdstuk dat in beide regio's dezelfde categorieën (naar leeftijd en burgerlijke staat) over- dan wel ondervertegenwoordigd zijn in de patiëntenpopulatie. In hoofdstuk 8 komen enkele vraagstellingen, waarin de regionale GGZ als organisatie centraal staat, aan de orde. In de eerste plaats blijkt dat het gebruik van meer GGZ-voorzieningen omvangrijk is: echter dit zogenaamde dubbelgebruik is zeker wat betreft de meer gespecificeerde GGZ-voorzieningen gedekt door samenwerkingsverbanden tussen die GGZ-voorzieningen. In de tweede plaats blijkt de tabelafbakening tussen APZ en PAAZ ten aanzien van kortdurende opnamen duidelijk aan te geven met behulp van patiënt- en (eerdere) zorgkenmerken. Hoofdstuk 9 resultaten toont die iets leren over de behoefte aan GGZ vanuit de populatie (en verschillen tussen verschillende subpopulaties) en over de relatie daarvan met samengestelde gelijkheid. Het lijkt erop dat de GGZ -voor de stad Maastricht althans- haar taak, juist de groepen bereiken met de meeste problemen aangaande de geestelijke gezondheidstoestand, waarmaakt. Om definitieve uitspraken op dit punt te doen is echter nader onderzoek vereist.

Hoofdstuk 10 -slotbeschouwing- start met een puntgewijze samenvatting, waaruit blijkt dat de eerder geformuleerde hypothesen ten dele gehandhaafd kunnen worden. In grote lijnen kan geconcludeerd worden dat 1) de GGZ in een regio oppervlakkig gezien sterk op die in een andere gelijkt, d.w.z. dat de regionale variatie niet zo groot is als op andere gronden vaak verondersteld wordt; 2) de onderlinge samenhang en taakafbakening in de regionale GGZ in de tijd blijkt toe te nemen en 3) de gerealiseerde behoefte aan GGZ verre van toevallig over de populatie verdeeld is en met andere factoren blijkt samen te hangen.

Tenslotte werd in de slotbeschouwing de verwachting uitgesproken dat de GGZ als cultureel systeem -als een set aan verklaringsschema's om problemen tijdens het sociaal handelen op te vangen- zich verder over de populatie zal uitbreiden. Dit zal een zware druk leggen op de GGZ als sociaal systeem, waardoor een zware wissel getrokken wordt op het organisatorisch vermogen zo efficiënt mogelijk gebruik te (blijven) maken van de aanwezige middelen. Daarbij zal men in toenemende mate aangewezen zijn op kortdurende behandelingen die bovendien geschikt moeten zijn voor het behandelen van die categorieën die het meest geplaagd worden door een slechte geestelijke gezondheid (dus o.a. individuen uit de lagere sociaal-economische klassen en zeker in de nabije toekomst, de oudere populatie). Verder zal de GGZ, als regionaal voorzieningssysteem, haar eigen ontwikkeling, haar resultaten en haar inpassing in de populatie die zij bedient kritisch dienen te volgen om zodoende tot een, zij het geen universele, dan toch wel globale rationaliteit te komen. Alleen dan kan zij als institutie

werkend onder de vlag van het instrumentele rationalisme in onze samenleving gelegitimeerd worden, hoewel dit gezien het objekt van de GGZ wel 'wankel' zal blijven.

SUMMARY

This book is set up in two parts. Part I consists of five chapters, especially written for this book, in which a number of theoretical propositions are offered that lead to nine hypotheses. These are examined in Part II by means of nine published articles, two on methods and techniques and seven that illustrate aspects of (MHCR) Mental Health Case Register research.

In the first part, the following subjects are raised: First, a variety of perspectives of 'madness' are considered. Explanatory models and the treatment strategies are discussed. The proposition that the labeling of 'madness' is charged to a cultures mental health care system is discussed and leads to the conclusion that explanatory power of psychiatric epidemiology is limited for this reason. I thus propose a reinterpretation of the results obtained by psychiatric epidemiology and place these results as well as the role of mental health care within a social and cultural subsystem of society.

The third chapter discusses how important it is to recognize that 'culture' is a structuring system for human acts and that these ideas should be considered in research. In this chapter three notions are raised. First, 'madness' may be interpreted in terms of (unsuccessful) social acts; this has implications for understanding the theoretical relation between the origin of mental disorders and a persons social position. Secondly, it is concluded that our society is built on mutual dependence of its members which in combination with the principle of instrumental rationalization leads to a quasi-equality of the members of a population, I call this complex equality. The mental health care system can or does contribute to the establishment of this complex equality, by means of techniques based on the instrumental rationalism. Thirdly, the phenomena that we are not capable of accepting the fact that things go wrong in life is discussed. We seem to attempt to remove or compensate for failure, by means of reshaping events in order to make the 'pain' disappear. Techniques for this purpose are in the hands of the mental health care system which encourage their use.

Mental health care as a social phenomena is discussed in chapter 4. Since mental health care system is 'how' we deal with 'madness', in this chapter I discuss briefly how people dealt with it in the past and describe the development of mental health care in social terms. Private initiative in a segregated society system seems to have caused the expansion of mental health care over time, by supplying new resources. The result was an expansion of concepts of 'madness' as the object of the mental health care. That government policies have often been 'retrospective' policies is also discussed.

In conclusion in these chapters the mental health care can be described as a distributor of the instrumental rationalism in a twilight zone of human existence, called 'madness'. Mental health

care thus makes it possible to control formerly intangible parts of human acts. Furthermore, mental health care seems to be one of the institutions charged with the realization of complex equality. In general, while I am optimistically disposed towards the future development of mental health care, despite of weaknesses, from a culture-philosophical point of view, I formulate a pessimistic view: it seems to be more and more impossible to choose for a mode of life outside the instrumental rationalism, and this will result in an increased penetration of public issue into private life.

Chapter 5 connects the first and the second part of this book. In this chapter, nine hypotheses are formulated, linking the theoretical formulations with the research that follows in the second part.

The first chapter in part II contains a number of reviews of the MHCR research instruments. Background details and aspects of organizing and developing the psychiatric case register for the southern part of South Limburg are discussed in chapter 6. The chapters 7, 8 and 9 contain research results.

Chapter 7, compares mental health care in two different areas, in the north and in the south of Holland. Although the findings suggest some remarkable similarities, there seem to exist some differences between the mental health care in both areas. Most people contacted outpatient services, especially the so called Regional Institutes for Ambulatory Mental Care. In chapter 8, the mental health care as an organized system is investigated with the MHCR. A great deal of the people who are under the care of the mental health services, can be considered multiple-service-users. This research showed that most of the overlap was covered by a collaboration of services. In fact, it seems that rationality in the field of mental health care as an organization is growing. Chapter 9 examines mental health care needs in the population and the difference between separate subpopulations. These are further related to complex equality.

Chapter 10 - final conclusion - starts with a point by point summing up of the hypotheses, formulated earlier. First, the data suggest that mental health care in different areas is similar, implying that the regional variations are not as important as is often supposed. Secondly, the resemblance of the responsibilities taken by different institutions in the regional mental health care seems to increase in time. Thirdly, the need for mental health care is unequally distributed over the population, a fact related to a number of social and historical factors.

In conclusion, I expect that mental health care, as a cultural system and as a set of explanatory frames to manage problems in social behavior, will expand further into the population. This will put additional pressure on the mental health care 'social' system, requiring much from the organizational ability to use available resources. Besides we will increasingly have to rely on short-term treatment, that are suitable for the realization of complex equality particularly for the treatment of these categories of

individuals most troubled by mental disturbances, such as individuals from lower socio-economic classes and the elderly. Furthermore, mental health care - as a regional service system - will have to evaluate in a scrupulous way, its own development, its effectiveness and its suitability for the population it serves. Only this way can it be fully legitimated in our society as an institution.

VOETNOTEN

VERANTWOORDING

1. Zie o.a. de Swaan (1984), waarin het nut van protoprofessionalisering als volgt omschreven wordt: "Maar tezelfdertijd doen zich in de samenleving allerhande conflicten voor, waarin de betrokken partijen steun zoeken bij deskundigen om hun tegenstellingen te beslechten. Een dergelijke herformulering van hun geschil in technisch-wetenschappelijke termen veronderstelt al een zekere mate van bekendheid met de basisbegrippen en grondhoudingen van de professie die de oplossing moet bieden: veronderstelt dus een zekere mate van 'protoprofessionalisering'." (de Swaan, 1984, p. 216) Onder professionalisering kan dan verstaan worden, "het doordringen op alle terreinen van de maatschappij van rationeel, wetenschappelijk denken en de toepassing van ingewikkelde, theoretisch gefundeerde methode en technieken". (Mok, 1973, p. 71)
2. Bernsdorf (1972) geeft de volgende definitie: "die jeweils kulturell geltenden, einen Sinnzusammenhang bildende, durch Sitte und Recht öffentlich garantierte Ordnungsgestalt, in der sich das Zusammenleben von Menschen darbietet." (ibid, p. 371)
3. Koot & Stegerhoek (1986) merken hierover het volgende op: "De Amerikaanse filosoof Walzer heeft voor het vraagstuk van de verdeling van sociale goederen het begrip complex equality (samengestelde gelijkheid) geïntroduceerd. Geen enkel sociaal goed is dan zo dominant, dat de verdeling binnen dat goed bepaalt hoe de verdeling bij andere sociale goederen uitpakt." (ibid, p.54)
B.v. niet alleen het inkomen bepaalt in Nederland of je een redelijk dak boven je hoofd hebt: allerhand aanvullende subsidies bieden op dit punt soelaas. Zo ook bij een slechte gezondheidstoestand zijn er -ongeacht het inkomen- mogelijkheden voor zorg.

Hoofdstuk 1. Inleiding

1. Het bijzondere aan dit soort instituties i.t.t. bijvoorbeeld het huwelijk, is dat zij zich a.h.w. (ook ruimtelijk) verzelfstandigen, waardoor zij een dynamische factor vormen, een verandering veroorzakend karakter hebben.
2. Uiteraard mag niet gesteld worden dat er één cultuur is b.v. voor alle Nederlanders op dit moment; binnen deze algemene verzamelterm zijn de nodige variaties aanwezig. D.w.z. het is niet denkbaar dat er één algemene voor iedereen geldende definitie, omschrijving bestaat voor wat hij/zij als psychische stoornis ziet.

Hoofdstuk 2. Psychopathologie en verklaringsmodellen

1. Hier is de anti-psychiatrie opgenomen onder het hoofdje 'sociale psychiatrie' omdat immers bij uitstek hier sprake is van een sociale

optiek t.a.v. psychische stoornissen. Sprekend over Sasz en Laing -die weliswaar op enkele punten verschillen- zegt Busfield (1986, p.90): "It is society and social groups such as the family that have their deficiencies and pathologies, not the individual."

2. Bovendien wordt er al vroeg een relatie gelegd tussen het voorkomen van deviante gedragingen (en de mate van verspreiding daarvan) en andere macro-kenmerken van de samenleving, zoals de mate van anomie in de betreffende samenleving.
3. Overigens, de ecologie als methode is in zijn toepassing zeker niet alleen gereserveerd voor een toepassing gericht op de spreiding van psychische stoornissen; ook de spreiding van andere vormen van deviant gedrag en ziekten kan object van onderzoek zijn. Ook behoeft de aggregatie-unit niet een buurt te zijn, maar hiervoor kunnen kleinere en ook grotere gebieden gekozen worden; b.v. de gemeente in het onderzoek van Drop (1979) en landen (zie o.a. Hankiss, 1982 en Milbrath, 1978).
4. Daarbij moet bedacht worden, dat vele data op individueel niveau niet of niet betrouwbaar te verzamelen zijn. Bovendien -als de data in principe al wel te verzamelen zouden zijn- zijn vaak de kosten te hoog de gegevens op individueel niveau te verzamelen. Tenslotte moet bedacht worden, dat vele gegevens vaak voor andere doeleinden reeds verzameld en aanwezig zijn.
5. De kern van de 'ecological fallacy' is, dat de conclusies getrokken op een hoger niveau ten onrechte naar een lager niveau vertaald worden. Dit kan geschieden omdat het model waarin de relaties gespecificeerd zijn wel op het geaggregeerde niveau van toepassing is, maar niet op het individuele niveau (men spreekt dan van 'specificatie-bias'). Of -en dan is er sprake van 'aggregation-bias'- de geaggregeerde units zijn zodanig gevormd dat daarin de verklaring voor de bevindingen gezocht moeten worden. (zie o.a. Morgenstern, 1982 en Langbein & Lichtman, 1978).
6. Waar naar mijn idee bij het opstellen van de verklaringsschema's te weinig rekening werd gehouden, is de mogelijkheid van het optreden van circulaire causaliteit. Dit idee werd door Romme e.a. (1981) in schema weergegeven voor wat betreft de relatie tussen sociale klassen en geestelijke gezondheid. Dit model (Ibid, p.43) is ook bruikbaar om relaties tussen andere variabelen in te vullen. In dit model is het mogelijk dat oorzaak en gevolg telkens van plaats ruilen, waarbij achteraf niet meer vastgesteld kan worden, welke factor als eerste het proces gestart heeft. Bovendien is het denkbaar dat verschillende factoren eenzelfde (circulair) proces op gang brengen. Overigens, het lijkt er sterk op dat de sociale wetenschappen strak vasthouden aan een (verouderd?) causaliteitsprincipe dat in wezen gestoeld is op een wetenschapstraditie welke op het werk van Newton is gebaseerd. Terwijl met name in de natuurwetenschappen men deze traditie -zeker om complexe vraagstukken te benaderen- ingeruild heeft voor nieuwere opvattingen. (Zie voor een bespreking van deze nieuwe opvattingen en de consequenties daarvan voor de sociale

wetenschappen een recent artikel van Bammé, 1987). Daarbij is niet gezegd dat 'Newton' niet voldoet, maar dat 'Newton' voor bepaalde vragen niet deugt. Deze 'creatieve vrijheid' durven de sociale wetenschappen kennelijk nog niet aan.

7. Interessant is de bevinding dat 'locus of control' enerzijds samenhangt met sociale klasse, opleiding, e.d. en anderzijds met geestelijke gezondheid gemeten als persoonlijkheidskenmerk (b.v. neuroticisme-score) en als de feitelijke geestelijke gezondheid op dat tijdstip. Lagere sociale klasse hangt samen met een externe locus of control, terwijl een externe locus of control samengaat met een slechtere geestelijke gezondheid.
8. De studie naar cultuurgebonden syndromen is hier van belang: zie b.v. voor een recent artikel Prince & Taheng-Laroche (1987) en de moeilijkheid dit soort syndromen onder te brengen in een diagnostisch systeem als b.v. de DSM III. Daarnaast blijkt uit vele studies de invloed van cultuur, van culturele verschillen, op de wijze waarop kinderen gesocialiseerd worden, welke persoonlijkheidskenmerken in welke richting aangescherpt worden.
9. Een uitzondering hierop vormt het verslag van een aantal case-studies over patiënten in Harare. In deze beschrijvingen staat de relatie tussen een specifieke cultuur en het ontstaan/beëindigen van de stoornis (Romme, 1987) centraal: met name is er aandacht hoe om binnen een netwerk al dan niet met positieve gevolgen met stress wordt omgegaan.

Hoofdstuk 3. Intermezzo: het menselijk handelen

1. In feite bevind ik mij in de traditie van het neo-kantiaans denken gemodificeerd door een cultureel relativisme zoals dat in het werk van Boas (1962) en Benedict (1960) naar voren komt (zie ook Hymes, 1974).
2. Cultuur is uiteraard meer dan waarden en normen. Ook de ethiek, de moraal, de kunst, de semiotiek -om naar enkele termen te noemen zonder volledig zijn, zonder aan te nemen dat alle termen van eenzelfde orde zijn er er geen overlappingen zouden zijn- behoren tot de cultuur. Bernsdorf (1972, p.479) zegt: "Kultur ist die Gesamtheit der typischen Lebensformen einer Bevölkerung, einschliesslich der sie tragenden Geistesverfassung, insbesondere der Wert-Einstellungen." en "Die 'typischen Lebensformen' umfassen auch die technischen Grundlagen des Daseins samt ihren materiellen Substraten (Kleidung, Obdach, Werkzeugen und Geräten, usw.) und dem gestalteten Naturraum als 'Kulturlandschaft'."
3. Weber heeft het aldus geformuleerd: "Es ist in keiner Art gesagt: dass die an dem aufeinander eingestellten Handeln Beteiligten im Einzelfall den gleichen Sinngehalt in die soziale Beziehung legen oder sich sinnhaft entsprechend der Einstellung des Gegenpartners

innerlich zu ihm einstellen, dass also in diesem Sinn 'Gegenseitigkeit' besteht. 'Freundschaft', 'Liebe', 'Pietät', 'Vertragstreue', 'nationales Gemeinschaftsgefühl' von der einen Seite kann auf durchaus andersartige Einstellungen der anderen Seite stossen. Dann verbinden eben die Beteiligten mit ihrem Handeln einen verschiedenen Sinn: die soziale Beziehung ist insoweit von beiden Seiten objektiv 'einseitig'." (Weber, 1972, p.13)

4. De hier geformuleerde opvatting ten aanzien van het sociale handelen heeft betrekking op gedrag gericht op een individu; gedrag met betrekking tot dieren, maar ook cultuurelementen in zijn algemeenheid, lijkt daarmee uitgesloten, maar is het niet geheel en al. Immers bekijken wij mijn gedrag tegenover de tekstverwerker -al schrijvend onder mijn handen- dan moet bedacht worden dat niet het oppervlakkige gedrag -het tikken- van belang is, maar dat die tekstverwerker het product is van een lang proces van menselijke handelingen en waarbij zowel de tekstverwerkers alsook het uiteindelijk manuscript een (half)produkt van sociaal handelen zijn.
5. De opinie die hier wordt weergegeven is sterk interactionistisch bepaald. Toch moet bedacht worden, dat b.v. indien ik mijn bureau tracht te klieven -en er dus oppervlakkig gesproken is van gedrag en niet van sociaal handelen- de 'sociologische observator' niet geïnteresseerd is in dit klieven sec, maar in het proces van elkaar opeenvolgende (sociale) handelingen, waardoor weer duidelijk wordt dat dit klieven gezien kan worden als het optreden van incompatibele zingevingen verband houdend met een sociale relatie. Deze opinie is niet 'oorzakelijk' bedoeld: m.a.w. de incompatibiliteit -de tegenstelling tussen de attitudesystemen- kan toegeschreven worden o.a. aan geheel buiten het individu en buiten de sociale relatie/het sociaal handelen liggen. B.v. ruimtelijke omstandigheden, van 'buitenaf' optredende factoren, etc. kunnen veranderingen in het individu 'veroorzaken' en zo leiden tot incompatibele zingevingen.
6. Immers het sociale systeem als totaliteit wordt opgebouwd uit telkens kleinere sybsystemen, waarbij het kleinste element -het sociaal handelen, het interactiesysteem- als bouwsteen dient. Sociale systemen bestaan nadrukkelijk niet uit personen, maar uit de handelingen van die personen. (Luhmann, Soziologische Aufklärung I Aufsätze zur Theorie sozialer Systeme, Opladen, 1970. p.67 en 68). Het is juist in die zin -vanwege de afhankelijkheid van het grotere sociale systeem van de prestaties binnen de interactiesystemen- dat ik de bedreiging 'in principe' noem. Uiteraard moeten binnen een groot deel van de interactiesystemen iets scheef gaan, wil deze bedreiging concreet worden en om die reden is de bedreiging niet snel realiteit.
7. Met name liet Elias zien hoe de gedragsstandaarden vanaf het einde van de middeleeuwen tot aan het begin van de negentiende eeuw veranderden en dat die veranderingen telkens starten in de bovenlaag en geleidelijk naar de lagere klassen 'druppelen'. Deze veranderingen

worden door Elias toegeschreven aan de toenemende sociale ver-
vlechting en de staatsvorming. Het typerende aan de geschiedenis in
(West) Europa is dat in een korte tijd van 300 à 400 jaar zo'n grote
sociale, politieke en technische veranderingen plaatsvinden, terwijl
ook de moderne staat in deze periode tot stand komt en de omgangs-
vormen tussen de mensen drastisch veranderen.

8. Het begrip 'instrumenteel rationalisme' heb ik hier om verschillende
redenen gekozen. Het begrip is nauw gelieerd aan Webers 'Zweckra-
tionalität', m.a.w. de relatie tussen het te bereiken doel en de
gekozen middelen -de weg waarlangs het doel met zo min mogelijk
kosten bereikt zal worden- is van groot belang. De toevoeging
'instrumenteel' is essentieel en wel vanwege drie overwegingen. In de
eerste plaats om aan te geven dat rationalisme hier als 'Zweckratio-
nalität' bedoeld wordt en dus de relatie tussen doel en middelen van
belang is. In de tweede plaats de benadrukking dat de doelen bereikt
worden met instrumenten (in de meest brede zin) die hun achtergrond
hebben in de (positivistische) wetenschapsbeoefening. In de derde
plaats -nauw verbonden met de eerste twee overwegingen- blijkt
hieruit het proceskarakter van het hier bedoelde rationalisme: er is
een begintoestand van het te bewerken materiaal, van daaruit wordt
een probleem gesignaleerd, een vraagstelling geformuleerd, deze mondt
uit in een doelstelling, daarbij worden de relevant geacht middelen
gekozen en tenslotte worden deze ingezet teneinde van een begintoe-
stand naar eindtoestand te geraken. Uiteraard behoort bij dit alles
een evaluatie in termen van doelbereiking en de al dan niet juiste
keuze van de middelen. Het formuleren van de doelen als zodanig komt
kennelijk niet tot stand op basis van een 'rationele' discussie.
9. De eerste twee bewegingen lijken inderdaad tegenstrijdig, maar juist
de derde beweging ondervangt de paradox. Eigenlijk kan je stellen,
dat de uitstoting niet zo dramatisch als vroeger plaatsvindt (waarbij
het individu in zijn totaliteit uitgestoten werd), maar dat slechts
een deel van het individu (betrekking hebbend op soms een zeer
beperkt aantal interactiesystemen) uitgesloten wordt en zo de mens
niet in zijn totaliteit tot omgeving wordt gemaakt. Deze beperkte
uitstoting krijgt vorm binnen specifieke voorzieningen: in die zin
is er sprake van een (partiële) uitstoting door insluiting (binnen
specifieke voorzieningen). Het aantal personen dat bij zo'n
(partiële) uitstoting betrokken is, is echter aanzienlijk in
vergelijking tot vroeger.
10. D.w.z. gemakshalve ga ik er telkens vanuit dat dit sociaal
handelen tussen twee individuen betreft: er kan uiteraard sprake zijn
van een veelvoud wat betreft het aantal betrokkenen.

Hoofdstuk 4. De geestelijke gezondheidszorg als maatschappelijk fenomeen

1. Met de onderzoekspraktijk lijkt ook iets aan de hand te zijn
(Beekers, 1986). Uiteraard wens ik mij als 'buitenstaander' niet in

deze strijd te mengen die volgens sommigen (zie Smith e.a., 1980) als vitriool nogal eens in de literatuur van het effectonderzoek naar voren komt.

2. Hoewel dit gezien de beperkte middelen en de daartoe benodigde energie (ook voor de patiënt) nog maar zeer weinig schijnt voor te komen.
3. Hoewel er grote twijfels zijn omtrent hoe dit geoperationaliseerd moet worden.
4. Ondere hogere klasse bedoel dus niet de 500 van Mertens of iets van dien aard: ik bedoel diegenen die volgens de ITS-beroepen indeling op de hoogste schaal terecht komen, en alhoewel ook deze operationalisatie beperkingen oplevert, wordt zo het idee nog het beste benaderd.
5. Vooral dient bedacht te worden dat de leefomstandigheden sterk verbeterd zijn o.a. door de aanwezigheid van de sociale zekerheid; de confrontatie met onplezierige gebeurtenissen wordt door o.a. medicatie beter hanteerbaar. Bovendien kunnen een aantal vormen in een vroeger stadium redelijk effectief behandeld worden d.m.v. psychotherapie.

Ook de groep chronici is zeker niet in zijn totaliteit hetzelfde gebleven: dit én door maatschappelijk veranderingen (nu meer opnamen t.g.v. misbruik van middelen -vooral alcohol- en t.g.v. veroudering van de populatie) én door therapeutische mogelijkheden (b.v. de beïnvloeding van de 'expressed emotions' in het gezin, waardoor de afhankelijkheid van -intramurale- zorg in de tijd gezien korter kan zijn).

6. Homosexualiteit kon pas als 'ziektebeeld' uit de GGZ verdwijnen, nadat deze afwijkende beleving als een geëmancipeerde variant naast de gebruikelijke geaccepteerd werd.
7. Een uitzondering is de Sociaal Pedagogische Dienst als ambulante zorgvorm voor intellectueel gehandicapten die als welzijnsvoorziening betiteld is en als zodanig door het Ministerie van WVC gefinancierd wordt: deze voorziening behoort in strikte zin dan ook niet tot de GGZ.

Hoofdstuk 5. Een brug: van theorie naar empire.

1. Voor de psychoanalyse als afzonderlijke professie heeft Bulhof (1983) het proces, tijdens welke de psychoanalyse als idee aan de man gebracht werd, beschreven (dus het ontstaan van de psychoanalyse als cultureel subsysteem in de nederlandse samenleving); Brinkgreve (1984) verhaalde voor diezelfde club over de vestigingsstrijd (dus het ontstaan van de psychoanalyse als sociaal subsysteem in de nederlandse samenleving).
2. Hoewel, dit in een aantal landen o.a. omdat deze dunbevolkte gebieden kennen, nooit op een volledige manier tot stand zal kunnen komen.
3. Misschien moet zelfs gesteld worden, dat juist door middel van socialisatie de nieuwe gedragsvormen echt goed gevestigd worden en wordt civilisatie niet alleen mede door socialisatie als proces

gaande gehouden, maar worden fasen in dat civilisatieproces vervolmaakt tijdens de socialisatie.

Hoofdstuk 6. Een psychiatrisch case-register

1. Sinds 1974 als een gemeentelijk register operationeel, terwijl nu een groter register voor de gehele provincie Drente opgezet is.
2. Dit soort vragen zullen wij beantwoorden in een project dat per 1.1.1988 start onder de titel 'Chronische GGZ-patronen' dat nu als pilot in uitvoering is.

Hoofdstuk 7. De regionale GGZ

1. Op dit punt is een klein, maar zeer irritant foutje in de tekst geslopen: hier behoort het woord 'niet' niet te staan.

Hoofdstuk 10. Slotbeschouwing

1. Interessant is b.v. het gegeven dat een minderheid van alle huisartsen een meerderheid van alle GGZ-patiënten 'toelevert', terwijl nog onduidelijk is of dit ligt aan verschillen in het detectievermogen of in therapeutische vaardigheden van de huisarts of aan verschillen in morbiditeit tussen de praktijken.
2. In feite alleen de stad Maastricht, voor het ruraal en suburbaan gebied zal dit waarschijnlijk in veel mindere mate gelden.

LITERATUUR

- Aakster, C.W.: Sociologie van de gezondheidszorg. In: L. Rademaker (ed), Toegepaste sociologie. Spektrum, Utrecht, 1981.
- Abraham, R.E. & W.B. Gunning: De regionale psychiatrische kliniek en de psychiatrische afdeling van het algemeen ziekenhuis. Medisch Contact, 1976; 31: 513-520.
- Albinsky, M.: Onderzoek en actie. Over de relatie tussen sociaal wetenschappelijk onderzoeken en menselijk handelen. Assen, 1978.
- Anoniem: Editor's Comment (as a reply at Favazza, 1986). Transcultural Psychiatric Research Review, 1986 Vol. XXIII; 1: 87-89.
- Baldwin, J.A.: Linked record medical information systems. Proceedings of the Royal Society of London, series B., 1973; 184: 403-420.
- Bammé, A.: Wenn aus Chaos Ordnung wird. Die Herausforderung der Sozialwissenschaften durch die Naturwissenschaftler. Klagenfurt, 1987.
- BAVO-rapport: Van probleem tot psychiatrie. 3e rapport visie commissie, 1978.
- Beckers, B.M.C.: Persoonlijke vaardigheidstherapieën voor kansarmen. Lisse, 1986.
- Beekers, M.: Interpersoonlijke vaardigheidstherapieën voor kansarmen. Lisse, 1982.
- Beekers, M.: Gemiste kans. Bespreking van S. Schagen e.a., De praktijk van de psychotherapie. De Psycholoog, 1986 jrg. XXI; 3: 127-129.
- Beels, C.C.: Social networks and schizophrenia. Psychiatric Quaterly, 1979; 51: 209-215.
- Beenackers, A.A.J.M.: Projekt-evaluatie in de geestelijke gezondheidszorg. Delft, 1986.
- Benedict, R.: Patterns of Culture. Mentor, New York, 1960.
- Bernsdorf, W.: Wörterbuch der Soziologie. Stuttgart, 1972.
- Binnenveld, J.M.W., C. Brinkgreve, A.J. Lameijn, H.F.M. Peeters, P. Vandermeersch, C.P. Vos & J. Vijselaar: Een psychiatrisch verleden. Uit de geschiedenis van de psychiatrie. Baarn, 1982.
- Bijl, R. & J. Mastboom: Van behoefte naar vraag. Epidemiologisch onderzoek en regionale verdeling van AGGZ-capaciteit: beperkingen en mogelijkheden. NCGV-reeks 89, 1986.
- Boas, F.: Anthropology and modern Life. New York, 1962.
- Bos, T. van den, A. Lau-IJzerman, J.D.F. Habbema & P.J. van der Maas: Ongezonderheid in de grote stad (I & II). Medisch Contact, 1981; 12 & 13: 335-340, 385-389.
- Bosma, A.: De ekologische benadering in de psychiatrie. Tijdschrift voor Psychiatrie, 1975a; 17; 4: 273-282.
- Bosma, A.: De ruimtelijke spreiding van klinisch psychiatrische patiënten in Nijmegen. Tijdschrift voor Psychiatrie, 1975b; 17; 4: 273-282.

- Brinkgreve, C., J.H. Onland & A. de Swaan: Sociologie van de psychotherapie 1. De opkomst van het psychotherapeutisch bedrijf. Utrecht, Antwerpen, 1979.
- Brinkgreve, C.: Psychoanalyse in Nederland. Een vestingsstrijd. Amsterdam, 1984.
- Brook, O.H.: Heropnemingen in de Algemene Psychiatrische Ziekenhuizen in de periode 1970 tot en met 1980. Tijdschrift voor Psychiatrie, 1984; 26: 500-525.
- Brook, F.G., H.J.F.R. Hamers: GGZorg gepeild. Een vergelijkend onderzoek met behulp van twee Registers voor de Geestelijke Volksgezondheid. Tijdschrift voor Psychiatrie, 1985; 27: 115-127.
- Brown, G.W. & T. Harris: Social origins of depression: A study of psychiatric disorder in women. London, 1978.
- Bulhof, I.N.: Freud en Nederland. Baarn, 1983.
- Busfield, J.: Managing madness. Changing ideas and practice. London, 1986.
- Cassel, J.C. & Tyroler: Epidemiological Studies of Culture Change. Archives of Environmental Health, 1961 vol. 3; 7: 61.
- Cassel, J.C.: Social science theory as a source of hypothesis in epidemiologic research. American Journal of Public Health, 1964; 54 (1): 1482-1488.
- Cassel, J.C.: The Contribution of the Social Environment in Host Resistance. American Journal of Epidemiology, 1976; 104 (2): 107-123.
- Cohen, C.I. & J. Sokolovsky: Schizophrenia and social networks: ex-patients in the inner city. Schizophrenia Bulletin, 1978; 4: 546-560.
- Cooper, J. & N. Sartorius: Cultural and temporal variations in Schizophrenia. A speculation on the Importance of Industrialization. British Journal of Psychiatry, 1977; 130: 50-55.
- Crombag, H.F.M.: De eeuw van het beleid. Intermediair, 1986 22e jrg. 13-28 mrt, 19-21, 55.
- DeVries, M.W.: Introduction: Medicalization in perspective. In: M. DeVries, R.L. Berg and M. Lipkin jr., eds., The use and abuse of medicine, New York, 1982.
- DeVries, M.W., H.J.F.R. Hamers: Mental Health Care and Morbidity. Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg, 1984; 12: 504-506.
- DeVries, M.W., H.J.F.R. Hamers, F. Sturmans: The use of the case register in economizing epidemiological research. In: Ten Horn, Giel, Gumblinat and Henderson (eds). Psychiatric Case Registers 1960-1985. Elsevier Science Publishers BV, 1986.
- Does R., A. Koning, L. Strijbosch & L. Volovics: Syllabus. Data Analyse: exploratie en evaluatie. Capaciteitsgroep Medische Informatica en Statistiek. September, 1983.
- Dohrenwend, B.P.: Addendum: B.S. Dohrenwend: Social status and responsibility for stressful life events. In: C.D. Spielberger & I.G. Sarason (eds.), Stress and Anxiety. Washington, New York, London, 1986.

- Dormaar, M., C. Dijkman, M. deVries: Consensus in mental health care: a measure of the therapeutic relationship related to outcome. *Perspectief*, 1986 jrg 4; no.2: 3-28.
- Drop, M.: Arbeidsverdeling, normatieve integratie en typen van afwijkend gedrag. Maastricht, 1979.
- Duncan-Jones P. & S. Henderson: The use of a two-phase design in a population survey. *Social Psychiatry*, 1978; 1: 231-237.
- Dunham, H.W.: Community and schizophrenia: an epidemiological analysis. Detroit, 1965.
- Edgerton, R.B.: Traditional treatment for mental illness in Africa: a review. *Culture Medicine Psychiatry*, 1980; 4: 167-189.
- Elias, N.: Het civilisatieproces. Sociogenetische en psychogenetische onderzoekingen. Deel I en II. Utrecht, Antwerpen, 1984.
- Everitt, B.S.: The analysis of contingency tables. London, 1977.
- Fabrega, H. jr.: The Idea of Medicalization: an Antropological Perspective. In: M.W. deVries, R.L. Berg & M. Lipkin jr. (eds.). *The Use and Abuse of Medicine*, New York, 1982.
- Farris, R. & Dunham, H.: Mental Disorders in urban areas. Chicago, 1939; Phoenix Books, London, 1965.
- Favazza, A.R. & A.D. Faheem: Themes in Cultural Psychiatry. An annotated bibliography, 1975-1980. Columbia, Londen, 1982.
- Favazza, A.R.: Letter in *Transcultural Psychiatric Research Review*, 1986; vol. XXIII: 186-87 n.a.v. DiNicola (1985).
- Friedman, G.D.: Primer of epidemiology. New York, McGraw-Hill, 1974.
- Foucault, M.: Madness and Civilization, A History of Insanity in the Age of Reason, New York, 1965.
- Gardner, E.A., H.C. Miles, A.K. Bahn and J. Romano: All psychiatric experience in a community. A cumulative survey: Report of the first year's experience. *Archives of General Psychiatry*, 1963; 19: 369-378.
- Gardner, E.A., H.M. Babigian: A longitudinal comparison of psychiatric service. *American Journal of Orthopsychiatry*, 1966; 36: 818-828.
- Giel, R., G.H.M.M. ten Horn: Een psychiatrisch register als basis voor planning. *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 1976; 54: 148-153.
- Giel, R.: Over de classificatie in diagnostisch opzicht van de cliënten. *Afd. Sociale Psychiatrie, RUGroningen*, 1978.
- Giel, R., G.H.M.M. ten Horn: The thruth about psychiatric morbidity. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 1980, Suppl. 285; 62: 30-40.
- Giel, R & G.H.M.M. ten Horn: De verhouding tussen hulp-vraag en -aanbod: risicogroepen in de GGZ. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 1981; 23: 504-521.
- Giel, R.: Waarom een psychiatrische diagnose? Een beknopte inleiding in het medisch model en in andere modellen. Alphen a.d. Rijn/Brussel, 1982.

- Goldberg, D.: Manual of the General Health Questionnaire. Slough, National Foundation for Educational Research, 1979.
- Goldberg, D. & P. Huxley: Mental illness in the Community; the pathway to psychiatric care. Tavistock, London, 1981.
- Graaf A.C. de, G.H.M.M. ten Horn: Psychiatrische patiënten-registers in Engeland, Schotland, Denemarken en Nederland anno 1975. Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde, 1975; 53: 829.
- Grinten T. v.d.: De vorming van de ambulante Geestelijke Gezondheidszorg. Een historisch beleidsonderzoek, Baarn, 1987.
- Gunsteren, H.R. v.: The Quest for Control. John Wiley & Sons, London, 1976.
- Habbema J.D.F., T. van den Bos, A. Lau-IJzerman & P.J. van der Maas: Onderzoek naar verschillen in sterfte, ziekenhuisopnamen en langdurige arbeidsongeschiktheid tussen buurten in Amsterdam. Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde, 1980; 58: 101-106.
- Haberman: Analysis of quantitative data. Vol. 2. Academic Press, New York, 1979.
- Habermas, J.: Theorie des kommunikativen Handelns, Band 1. Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main, 2e druk, 1982.
- Habermas, J.: Theorie des kommunikativen Handelns, Band 2. Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main, 2e druk, 1982.
- Häfner, H., H. Reimann, H. Imrich & H. Martini: Inzidenz Seelicher Erkrankungen in Mannheim. Social Psychiatry, 1965 Vol.4: 126-135.
- Häfner, H. & J. Klug: The impact of an expanding community mental health service on patterns of bed usage: evaluation of a four-year period of implementation. Psychological Medicine, 1982; 12: 177-190.
- Halfens, R.J.G.: Locus of Control. Beheersingsoriëntatie in relatie tot ziekte en gezondheidsgedrag. Maastricht, 1985.
- Hamers, H.J.F.R. & F.G. Brook: De GGZ in het noorden en zuiden des lands in 1981. Tijdschrift voor Psychiatrie, 1986; 4: 254-266.
- Hamers, H.J.F.R., M.A.J. Romme, G.A.M. Driessen: Het (on)bedoelde gebruik van meerdere GGZorg-voorzieningen. Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg, 1985, 13: 506-511.
- Hamers, H.J.F.R., G.A.M. Driessen: Risico op GGZorg. Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg, 1986; 563-567.
- Hamers, H.J.F.R.: Onderzoek en privacy van een dilemma. Perspektief, juni 1984.
- Hamers, H.J.F.R.: 24-uurs Opvangpost van akute en psycho-sociale en psychiatrische crises in de regio Maastricht. Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg, 1983; 61 (21): 802-805.
- Hamers, H.J.F.R., M.A.J. Romme, M.W. deVries: Resistance, Privacy and Technology: comments on the negotiations of the case register in Maastricht (mei 1985) In: ten Horn, Giel, Cumblinatt and Henderson (eds), Psychiatric Case Registers 1960-1985. Elsevier, 1986.
- Hankiss, K., R. Manchin & L. Fustos: The Role of Value Deficiencies in Primary Health Care Recording Systems. In: Lipkin, M. & K. Kupka, Psycho social Factors Affecting Health. New York, 1982.

- Haveman, M.J.: De frequent opgenomen psychiatrische patiënt draait de draaideur selectief (II). Tijdschrift voor Psychiatrie, 1980; 22: 267-277.
- Helgason, T.: Prevalence and Incidence of mental disorders estimated by a health Questionnaire and a psychiatric Case Register. Acta Psychiatrica Scandinavica, 1978; 58: 256-266.
- Helgason, T.: The epidemiology of Alcohol Abuse. Nordisk Medicine, 1984; 99: 290-294.
- Henderson, S., D.G. Byrne & P. Duncan-Jones: Neurosis and the Social Environment. Canberra, 1981.
- Hodiamont, P., E. ter Heine, P. Heyendaal, J. Furer, P. Peer: Psychiatrische en psychosociale problematiek: overeenkomst en verschil. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid, 1986; 2: 128-144.
- Hoek, H.W., F.G. Brook, R. Giel & G.H.M.M. ten Horn, Anorexia Nervosa. Tijdschrift voor Psychiatrie, 1984; 26: 736-744.
- Hondrich, K.O.: Menschliche Bedürfnisse und Soziale Steuerung. Reinbek bei Hamburg, 1975.
- Horn G.H.M.M. ten: De dienstverlening aan mensen met alcohol- of drugsprobleem door instellingen van de GGZ. Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde, 1976; 54: 806-809, 840.
- Horn G.H.M.M. ten, R. Giel: Patronen in het netwerk van de geestelijke gezondheidszorg. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid, 1978; 1: 23-34.
- Horn ten G.H.M.M.: Nazorg geeft kopzorg. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid, 1982; 12: 1279-1294.
- Horn ten G.H.M.M.: Kortdurende opnamen: eigen taken voor de PAAZ en het psychiatrisch ziekenhuis. Het Ziekenhuis, 1982 vol. 12; 11: 601-603.
- Hymes, D. (Ed.): Reinventing Anthropology. Vintage, Random House, New York, 1974
- Illich, I.: Medical Nemesis: The Expropriation of health. New York, 1976.
- Jacobs, H.: RIGGtingen '83. Een inventarisatie van samenwerkingsverbanden tussen extramurale, semimurale en intramurale GGZ-voorzieningen, Utrecht (NCGV-reeks 59), 1984.
- Jonkman, J.: Apart afrekenen. De verhouding tussen de financieringswijzen in de geestelijke gezondheidszorg en het streven naar inhoudelijke samenhang. NCGV-reeks 63, 1984.
- Kapteyn, P.: De speeltuin Nederland. Zwolle, 1985.
- Kiev, A.: Transcultural Psychiatry. Middlesex, 1972.
- Kleinman, A.: Patients and Healers in the Context of Culture. Berkeley, University of California Press, 1980.
- Kleinman, A.: Medicalization and the Clinical Praxis of Medical Systems. In: M.W. DeVries, R.L. Berg & M. Lipkin jr. (eds). The Use and Abuse of Medicine, New York, 1982.
- Koot, T & H. Stegerhoek: Zorgzame samenleving tussen recht en wil. Harmonisatieraad Welzijnsbeleid. s'-Gravenhage, 1986.

- Langbein L.I. & A.J. Lichtman: Ecological Inference, Beverly Hills, London, 1978.
- Lasch, C.: Haven in a Heartless World: The Family Beseigned, New York, 1977.
- Lasch, C.: On Medicalization and the Triumph of the Therapeutic. In: M.W. DeVries, R.L. Berg & M. Lipkin jr. (eds). The Use and Abuse of Medicine, New York, 1982.
- Lemaire T.: Over de waarde van kulturen; een inleiding in de kultuurfilosofie. Ambo, Baarn, 1976.
- Levin, B.L., J.H. Glasser, R.E. Roberts: Changing Patterns in Mental Health Service Coverage within Health Maintenance Organizations. American Journal of Public Health, 19..; 74: 453-458.
- Luhman, N.: Aufklärungen I, Aufsätze zur theorie sozialer systeme. Opladen, 1970.
- Luhman, N.: Sociologische Aufklärung II, Aufsätze zur Theorie der Gesellschaft. Opladen, 1975.
- Maas P.J. v.d. & J.D. Habbema: Standaardiseren van ziekte- en sterftcijfers: mogelijkheden en beperkingen. Tijdschrift Sociale Geneeskunde, 1981; 59 (8): 259-270.
- MacMahon, B., T.F. Pugh: Epidemiology: principles and methods. Boston, Little, Brown, 1970.
- Mattes, J.A.: The optimal Lenght of Hospitalization for Psychiatric Patients: A review of the Literature. Hospital and Community Psychiatry, 1982; 33 (10): 824-828.
- Maslow, A.H.: Toward a psychology of being. New York, 1968.
- Milbrath L.W.: Indicators of environmental quality and quality of live. Reports and Papers in the social sciences, 38, Unesco, 1978: 32-56.
- Miller, P. & J.G. Ingham: Friends, confidants and symptoms. Social Psychiatry, 1976; 11: 51-58.
- Mok, A.L.: Beroepen in aktie. Meppel, 1973.
- Morgenstern, H.: Uses of ecologic analysis in epidemiologic research. American Journal of Public Health, 1982, 72: 1336.
- Neff, J.A., S.L. McFall, T.D. Cleaveland: Psychiatry and medicine in US: Interpreting trends in medical speciality choise. 1987.
- Nelissen, N.J.M.: Grondbeginselen van de sociale ecologie, Utrecht, Antwerpen, 1972.
- Norusis, M.J.: SPSS-X Advanced statistics guide. New-York, 1985.
- Nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid. Handelingen Tweede Kamer 1983-1984, stuk 18.463, no.1-2, 1984.
- Offerhaus, R.: Nadere analyses van de St. Bavo bevolkingsenquête. 1984.
- Oosterbaan, H. & W. Zeldenrust: Gescheiden wegen. Sociale Netwerken, proto-professionalisering, psychische problemen en hulpzoekend gedrag bij gescheiden mensen. Utrecht (NCGV-reeks 84), 1985.
- Ormel, J.: Moeilijk met leven of een moeilijk leven. Een vervolgonderzoek naar de invloed van psychosociale belasting op het welbevinden van driehonderd Nederlanders. Groningen, 1980.

- Ormel, J. & R. Giel: Omvang, beloop en behandeling van psychische stoornissen bij de huisarts. Een literatuur-overzicht pleidooi voor de ontwikkeling van een beslissingsschema op multiaxiale basis. Tijdschrift voor Psychiatrie, 1983: 688-710.
- Peters, F.G.: Cultuur in of aan organisaties; iets bijzonders? Technische Universiteit Twente. Enschede, jan. 1986.
- Prince, R. & F. Teheng-Laroche: Culture Bound Syndromes and International Disease Classifications. Culture, Medicine & Psychiatry, 1987; 11: 3-19.
- Raats, G; R. Sanderman, J. Ormel: Ongelijke kansen op geestelijke gezondheid(gezorg). Verslag van de geestelijke gezondheid in Nederland. Groningen, 1987.
- Redlich, F. and S.R. Wellert: Trends in American Mental Health. American Journal of Psychiatry, 1978; 135: 22-28.
- Regier, D.A., I.D. Goldberg and C.A. Taube: The facto US mental health services system, a public health perspective. Archives of General Psychiatry, 1978; 35: 685-693.
- Regier, D.A., J.K. Myers, M. Kramer, L.N. Robins, D.G. Blazer, R.L. Hough, W.W. Eaton, and B.Z. Locke: The NIMH Epidemiologic Catchment Area Program. Archives of General Psychiatry, 1984; 41: 934-941.
- Romme, M.A.J., H. Kraan, R. Rotteveel: Wat is sociale psychiatrie? Een inleiding. Alphen a/d Rijn, Brussel, 1981.
- Romme, M.A.J.: Samenwerken in de Geestelijke Gezondheidszorg; een pleidooi tegen kategoriaal psychiatrische zorg. Samenwerking in de Geestelijke Gezondheidszorg Gent, 1982 (25-42).
- Romme, M.A.J. (red): Geestelijke Gezondheidszorg. Voorzieningen, werkwijzen, doelgroepen, medewerkers, ontwikkelingen, financiering, omvang. Alphen a/d Rijn, Brussel (2e herziene druk), 1984.
- Romme, M.A.J.: Bedenkingen bij de regionale geestelijke gezondheidszorg in Nederland. Tijdschrift voor Psychiatrie, 1985; 27 (7): 439-446.
- Romme, M.A.J.: Social Psychiatry in Zimbabwe or the interplay of culture and psychosocial disorders. Te verschijnen in The International Journal of Social Psychiatry, 1987.
- Rotteveel, R., H. Uffing, N. de Vries: Resocialisatie in de GGZ in de Westelijke Mijnstreek; een samenwerkingsproject. Rapport voor het Preventiefonds. Mei, 1984.
- Rotter, J.B.: Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. Psychological Monographs, 1966; 80: 1-28.
- Sartorius N.S., A. Jablensky & R. Shapiro: Cross-cultural differences in the short-term prognosis of schizophrenic psychoses. Schizophrenia Bulletin, 1978, 4: 102-113.
- Schagen, S.: Het effect van psychotherapie. Meetbaarheid en resultaten. Deventer, 1983.
- Schagen, S.: De praktijk van de psychotherapie. Deventer, 1985.

- Seligman, M.E.P.: Helplessness: On depression, development, and death. W.H. Freeman, San Francisco, 1975.
- Shepherd, M., B. Cooper, A. Brown and G.W. Kalton: Psychiatric illness in general practice. Oxford University Press, London, 1966.
- Smith, M.L., G.V. Glass & Th.I. Miller: The benefits of psychotherapy. Baltimore, 1980.
- Sociaal Cultureel Planbureau: S.C.P. cahier no.14, 1980.
- Srole, L., T.S. Langner, S.T. Michael, P. Kerkpatzick, M.K. Oplen & T.A.C. Rennie: Mental Health in the Metropolis. The Midtown Manhattan Study (edited by L. Srole & A.K. Fisher). New York (revised and enlarged edition), 1978.
- Stokols, D.: A Congruence Analysis of Human Stress. In: Spielberger, C.D. & I.G. Sarason (eds), Stress and Anxiety. Vol.10. A source book of Theory and Research. Washington, New York, London, 1986.
- Sturmans, F.: Epidemiologie: theorie, methoden en toepassing. Dekker en Van de Veght, Nijmegen (2e druk), 1983.
- Swaan, A. de, R. v. Genderen & V. Kense: Sociologie van de psychotherapie 2. Het spreekuur als opgave. Utrecht, Antwerpen, 1979.
- Swaan, A. de: De mens is de mens een zorg. Amsterdam (3e herziene druk), 1984.
- Szasz, T.S.: The Myth of Mental Illness: Foundations of a theory of Personel Conduct, New York, 1961.
- Tukey, J.W.: Exploratory Data Analyses. Reading, Massachusetts, 1977.
- Ypema, E. & F. de Haan: Verdelen naar behoefte. Nederlands Centrum Geestelijke Volksgezondheid, Utrecht, 1983.
- Verhey, F.H.M.: Langzame hersenpotentialen en gemeten gedrag. Leiter-Nypels, Maastricht, 1981.
- Verdonk, A.: Stadsbuurten, de ene is de andere niet. Deventer, 1979.
- Wagenberg, H. v.: Rangorde van sociale achterstand in de buurten van de gemeente Maastricht en van de gemeente Maastricht in vergelijking met een aantal Limburgse en Nederlandse gemeenten. Dienst Welzijnszaken Maastricht, 1982.
- Weber, M.: Wirtschaft und Gesellschaft. Grundriss der verstehende Sociologie. (Studienausgabe) 5e gereviseerde oplage door Winckelman, J.C.B.: Mohr, Tübingen, 1972.
- Weerden-Dijkstra J.R. van & R. Giel: Mededelingen uit het centrale Patiënten-Register voor psychiatrische ziekenhuizen en universiteitsklinieken. Tijdschrift voor Psychiatrie, 1974; 16: 453.
- Weerden-Dijkstra, J.R. van & R. Giel: Risicogroepen voor psychiatrische opname. Tijdschrift voor Psychiatrie, 1975; 41-47.
- Weyerer, S., E. Maylath, M. Pfeiger-Kurda, B. Krumm, G.H.M.M. ten Horn: Die stabilität der ökologischen Verteilung psychiatrisch behandelter Ersterkrankungen in der Stadt Mannheim. Nervenheilkunde, 1987; 6: 14-22.

- Whiting, J.:** Methods and problems in cross-cultural research. In: G. Lindzey and E. Aronson, eds., Handbook of social psychology, Vol. 2, 2nd ed.: 693-728. Addison-Wesley, Reading (Mass.), 1968.
- Wilken, M.:** Macht und psychiatrische etikettierung. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozial Psychologie, 1973a; 25: 274-285.
- Wilken, M.:** Hospitalisationsrisiko und Gemeindestruktur. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozial Psychologie, 1973b; 25: 319-336.
- Wing, L., J. Wing, A. Hailey, A. Bahn, H. Smith and J. Baldwin:** The use of psychiatric services in three urban areas; an international case register study. Social Psychiatry, 1967; 2: 158-166.
- Wing, J.K. a.o.:** Camberwell Cumulative Psychiatric Case Register. Part I Aims and Methods. Social Psychiatry, 1968; 3: 116.
- Wing, J.K. & A. Hailey:** Evaluating a community psychiatric service: Camberwell Register 1961-1971. Oxford Press, Oxford, 1972.
- Wing, J.K., A. Hailey:** Reported prevalence. In: L. Wing and A. Hailey, eds., Evaluating a community psychiatric service. London, Oxford University Press, 1972.
- Wing, J.K., J.M. Nixon, S.A. Mann & J.P. Zeff:** Reliability of the PSE (ninth edition) used in a population study. Psychological Medicine, 1977; 7: 505-516.
- World Health Organisation:** Psychiatric case registers, report on a working group. Mannheim 5-6 May, 1983.

DANKWOORD

Het wetenschapsgebied 'sociale psychiatrie' is groot; werken in je eentje aan onderzoek op dit terrein is bijna per definitie onmogelijk. Dit proefschrift is dus bepaald niet het werk van een persoon. Temeer daar het verwerkte empirisch materiaal uit een psychiatrisch casusregister gedestilleerd is; concreet betekent dit, dat vele medewerkers werkzaam in GGZ-voorzieningen een bijdrage 'op afstand' aan dit proefschrift leverden.

Een aantal personen is op de een of andere wijze nauw betrokken bij de werkzaamheden die een voorlopig eindpunt vonden in deze bundel. Prof.Dr. M. Romme is sinds 1980 mijn mentor in het vakgebied sociale psychiatrie en onder zijn begeleiding kwam het register tot stand. Bovendien stimuleerde hij mij een aantal register-deelstudies bijeen te brengen. In dat proces -en vooral wat betreft de theoretische onderbouwing van het empirisch materiaal- heb ik in mijn tweede promotor Prof.Dr. H. Philipsen een goede gesprekspartner gevonden, waardoor mij enkele dwalingen bespaard bleven.

Prof.Dr. R. Giel mag nationaal en internationaal als de 'peetvader' van psychiatrische casusregisters gezien worden. Hij heeft een niet te onderschatten rol gespeeld in het tot stand brengen van het 'zuidelijk' register. In het vervolg hierop heeft hij zijn rol als referent nauwgezet en ter zake ingevuld. Zonder Prof.Dr. F. Sturmans en Prof.Dr. M. deVries had dit proefschrift moeilijk afgerond kunnen worden. Immers, behalve hun adequate reactie als referent, hebben beiden -ieder vanuit een andere positie- bijgedragen tot het scheppen van voorwaarden waardoor enerzijds het register als continu te onderhouden 'data-base' in stand kan blijven en anderzijds het psychiatrisch-epidemiologisch onderzoek gestimuleerd wordt.

Het opzetten van het register werd mogelijk gemaakt door een subsidie van het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Van de contacten met dit Ministerie is met name de actieve rol van Mevr.Drs. A.C. de Graaf te noemen: de plaatsvervangend hoofdinspecteur voor de Geestelijke Volksgezondheid Dr. J. Verhoef heeft enkele malen mijn gemoedstoestand -in mineur als iets aangaande het register minder goed verliep- weten te verbeteren. Eenzelfde rol heeft Dr. T. v.d. Grinten -wellicht ongeweten- nogal eens in de landelijke begeleidingscommissie op zich genomen.

De collega's te Groningen van de afdeling Sociale Psychiatrie aldaar ben ik veel dank verschuldigd. Dit geldt in het bijzonder voor Mevr. Dr. G. ten Horn en Drs. F. Brook. Ik hoop dat de samenwerking tussen het zuiden en het noorden, liefst tezamen met buitenlandse register-teams, verder geïntensiveerd wordt en er nog vele vergelijkende studies uitgevoerd mogen worden. Aan stimulans hiertoe zal vooral dankzij Dr. ten Horn geen gebrek zijn.

Bij de opzet van het register kreeg ik ondersteuning vanuit de vakgroep Medische Sociologie door een actieve bijdrage van Prof.Dr. G. Saenger, terwijl het MHCR in die beginfase een facultaire plek in

een deelproject onder leiding van Prof.Dr. M. Drop kreeg. Enkele recente exploitatieproblemen konden soepel verholpen worden, omdat een van de huidige MHCR-projecten organisatorisch tot het deelproject "aspecten van de gezondheidszorgbeleid bij overheid en instelling" onder leiding van Dr. I. Mur behoort. Van Prof.Dr. J. Bremer mocht ik enkele nuttige tips ontvangen betreffende hoofdstuk 2.

Vanuit het Memic waren Mevr. M. Kruijen, Dr.Ir. C. Limonard en dhr. L. Ploumen actief aanwezig om het register mede van de grond te tillen. Ook ben ik het Memic dankbaar voor de levering van de noodzakelijke referentiegegevens op populatieniveau. Zo werden de 'buurtdata' verkregen met hulp van Drs. F. Nijhuis (Memic), Drs. H. v. Wagenberg en Drs. G. Rutten (beiden van de afdeling Onderzoek en Statistiek van de gemeente Maastricht).

Dit proefschrift kon groeien op een werkvloer, waarop in de loop der jaren diverse personen meer dan verdienstelijk waren. Dat waren in het bijzonder enkele medewerkers bij de vakgroep Sociale Psychiatrie -Mevr. J. Lasker als onderzoeksassistente en Mevr. L. van Mameren, Mevr. L. Vissers en Mevr. C. Kerkhofs als administratief medewerkers- die hun onontbeerlijke bijdragen leverden. Vanaf eind 1983 kreeg het registratieteam versterking in de persoon van Drs. G. Driesen; vanaf dat moment kwam een gestage onderzoeksproductie op gang.

Indien u met mij van oordeel bent dat het Nederlands in dit dankwoord gebrekiger is dan het overige taalgebruik dan zal ik u verklappen dat dit verschil te danken is aan Mevr. S. Escher. Zij las (en verbeterde) het dankwoord niet, de rest van de tekst wel: ook Drs. H. Kraan en Drs. L. Meertens hadden gedurende de afgelopen periode een meer dan gebruikelijke aandacht voor mijn nederlands. Wat betreft het Engels taalgebruik ben ik dank verschuldigd aan Mej. C. Dijkman.

Hoewel de omvang van de secretariële ondersteuning met het jaar terug blijkt te gaan, ben ik de dames Habets, Van den Boorn en Soute voor enige crisisondersteuning dankbaar.

Deze studie had niet uitgevoerd kunnen worden, indien niet bijna alle GGZ-patiënten in deze regio goedkeurde dat hun gegevens voor het register werden verwerkt. Dat zij hiertegen niet massaal protest aantekenden was mede te danken aan de wijze waarop het MHCR zijn plaats in de GGZ kreeg. Daarvoor ben ik vele GGZ-medewerkers, hulpverleners, beleidsmedewerkers, stafleden en administratieve medewerkers dankbaar. In het bijzonder wil ik hier de heren Vrijlandt, Hilberink, Tans, Berden, Griens, Vroemen en Narinx noemen. Ook met de leden van de Raad van Toezicht is -ondanks hun kritische taakinvulling- in de loop der jaren een constructieve relatie tot stand gekomen.

Dat het schrijven van een proefschrift ook privé enkele gevolgen blijkt te hebben, was u als lezer waarschijnlijk bekend. In het kader mijn privéleven enigszins te 'dekoloniseren' zal ik u een openbare dankbetuiging aan al diegenen die ik privé te kort deed besparen. Wel zal ik zorg dragen voor de noodzakelijke compensatie teneinde het evenwicht te herstellen.

CURRICULUM VITAE

De auteur werd in 1949 in Maastricht geboren. Na de lagere school doorliep hij de H.B.S.-B aan het Henric v. Veldeke College. In 1971 sloot hij een opleiding aan de H.T.S. te Heerlen af. In de jaren 1971-1973 vergrootte hij zijn kennis van de architectuur aan de Academie voor Bouwkunst te Maastricht.

Vanaf 1973 tot 1979 studeerde hij westerse sociologie aan de KU te Nijmegen: de aandacht ging in het bijzonder uit naar stads- en organisatiesociologie.

Na in 1979 korte tijd als beleidsmedewerker voor een samenwerkingsproject in de GGZ werkzaam te zijn geweest, startte hij in 1980 als projectmedewerker bij de toenmalige capaciteitsgroep Sociale Psychiatrie. Sinds medio 1985 is de auteur aan de gelijknamige vakgroep als universitair docent verbonden.

De auteur is gehuwd en vader van drie kinderen.